



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Ugalde, Antonio; Homedes, Núria

La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica

Salud Colectiva, vol. 4, núm. 1, enero-abril, 2008, pp. 31-56

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140103>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica ^(a)

Health services decentralization: from theory to practice

Antonio Ugalde¹, Núria Homedes²

¹Doctor en Sociología,
Universidad de Stanford,
California. Profesor Emeritus
de Sociología, Universidad
de Texas-Austin. EE.UU.
augalde@mail.utexas.edu

²Doctora en Salud Pública.
Universidad de Texas.
Profesora, Escuela de Salud
Pública, Universidad de
Texas-Houston. EE.UU.
nhomedes@utep.edu

RESUMEN Los actuales promotores de la descentralización de los servicios de salud afirman que su implementación mejorará la calidad, la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud, y al mismo tiempo incrementará la satisfacción de los usuarios. Además, quienes abogan por la descentralización piensan que la descentralización facilitará la participación de las comunidades en la toma de decisiones relacionadas con la salud, y en consecuencia la democracia. En este trabajo se discute primero la falta de consenso que existe sobre el significado del concepto de descentralización y la dificultad de medir el nivel de descentralización de un sistema de salud. También se identifica a los actores que formularon estas hipótesis, se examinan las razones detrás de su formulación, y si los resultados alcanzados tras la descentralización de los servicios de salud en América Latina las confirman.

PALABRAS CLAVE Reforma del Sector Salud; Descentralización; Financiación en Salud; Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento.

ABSTRACT *The current promoters of the decentralization of health services affirm that its implementation will improve the quality, equity and efficiency of health systems and at the same time will increase users' satisfaction. Additionally, those who advocate decentralization believe that it will facilitate community participation in health decision-making, and as a result it will strengthen the democratic process. In this study we discuss first the lack of consensus regarding the meaning of decentralization and the difficulties of measuring the degree of decentralization of a health system. We also identify the actors who have formulated the above hypotheses, examine the reasons behind its formulation, and analyze if the outcome of the decentralization of the Latin American health services confirm the hypotheses.*

KEY WORDS Health Sector Reform; Decentralization; Financing, Health; International Bank for Reconstruction and Development.

REVISIÓN HISTÓRICA: LOS AVATARES DEL PODER Y DEL CONTROL

Una breve revisión histórica nos enseña que las tensiones entre las autoridades centrales, regionales y locales ha sido una constante en todas partes. Las autoridades centrales tienden a aumentar su control del Estado, y las subordinadas quieren recobrar el poder perdido y mayor capacidad administrativa. El incremento de la autonomía política generalmente implica una descentralización administrativa, aunque esta también se puede dar sin cambios de devolución de poder político.

La historia está llena de ejemplos de devolución política. En 1999 después de estar durante 292 años bajo el centralismo de Londres, Escocia recobró su Parlamento. La Liga del Norte en Italia ha presionado para conseguir un estatuto autonómico (hay que recordar que Italia solo existe como nación desde finales del siglo XIX); en Bélgica las tensiones entre Flandes y Valonia parecen irreconciliables pidiendo cada una mayor autonomía; en España, partidos políticos de Cataluña y el País Vasco aspiran a una autonomía mayor o independencia al igual que las provincias francesas de Canadá, y el movimiento separatista de Puerto Rico.

Se consigue mayor autonomía política cuando se concede a los ciudadanos el derecho de elegir sus gobernadores y legisladores, sus presidentes municipales y cabildos, y a otras autoridades. Este tipo de devolución de poder puede requerir cambios constitucionales y puede o no llevar a una descentralización administrativa de una parte de los servicios públicos.

Es importante entender las diferencias entre la devolución de poder político o autonomía política y la descentralización administrativa. También es importante entender la relación que hay entre las dos. En algunos casos la centralización administrativa puede fomentar tensiones y las regiones que se sienten más perjudicadas por la centralización pueden movilizar sus fuerzas políticas regionales para exigir mayor autonomía política o la independencia. Estas tensiones se están dando entre Santa Cruz y La Paz en Bolivia y periódicamente Santa Cruz amenaza con la secesión. En México, el centralismo político ha sido causa de protestas y violencia en Oaxaca y en Chiapas.

Por otra parte, los Estados pueden perder parte de su autonomía política si se incorporan voluntariamente a uniones de naciones. Los países que han entrado en la Unión Europea (UE) han entregado parte de su soberanía nacional y de su poder decisivo político y económico a una organización supranacional. A lo largo de más de cuarenta años, la UE ha definido cuidadosamente las políticas sectoriales y las circunstancias –que difieren de sector a sector– bajo las cuales la UE se hace responsable de las mismas (1).

Sorpresivamente, se dan situaciones por las que naciones –en tiempos relativamente cortos– incrementan y pierden autonomía política. Checoslovaquia, creada en 1918 del desmantelamiento del Imperio Austro-Húngaro, se dividió en 1993 en dos países, y doce años después los dos nuevos países se incorporaron a la UE con lo cual perdieron parte de la nueva soberanía política y económica que habían adquirido. Eslovenia, es otro ejemplo de secesión y ascensión casi simultánea, es decir de ganancia y pérdida de autonomía política, al separarse de la antigua Yugoslavia para unirse trece años después a la UE.

La participación en mercados comunes, en acuerdos de libre comercio, así como la membresía en la Organización Mundial del Comercio también limitan el poder decisivo no solamente económico sino con frecuencia laboral, ambiental y social de las naciones participantes. Con la ratificación de tratados internacionales tales como el Protocolo de Kyoto o la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, una nación voluntariamente entrega una parte de su poder decisivo a un organismo internacional. Un país, provincia o municipio también entrega parte de su poder decisivo cuando recibe un préstamo del Fondo Monetario Internacional (FMI), del Banco Mundial (BM) o de otras instituciones multilaterales ya que éstas suelen imponer cambios en las políticas.

Mario Tema, un líder maya de Guatemala, le recordó a Paul Wolfowitz, en ese momento director del BM, y a otros altos jefes de esa institución que tenían que pedir permiso a las personas que viven en la región en la que se vaya a implementar un proyecto antes de financiarlo, ya que la decisión de la financiación afecta sus vidas (2). El BM había concedido un préstamo

para la explotación de una cantera en una región habitada por mayas. Mario Tema entendía que el BM más que el gobierno de Guatemala tenía un poder decisorio que afectaba las vidas de muchos indígenas.

La diferencia entre autonomía política y descentralización administrativa debe quedar muy clara. Las razones que promueven una y otra pueden ser muy diferentes. El aumento de la autonomía política generalmente responde a factores históricos y culturales, religiosos, ambiciones políticas y económicas que están relacionadas con la riqueza de los recursos naturales, y raramente se promueve para incrementar la eficiencia y calidad de la administración pública los cuales son los objetivos de la descentralización administrativa que es el objeto de este artículo.

EL ROL DE LA IDEOLOGÍA Y LAS ORGANIZACIONES SUPRANACIONALES Y BILATERALES EN LA DESCENTRALIZACIÓN

Durante los últimos 25 años se ha podido observar que la descentralización ha sido promovida en muchos países como parte de las reformas de los Estados. La coincidencia histórica, la semejanza de las razones que se han dado para apoyar la descentralización en los diferentes países, y las organizaciones detrás de ella nos llevan a preguntar: ¿cuál es la motivación real que está detrás de estas llamadas a la descentralización?

El neoliberalismo: Al estudiar la reciente ola de descentralización de los servicios de salud como parte de las reformas del Estado puede uno percatarse de que ha sido promovida por instituciones neoliberales. Desde que Ronald Reagan asumió el poder en 1980, los neoliberales han ejercido un control decisivo en el gobierno de EE.UU. Al ser el país económicamente más poderoso y poseer el arsenal bélico más grande del mundo, EE.UU. ha podido imponer sus políticas en las organizaciones supranacionales más importantes. Bajo su influencia y con el consentimiento de los demás países occidentales, el FMI, el BM, los bancos regionales multilaterales, la Organización para la Cooperación y Desarrollo

Económico (OCDE), y otras instituciones supranacionales han aceptado las políticas neoliberales.

El objetivo del neoliberalismo es concentrar capital en una pequeña élite global. Por ello no sorprende que en 1992 Prud'homme (3) considerase que la descentralización era "una estrategia política de las élites dominantes para retener el máximo poder" [citado por Dillinger (4 p.8)]. Los datos confirman que el neoliberalismo ha conseguido en los últimos 25 años su objetivo y ha aumentado la brecha económica entre los ricos y los pobres en el mundo, es decir la inequidad. De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), un pequeño porcentaje de la población mundial es dueño de un grandísimo porcentaje de su riqueza (5).

Para lograr este objetivo, los neoliberales han creado una ideología basada en dos principios bien simples: 1) el sector privado es más eficiente que el sector público, y 2) un gobierno grande corrompe. Como se discutirá más adelante, se utilizó el ejemplo del fracaso de la Unión Soviética para remachar estos principios. En base a ellos, el rol del Estado debe ser reducido y el sector privado debe asumir las funciones que hasta ahora había ejercido el Estado. Este cambio se consigue con la privatización de todas las actividades posibles incluyendo: los servicios de correo, la educación, los servicios penales y las cárceles, los servicios de salud, el mantenimiento de las carreteras, los servicios ferroviarios y portuarios, las comunicaciones, la producción y distribución de la energía, los recursos naturales, y un número cada vez mayor de los servicios de la defensa nacional. La participación del Estado en la producción de servicios y bienes de consumo es un anatema para los neoliberales. Desde su perspectiva, el nuevo rol del Estado se limita a regular al sector privado para controlar posibles abusos. Como veremos más adelante, varios autores han indicado que existe una conexión clara entre la descentralización y la privatización.

El rol del BM: Sin presentar evidencia empírica sobre el impacto de la descentralización en equidad, calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios, el BM, guiado por la ideología neoliberal, ha gastado una cantidad significativa de recursos humanos y financieros en promover la

privatización y la descentralización. Entre 1989 y 1998, el BM preparó noventa y tres reportes sobre descentralización (6) y la ha promovido a través de los cursos que ofrece su programa *Flagship*. Miles de becas financiadas directa o indirectamente por el BM han permitido que funcionarios públicos influyentes, seleccionados por el BM, atiendan los cursos del programa *Flagship* que ofrece el personal del BM, los consultores y profesores de universidades prominentes de EE.UU. y de otros países que comparten la ideología neoliberal.

Según documentos del mismo BM, el Banco carecía de especialistas en descentralización (6) y capacidad para monitorear la implementación de la descentralización que sus préstamos exigían. En 1994 Ball escribió que:

...la experiencia del Banco para desarrollar e implementar proyectos en países descentralizados era relativamente nueva [...] A medida que se avanza en la descentralización, el personal del Banco que trabaja en varios sectores [económico, salud, educación, etc.] [...] corre el peligro de llegar a dar consejos inconsistentes... (7 p.21-22).

A pesar de ello, economistas y consultores del BM intentaban demostrar las ventajas de la descentralización con metodologías y conceptos cuestionables. Por ejemplo, sin presentar datos que lo apoyasen, un informe de un asesor del BM afirmaba:

La descentralización en América Latina ha ido acompañada de un número impresionante de innovadoras formas de expresar necesidades. Se ha hecho un uso sistemático del referéndum y de encuestas a la población, cabildos abiertos y otros mecanismos para que la colectividad exprese sus prioridades. (8 p.3)

Y contra la evidencia presentada por investigadores independientes afirmaba también:

...la actual corriente de descentralización ha producido una maravillosa variedad de experimentos locales de participación comunitaria en la toma de decisiones en programas del gobierno. (9 p.31)

Estos son los asesores que quiere el BM, y cuando expresan con datos o sin ellos lo que

quiere oír el BM se aseguran nuevas consultorías con excelentes honorarios y *per diems*.

Contrario a las afirmaciones de que la participación ciudadana era muy baja antes de la descentralización, historiadores y científicos sociales latinoamericanos han documentado en la región, un gran número de movimientos sociales que durante muchas décadas pidieron educación, tierra para los campesinos, servicios de salud y medicamentos, agua potable, vivienda, salarios decentes y comida. Por pedir la solución a las necesidades básicas de la comunidad, los líderes de los movimientos sociales, de los sindicatos de trabajadores y de partidos políticos fueron asesinados, desaparecidos, y encarcelados por los militares, a veces con apoyo y recursos de los EE.UU. Líderes políticos de izquierdas que habían sido democráticamente elegidos y que promovieron la participación popular fueron depuestos y otras veces asesinados. El pueblo eligió democráticamente a los presidentes Allende en Chile, Arbenz en Guatemala, Aristide en Haití, Bosch en la República Dominicana, Goulart y Cuadros en Brasil, y todos ellos fueron o asesinados, o depuestos, u obligados a abandonar la presidencia por petición de EE.UU. y fueron reemplazados por regímenes dictatoriales.

El rol de la USAID: La Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU (USAID) es una agencia que depende del Departamento de Estado de EE.UU. (el equivalente al Ministerio de Relaciones Internacionales en otros países), y por tanto sus políticas y programas responden a las prioridades políticas y económicas que el Departamento de Estado determina (10). Esta agencia ha promovido –sin antes asegurarse de la necesidad de la misma, o si en el país existían los prerequisitos necesarios para una implementación exitosa, o si había un respaldo político, y desconociendo si la descentralización tendría un impacto positivo en el desarrollo del país– la implementación y evaluación de programas de descentralización en muchos países en vías de desarrollo. A este fin ha financiado la *Health Reform Initiative*, y el programa *Partners for Health Reform Plus*, y ha contratado a universidades y empresas privadas. Hasta cierto punto la USAID ha aceptado como válidos los argumentos de la necesidad y conveniencia de la descentralización avanzada por el BM.

Un ejemplo fue la descentralización de los servicios de salud de Paraguay. Una universidad de los EE.UU. con financiación de la USAID se inmiscuyó en la política nacional de Paraguay para promover la descentralización de los servicios de salud, que no era en ese momento una prioridad del Ministerio. A pesar de inversiones considerables, tanto de origen local como de financiación estadounidense, el proyecto fracasó. Sin presentar ninguna evidencia, el personal del proyecto concluyó: "No hay duda que ahora muchos en Paraguay [después de finalizado el proyecto] participan más y tienen mucho más interés que hace unos años [antes del proyecto]" (11), una afirmación muy parecida a las que se encuentran en los documentos preparados por los consultores del BM antes citados.

La pretensión de que unos pocos académicos de EE.UU. con experiencia muy limitada en el campo de la salud pudieran introducir cambios estructurales en el sistema de salud de un país es una muestra de la arrogancia del gobierno de EE.UU. La obligación que se ha impuesto el gobierno de este país de extender la ideología neoliberal a todo el mundo, a través de las organizaciones supranacionales y la USAID, no ha conseguido los objetivos deseados. Un editorial del New York Times reconocía el fracaso:

Dos décadas de políticas económicas y de comercio recomendadas por Washington no ha conseguido mucho para los millones de pobres urbanos y los que viven en el campo. (12)

Como veremos, tampoco ha conseguido una descentralización exitosa.

EL DERRUMBAMIENTO DE LA UNIÓN SOVIÉTICA Y LA PLANIFICACIÓN CENTRAL

Los ideólogos neoliberales se aprovecharon de la caída de la Unión Soviética en 1991 para validar sus dos principios ideológicos básicos. Para ellos, la Unión Soviética y sus países satélites eran la más clara demostración de la inefficiencia del sector público y de la planificación centralizada. Estos ideólogos parecían ignorar el éxito económico de la planificación centralizada en otras partes del mundo. En China, el

control económico por las autoridades centrales fue tan fuerte como en la Unión Soviética, y muchas industrias estratégicas y servicios continúan bajo el control central. Es difícil negar el impresionante crecimiento de la economía china durante los últimos 20 años. Los neoliberales también olvidan que el mismo BM, en su inicio, consideraba la planificación central como mecanismo necesario para el desarrollo económico y por ello ayudó a montar los departamentos nacionales de planificación en muchos países; uno de los primeros fue el de Colombia.

En 1961, Corea del Sur era uno de los países más pobres del mundo, dotado de muy pocos recursos naturales y una agricultura de subsistencia muy pobre. A pesar de ello, en unos pocos años el país ha tenido un crecimiento económico muy superior a la mayoría de los países en desarrollo. Hay muchas teorías contrastantes que intentan explicar el milagro coreano, pero hay acuerdo en que una planificación central y la creación de empresas privadas gigantescas conocidas como *cheabols* que durante años han estado bajo el control indirecto del Estado son parte de la explicación. Corea adaptó a su contexto el modelo de desarrollo que utilizó Japón a finales del siglo XIX. Se considera que el año 1868 fue el principio de la transformación económica de Japón bajo la dinastía Meiji:

El Estado [japonés] tomó la responsabilidad no solo de los gastos (overheads) sociales de infraestructura incluyendo los ferrocarriles, los canales de irrigación, las carreteras y de los gastos sociales sino que también participó en el inicio de las empresas productivas. (13 p.60)

El dictador Park Cheng Hee (1961-1979) siguió las políticas de la dinastía Meiji: un gobierno centralizado fuerte, y el sistema *zaibatsu* (un modelo de empresas gigantes creadas por el Estado que a los pocos años se transfieren a personas que están dispuestas a seguir las políticas del gobierno de donde salieron las *cheabols*). Corea del Sur es hoy miembro del club de los países ricos y democráticos. Un control fuerte de la economía por parte de las autoridades centrales y una planificación central han sido parte integrante de los exitosos modelos económicos de Singapur, Taiwán y Malasia.

Una vez desaparecida la Unión Soviética, los países del Centro y Este de Europa y los nuevos países de la Comunidad de Estados Independientes –*Commonwealth of Independent States* (CIS)– que durante años habían estado bajo dominio soviético estaban listos para romper el modelo centralista agobiante. Con la ayuda técnica y préstamos del BM y del FMI, los ex satélites empezaron a privatizar rápidamente los servicios y las industrias y a descentralizar.

Las Naciones Unidas apoyaron el movimiento descentralizador de estos países, pero con reservas. En 1996, la Asamblea General de las Naciones Unidas recomendó donde fuera apropiado (una advertencia importante) la descentralización de las instituciones y servicios públicos. En 1997 y en 1998, la reunión de expertos del Programa de las Naciones Unidas de Financiación y Administración Pública subrayó la importancia de la descentralización, pero:

...alertó sobre los peligros de programas de descentralización concebidos deprisa e implementados con poco cuidado, lo que lleva a que no solo no se consigan los objetivos esperados sino que, como se ha documentado, a veces han favorecido la corrupción [...] y aumentado el poder de las élites locales. (1 p.1)

Para 1999 muchos líderes políticos de Europa del Este y de los países miembros del CIS ya eran conscientes que la descentralización no estaba produciendo los resultados esperados (1). El Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas en cooperación con la División de Desarrollo y Gobernabilidad organizó una conferencia para evaluar los resultados de la descentralización en los países miembros del CIS y en los ex satélites de la Unión Soviética. Una contribución importante que se hizo en esta reunión fue la identificación de las condiciones necesarias que deben existir, incluyendo la legislación requerida, para que la descentralización sea exitosa y se eviten las consecuencias negativas que se habían dado en varios países, tales como las deudas públicas regionales que pueden poner en peligro la economía de la nación, el incremento de la inequidad entre y dentro de las regiones, o incluso la desintegración de la nación.

DESCENTRALIZACIÓN: SUS MUCHOS SIGNIFICADOS

Descentralización implica una transferencia del poder de tomar decisiones de un nivel político o administrativo alto a otro más bajo. Como ha sugerido Monrad Aas (14) la descentralización y centralización son polos opuestos en una escala. Los puntos extremos son situaciones teóricas que en el mundo real no existen. Si quisieramos medir la descentralización a lo largo de un continuo, un extremo indicaría que todas las decisiones, absolutamente todas, desde las más importantes hasta las más triviales, las toma una persona. En el otro extremo se encuentra la anarquía.

Lo que hemos encontrado en la literatura sobre descentralización es una falta de consenso sobre el significado del concepto de descentralización y la ausencia de metodologías que nos ayuden a medir el grado de descentralización que un país ha conseguido. La Oficina Regional de la OMS para Europa ha señalado la confusión que existe en el uso del término descentralización y ha afirmado:

...la palabra "descentralización" se usa muy frecuentemente con cierta vaguedad aunque existen un número de acercamientos ya aceptados de su definición. (15 p.7)

Otros autores (16 p.1) se hacen eco de esta idea al afirmar que el concepto de descentralización no está claramente definido y que cada definición tiene una base teórica y práctica diferente.

El *European Observatory on Health Systems and Policies* (17) define descentralización como:

...un cambio de relaciones dentro y entre una variedad de estructuras organizacionales del nivel nacional a una organización o institución de un nivel más bajo, que resulta en la transferencia de la autoridad para planear, tomar decisiones o administrar actividades.

Para el BM, la definición de descentralización contiene otra dimensión muy diferente. En un documento importante, el BM afirma que: "un país no está descentralizado a no ser

que tenga un gobierno sub-nacional elegido localmente" (18 p.3). Pero este lazo entre la descentralización y elecciones locales contrasta con escritos anteriores del BM. Así, el BM ha afirmado que la descentralización en Chile durante el gobierno del dictador Augusto Pinochet (1973-1989) fue exitosa a pesar de que las elecciones políticas locales estaban controladas.

MEDICIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN

En un esfuerzo para medir los grados de descentralización, algunos autores, siguiendo la iniciativa de Cheema y Rondinelli (19) han distinguido entre cuatro tipos de descentralización: desconcentración, delegación, devolución y privatización. En América Latina se ha usado esta tipología como una escala para medir el grado de descentralización de los países (20-22). Sin embargo, no hay consenso alguno sobre el significado de algunos de estos términos.

Desconcentración: Se define desconcentración como una transferencia de autoridad administrativa del centro a oficinas regionales (17,19); pero para Cohen et al. (23), la descentralización puede significar una transferencia significativa de autoridad o ninguna transferencia; este último caso se da cuando se crea una oficina local a la que se le atribuye funciones nuevas. Según Ball (7 p.26), la desconcentración no transfiere la responsabilidad ya que:

...cuando el gobierno central establece oficinas regionales o delegaciones locales [nuevas] sigue siendo responsable de los servicios aunque les encarga a ellas su administración o el quehacer de cada día.

A pesar de la ambigüedad, para los que utilizan la escala, la desconcentración significa una transferencia de poder más baja que los otros tipos de descentralización.

Delegación: Algunos definen delegación como una transferencia de la autoridad administrativa y de toma decisiones de algunas funciones específicas a organizaciones que están bajo el control

del gobierno local. Para Hunter et al. (24), la delegación consiste en conceder a una autoridad el derecho de planear e implementar decisiones que están relacionadas con actividades específicas sin supervisión directa de la autoridad superior. Otros definen delegación como la transferencia de la responsabilidad a las oficinas locales o a organizaciones locales que están fuera de la estructura del gobierno central, como pueden ser las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), pero manteniendo el gobierno central un control indirecto (25,26). La definición del Observatorio Europeo contiene la dimensión de privatización ya que incluye a las ONG. Para Silverman (27) y Bossert (28) la delegación también se da cuando la responsabilidad o autoridad se transfiere a instituciones semi-autónomas.

Devolución: La devolución es la forma más completa de descentralización. Según Cheema y Rondinelli (29) la devolución es la entrega de las funciones y recursos desde el centro a los gobiernos locales que asumen la responsabilidad de la financiación, la administración y la entrega de los servicios. El Observatorio Europeo entiende la devolución de otra forma: la define como la transferencia de la responsabilidad y de cierto grado de independencia decisoria a los gobiernos regionales o locales, pudiendo éstos asumir o no la responsabilidad fiscal (es decir, tener o no la capacidad de imponer impuestos y gastarlos) y se refiere a ella como descentralización política.

Para Hunter et al. (24), devolución significa que los gobiernos transfieren ciertas funciones a nuevas o diferentes organizaciones, con lo cual estas funciones quedan fuera de su control directo. De acuerdo a este entendimiento, devolución significa la creación o el fortalecimiento de los gobiernos regionales o locales, que de hecho y en lo referente a las funciones traspasadas pasan a ser independientes del nivel nacional. Bossert (28 p.147) define devolución como una transferencia de la responsabilidad y autoridad de las oficinas centrales de un ministerio a estructuras que administrativamente están separadas aunque sigan siendo parte de la administración pública (por ejemplo provincias, estados o municipalidades); y Ball (7 p.26) simplemente afirma que, con la devolución, "se transfiere la responsabilidad de la entrega de los servicios a un nivel inferior del gobierno".

Privatización y autonomía institucional: De acuerdo a Burki (un ex vicepresidente del BM para la región de América Latina) y sus colegas, también hay descentralización: "con la venta del patrimonio público, la entrega de concesiones y con la formación de alianzas entre el sector privado y el público" (18), es decir cuando se privatiza. Sin embargo, la idea de que la privatización es un tipo de descentralización, no la aceptan todos los expertos [véase por ejemplo Collins y Green (30)].

La descentralización administrativa puede otorgarse a nivel institucional, tal como se ha hecho al crear organismos paraestatales y hospitales autónomos. En la literatura casi no hay información sobre la descentralización institucional en países en desarrollo; y el número de investigaciones empíricas sobre el impacto de la descentralización hospitalaria en los países industrializados también es muy reducido (14). Descentralizar la administración de los hospitales es muy diferente de crear hospitales autónomos, pero esto no se ha discutido en la literatura sobre descentralización. Las reformas neoliberales han promovido la autonomía hospitalaria (31) porque los que toman las decisiones en los hospitales autónomos son los comités de dirección, las fundaciones o las corporaciones.

Desde el punto de vista de la descentralización, el que estas instituciones sean de carácter lucrativo o no lucrativo carece de importancia. Los gestores de los hospitales autónomos pueden contratar un gran número de actividades al sector privado, incluyendo la realización de pruebas diagnósticas, el mantenimiento de la infraestructura y de los equipos, los servicios de comida y de lavandería (b). Para los neoliberales, lo importante es que los hospitales públicos, que es donde se gasta la mayoría del presupuesto de salud, sean autónomos, y preferiblemente que los hospitales sean privados.

En vista de la falta de consenso y de precisión sobre el significado de los tipos de descentralización creemos que es conveniente no seguir utilizando estos términos. Su uso induce a la confusión y no permite ir acumulando experiencias comparativas. Dadas las diferencias en la interpretación que se hace de la palabra descentralización, la falta de precisión, y la ambigüedad de las definiciones –por ejemplo, en una carta al

British Medical Journal, Sandiford (32) no usó con claridad los términos descentralización/devolución–, sugerimos, como ya lo han hecho muchos, que la clasificación de Rondinelli no sirve para medir los diferentes niveles de descentralización. La falta de acuerdo sobre los conceptos básicos es uno de los obstáculos más importantes para avanzar en la discusión sobre este tema. Ello unido a la ausencia de indicadores confiables de descentralización ocasiona que la discusión esté más basada en ideología que en principios científicos. Se ha dicho, por ejemplo, que América Latina está excesivamente centralizada por su historia de colonización, sin embargo durante el siglo XX, los países latinoamericanos crearon miles de institutos e industrias descentralizadas o paraestatales.

Otras perspectivas sobre la descentralización: Otros autores han añadido la regionalización como una categoría de descentralización. Nigenda *et al.* (21) indican que la regionalización ocurre cuando los recursos o actividades se dispersan, pero la autoridad central mantiene un fuerte control. Otros autores han tratado el tema de la descentralización desde una perspectiva diferente.

Rodríguez (33) en su estudio sobre descentralización de la educación en México distingue entre tipos y formas de descentralización. Entre los tipos se encuentran: descentralización política, geográfica o espacial, administrativa, y la descentralización del mercado o privatización (c). Cuando habla de formas de descentralización se refiere a la desconcentración, devolución y delegación.

Para los economistas es muy importante distinguir entre descentralización fiscal y descentralización administrativa. Se habla de descentralización fiscal cuando los gobiernos subnacionales (estatales, regionales o municipales) tienen poder legal para recaudar impuestos y ordenar el gasto, dentro de los límites que les permite la ley. Por descentralización administrativa se entiende que el gobierno central recauda los fondos y posteriormente los distribuye entre las entidades descentralizadas para que éstas los utilicen de acuerdo a los procedimientos establecidos por el gobierno central (34).

LA MATRIZ DE LA DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Un organismo o ministerio público realiza una serie de funciones que tradicionalmente se han clasificado de la siguiente manera: fiscales (relacionadas con la generación, administración y gasto de recursos financieros), relacionadas con recursos humanos (incluye la contratación, supervisión, evaluación, entrenamiento y educación continuada), relacionadas con los recursos físicos (incluyendo selección, compra y mantenimiento de infraestructura y equipos), y tareas programáticas (diseño de programas, planificación y evaluación). Estas categorías pueden utilizarse para evaluar los niveles de descentralización (35). Hutchinson y LaFond (36) también utilizaron una lista de funciones para el mismo fin.

La lista de funciones, incluyendo sus subcategorías, y la transferencia de poder decisivo a cada nivel inferior puede plasmarse en una matriz que será bastante grande porque cada una de ellas puede transferirse a diferentes niveles administrativos. En el eje horizontal de la matriz se pondrán las dependencias en donde se toman decisiones. En el nivel central varios ministerios e institutos descentralizados toman decisiones que tienen consecuencias para la salud. Dentro de los ministerios e institutos hay varios niveles administrativos, desde direcciones generales a unidades. En el nivel provincial existen igualmente varios niveles administrativos y lo mismo sucede en los municipios. En el eje horizontal también hay que incluir entidades privadas como fundaciones, ONG, e instituciones autónomas como pueden ser algunos hospitales si en ese país el sector público transfiere a ellas algunas funciones.

Además para complicar la matriz, los niveles administrativos no tienen que coincidir con los niveles de descentralización política del país. Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede haber dividido el país en regiones para el programa de la malaria que no correspondan a ninguna división político-administrativa sino a la distribución geográfica de la malaria; o puede tener regiones hospitalarias como es el caso de Chile, o de laboratorios como es el caso del estado de San Pablo, y en esas divisiones se incluye más de una municipalidad.

En el eje vertical se pondría la lista de las funciones y subfunciones. En cada casilla de la matriz se deberían incluir las condiciones que pueden limitar la transferencia de poder decisivo. Para ilustrar el funcionamiento de la matriz podemos utilizar el ejemplo de los recursos humanos de un ministerio hipotético. El ministro tiene que autorizar personalmente las vacaciones de más de 100.000 empleados; aun en el caso de que solo firmase los permisos sin siquiera leerlos, se puede pensar que es una utilización poco adecuada de su tiempo y por ello decide descentralizar esta subfunción. La descentralización podría hacerse de diferentes maneras y bajo una serie de condiciones diferentes. El ministro puede transferir o delegar la autoridad para aprobar las vacaciones a cualquiera de los siguientes niveles: al asistente del ministro, al director de recursos humanos o a alguien de la unidad de recursos humanos, al director estatal/provincial/ regional o municipal de salud o a alguno de sus empleados, o a los directores de hospitales o de los centros de salud o clínicas. El ministro, o la persona a quien delegue, puede retener la autoridad de aprobar las vacaciones de alguna categoría de personal, como por ejemplo los directores de división o los directores de los servicios estatales/regionales o provinciales. Además, si la delegación se hace por ejemplo a los directores de las oficinas de recursos humanos de las provincias, cada director puede delegar o no delegar a niveles más bajos que pueden ser diferentes en cada caso. En resumen, hay muchas formas de descentralizar una función tan sencilla como la de aprobar las fechas de vacaciones. De aquí la complejidad de la matriz.

El ministro o los jefes de otras oficinas del ministerio pueden tener interés en delegar otras funciones como la aprobación de las compras de materiales de oficina o de insumos médicos, la reparación y mantenimiento de infraestructuras y equipos, la determinación del horario de atención al público, la supervisión de personal, las promociones de personal, las evaluaciones de desempeño o la transferencia de personal. Estas actividades pueden delegarse a diferentes niveles del ministerio, a organizaciones privadas o a comités mixtos que incluyan a representantes del sector público y del sector privado, y pueden establecerse ciertas restricciones

en cada uno de los niveles administrativos. Por ejemplo, el director de un establecimiento de salud podría determinar el horario de atención al público, pero el ministerio puede exigir lo siguiente: que la decisión se tome después de haber recibido la aprobación del comité de salud y de haber escuchado a la comunidad, que el establecimiento esté abierto ocho horas al día y los sábados por la mañana, y que siempre haya un médico de guardia. En este caso se ha transferido la autoridad pero se han impuesto condiciones que acotan las decisiones que el director de la unidad puede tomar.

Si la supervisión de personal se delega a niveles administrativos inferiores, se deberá decidir quién selecciona y nombra a los supervisores de los supervisores y a qué autoridad responden. La delegación de las tareas de supervisión puede ser diferente para cada actividad de salud –inmunizaciones, atención médica, salud medioambiental, etc.– al igual que puede ocurrir con la participación de la comunidad y del sector privado.

La matriz de descentralización nos permite observar la complejidad de la descentralización, nos muestra cómo la descentralización administrativa puede ocurrir sin que haya una descentralización política, y demuestra que la descentralización es un proceso, es decir, se va dando a partir de cambios sucesivos más que a partir de una reforma.

REFORMAS ESTATALES, DESCENTRALIZACIÓN Y PRIVATIZACIÓN

Los objetivos de las reformas administrativas de Estado son el incremento de la eficiencia de la administración pública y de la calidad de los servicios. Se espera que mejorando la calidad se incremente la satisfacción de los usuarios. Las reformas neoliberales añaden a estos objetivos la participación de la comunidad, con lo que esperan se consiga una sociedad más democrática.

Para incrementar la eficiencia del Estado, las reformas administrativas han terminado con algunos monopolios estatales, pero los servicios sociales siempre se han mantenido como una responsabilidad pública. Los servicios de salud han seguido siendo servicios públicos, a

veces financiados por fondos centrales o provinciales, por seguros sociales o fondos mixtos.

En cambio, las reformas neoliberales han tenido dos objetivos principales: disminuir el gasto social y la privatización de la mayor cantidad posible de funciones que realiza el Estado. La descentralización ha sido uno de los principales vehículos para conseguir estos fines. Para Zamora (37) y Castro Valverde y Sáenz (38), la descentralización fue una excusa para privatizar los servicios de salud. En países donde se han privatizado hospitales, los beneficiarios han sido las corporaciones transnacionales (39). En Colombia, la descentralización municipal hizo que muchas municipalidades contrataran la prestación de servicios de salud a las ONG. Aunque muchas de las ONG y cooperativas de salud no tienen ánimo de lucro, su personal sí puede enriquecerse. Este es el caso de las cooperativas de salud en Costa Rica, donde los que trabajan en la cooperativa también son responsables de su gestión. En este caso si los gastos son menores que los ingresos, el exceso se distribuye entre los trabajadores como complementos al salario.

Los ajustes estructurales: En América Latina la crisis financiera de los '80 en parte se debió a la imposibilidad de los gobiernos centrales de pagar la deuda pública que habían acumulado. Estos gobiernos tenían que reducir el gasto y liberar fondos para pagar la deuda. Según el FMI y el BM la forma más rápida de conseguir su objetivo era reduciendo el gasto social, es decir el gasto en educación y salud. Una de las estrategias para disminuir el gasto era transferir (sin presupuesto) los servicios sociales a los estados y provincias, y a ese proceso se lo etiquetó como "descentralización".

Oficialmente, los organismos multilaterales y la USAID no han admitido que la descentralización obedezca a la necesidad de reducir el gasto central (40), pero estudiosos de la descentralización (41), economistas del BM (42) y consultores (8) sí lo han afirmado. En el caso de Argentina, los gobiernos provinciales también sufrieron los efectos de la crisis económica y, siguiendo el ejemplo del nivel central, descentralizaron la responsabilidad del financiamiento de los servicios sociales a las municipalidades (43). Durante el primer intento de descentralización en México (1984-1988), solamente 14 estados

aceptaron recibir la transferencias de la provisión de los servicios de salud; los 18 restantes (incluyendo el Distrito Federal) decidieron no hacerlo por entender, como fue el caso, que el gobierno federal no iba a transferir los recursos necesarios (44). En esos momentos, México sufría una recepción económica fuerte que impidió pagar su enorme deuda pública; para resolver la crisis recibió fondos de las instituciones multinacionales que impusieron los ajustes estructurales.

La descentralización: La descentralización administrativa, producto del aumento de la autonomía política, nunca ha tenido por objeto el aumento de la eficiencia. Como se ha explicado, las razones de la devolución de poder responden a fuerzas políticas y no a económicas. En 1978 España se dividió en 16 regiones autonómicas, no todas bajo las mismas condiciones ni con los mismos grados de autonomía. La organización autonómica respondió a razones históricas y políticas y no tuvo nada que ver con la necesidad de democratizar el país, ni de mejorar la eficiencia del sector público (45). Entender las ventajas y las limitaciones de la descentralización española de los servicios de salud es de interés para América Latina porque el caso español se ha utilizado frecuentemente como modelo exitoso de "descentralización" [un estudio de la descentralización del sector salud en España se puede leer en Rey del Castillo (46)].

La OCDE ha criticado el modelo de financiamiento de la España autonómica porque limita la responsabilidad fiscal de las regiones autonómicas, lo que ha ocasionado un gasto excesivo y generado déficits cuantiosos en algunas autonomías (47). En el sector sanitario la descentralización ha creado problemas de coordinación y duplicación de servicios y no se puede afirmar que la eficiencia haya aumentado en todas las autonomías. Tampoco existe ningún estudio que demuestre que la descentralización de los servicios haya aumentado la calidad de los mismos, pero sí hay preocupación de que sea una causa del aumento de la inequidad entre autonomías más ricas y más pobres.

La conexión que los neoliberales hacen entre descentralización, participación local y democracia no pasa de ser un mito ya que no tiene ninguna base en estudios empíricos. Tanzi,

del FMI, y otros analistas han indicado que en países centralizados como Francia, Italia y Chile, el gobierno central hace los nombramientos de las personas que administran las oficinas locales y que la experiencia demuestra que éstas "siguen muy de cerca la situación local y evalúan bien las necesidades locales" y con frecuencia son más capaces que las personas elegidas por voto popular (34 p.9). Por ello no extraña que algunos países Europeos como Noruega en 2002 y Dinamarca en 2006 que habían descentralizado los servicios de salud reversen la decisión y han centralizado la autoridad operativa de condados en un pequeño número de autoridades regionales (16 p.2).

EFICIENCIA Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las ineficiencias de los servicios de salud pública de los países de América Latina y de otras partes del mundo se conocen desde hace décadas (48). Una lista parcial de los problemas que afectan el desempeño de los servicios públicos de salud incluye la falta de insumos básicos, la falta de mantenimiento de la infraestructura y los equipos, la interferencia política en el nombramiento de personal, el uso inapropiado de los recursos, el robo de los insumos, el ausentismo (especialmente de los médicos), la interferencia excesiva de los médicos en la toma de decisiones por parte de los gobiernos, la falta de técnicos medios, y la mala combinación de técnicos y especialistas que conforman los equipos de salud (49-59).

La corrupción, bajos salarios, presupuestos insuficientes dadas la necesidades se pueden añadir a la lista. Los ajustes estructurales también exacerbaron los problemas de la prestación de servicios de salud (60). Los líderes políticos, usuarios, proveedores, e investigadores saben muy bien cuáles son los cambios que se deben implementar para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, aumentar el acceso y reducir la inequidad.

Descentralización o centralización: Algunas de las deficiencias podrían atribuirse a una centralización administrativa excesiva, pero algunos informes indican que la descentralización

puede ser también causa de ineficiencias. Hay que recordar que antes del actual movimiento centralizador, varios sistemas de salud decidieron centralizar para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

En la década del '70, el ministro de salud de Colombia centralizó y anexó los hospitalares privados que recibían financiamiento público (la gran mayoría) para mejorar la calidad de los servicios y la utilización de los recursos. Antes de que entrara en su fase neoliberal, una evaluación que hizo la USAID del sistema de salud de El Salvador indicó que la descentralización y la autonomía hospitalaria eran los obstáculos más importantes para mejorar la utilización de los recursos y calidad de los servicios hospitalarios (61). Recientemente, el Ministerio de Salud de Argentina lanzó un programa nacional de distribución gratuita de medicamentos a 16 millones de personas que tras la depresión económica de 2001 no podían comprarlos. Uno de los problemas más importantes que tuvo que enfrentar el nivel federal para implementar un programa relativamente exitoso fue la descentralización (62). Algunos de los problemas generados a partir de la descentralización hicieron pensar a algunos administradores en la necesidad de volver a organizar un sistema nacional de salud.

También hay que señalar que los países que se descentralizaron antes de esta última ola de descentralizaciones no experimentaron mejoras en la eficiencia y calidad de los servicios, y no promovieron la participación comunitaria ni la democracia. Por ejemplo, Paraguay descentralizó su Ministerio de Salud en 1940, y 50 años después el sistema seguía teniendo las mismas deficiencias que en los otros países Latinoamericanos (63).

El BM y otras agencias internacionales siguieron promoviendo, recomendando, exigiendo y financiando la descentralización del sector salud, a pesar de que un gran número de expertos han cuestionado la conveniencia de promover la descentralización de forma indiscriminada en todas partes y sin tener en cuenta el contexto cultural y político, y a pesar de que muchos informes han documentado los problemas generados por la descentralización del sector salud (30,35,37,64-66).

Personal del BM ha identificado la necesidad de que se den condiciones para que la descentralización sea exitosa (18) y otros economistas del BM después de revisar la literatura, han llegado a la conclusión de que:

...la descentralización no tiene un impacto ni positivo ni negativo en la eficiencia, la equidad, y la estabilidad macroeconómica [...] Las principales medidas del desempeño de los niveles centrales y locales que se utilizan en la mayoría de las discusiones sobre descentralización podrían no ser útiles o podrían ser diferentes en los países en desarrollo. (6 p.viii)

Esta incongruencia entre las políticas institucionales del BM y el trabajo de algunos de sus empleados podría sorprender, pero tal como hemos discutido en otros documentos, no es un caso aislado (67). El análisis más detallado de algunos documentos del BM también revela cierto cinismo. Por ejemplo Litvack, Ahmad y Bird (6 p.3) dicen que "es absurdo discutir si la descentralización es 'buena' o 'mala' porque la descentralización es una realidad política en todo el mundo", sin mencionar o ignorando que esta realidad política es el resultado de la presión ejercida por el BM, la USAID y otras agencias que aplican las mismas políticas.

La falta de ética profesional o incompetencia queda clara en algunos documentos del BM. Por ejemplo, en 1991 cuando no había duda alguna del fracaso de la primera descentralización en México un documento del BM decía:

El sistema de salud ya se ha descentralizado en el estado de Guerrero con buenos resultados y está en proceso de finalizarse en Chiapas, Hidalgo y Oaxaca, bajo el monitoreo del Basic Health Project (Report no. 8927-ME). (68 p.16)

Dos años antes, González-Block y colaboradores (69) habían publicado el resultado de su estudio en Guerrero y Oaxaca en el que explicaba el fracaso de la descentralización en Guerrero y las razones por las cuales se abortó el proceso de descentralización en Oaxaca.

EVIDENCIA DEL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD DE AMÉRICA LATINA

En el Cuadro 1, incluimos las razones teóricas que presentan los que promueven la descentralización neoliberal y lo que han encontrado los investigadores que han hecho trabajo de campo en América Latina. Los estudios cualitativos que han utilizado entrevistas de profundidad y observación participativa han proporcionado una gran cantidad de información y detalles que nunca se hubieran podido captar utilizando métodos cuantitativos de investigación. La mayoría de las referencias que incluimos en el Cuadro 1, solo evalúan algunos aspectos de la reforma en un solo país, pero algunos incluyen una perspectiva regional o global. La cantidad de referencias es reducida porque tal como han señalado Atkinson y Haran (70 p.822):

...los estudios empíricos que evalúan si se han alcanzado los objetivos que los promotores de la descentralización habían prometido son muy raros y la mayoría describen las diferentes estructuras formales que se han implementado a nivel nacional [Mills et al. (71)].

Hemos citado todos los artículos que pudimos identificar en una amplia revisión de la literatura, pero por razones de espacio no comentaremos la metodología ni las limitaciones que son inherentes en todos los trabajos de investigación. También hay que mencionar que con frecuencia los estudios analizan varios componentes de la reforma y a veces es difícil atribuir los resultados a uno solo de ellos, por ejemplo descentralización, privatización y tratados de libre comercio. Hemos intentado presentar únicamente los resultados de la descentralización, pero sabemos que las ineficiencias podrían ser el resultado de varios componentes de las reformas y/o de otros eventos externos al sector salud.

Con algunas excepciones (72), el impacto que la descentralización ha tenido en otras regiones ha sido sorprendentemente parecido a lo que se ha documentado en América Latina (1,30,48,73-77). Ramiro et al. (65 p.68) en su estudio de las Filipinas concluyeron:

...los resultados de este estudio corroboran observaciones anteriores [...] los objetivos de la descentralización no pueden obtenerse simplemente cambiando el sistema de gobierno. Antes de devolver la responsabilidad a las instancias locales, hay que hacer más trabajo preparatorio y más reflexión para conseguir que la comunidad participe y se sienta responsable.

Campos-Outcalt, Kewa y Thomason (66 p.1096) hicieron un estudio de los distritos de salud en Papua, Nueva Guinea y documentaron:

...la opinión unánime de los responsables provinciales y los trabajadores de los centros de salud es que los servicios de salud han empeorado [...] La evidencia objetiva [después de la descentralización] que tenemos es mixta, hay una tendencia general hacia la reducción en la cantidad de servicios prestados y un patrón mixto en la cobertura poblacional.

EL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN LA EQUIDAD

En un estudio sobre el impacto de la descentralización en Finlandia, Suiza y Portugal, Koivusalo, Wyss y Santana (78 p.201) llegaron a la conclusión que aunque se espera que la descentralización aumente la equidad:

...hay poca evidencia de que esto es así. Al contrario, es más probable que un aumento en autonomía local o regional aumente las diferencias.

Si esto puede pasar en países ricos y con recursos humanos especializados no nos sorprende de que en América Latina la descentralización haya aumentado la inequidad. Así lo confirman Ase (43), Barrientos (79), Hernández (80). Collins, Araujo y Barbosa (81 p.125), citando datos de Brasil, concluyen que la descentralización "reproduce e intensifica las inequidades", y señalan la necesidad de hacer más análisis para entender las causas de la inequidad. Es fácil entender que los estados, provincias y municipalidades ricas pueden dedicar más recursos a la salud que los estados y provincias más pobres (82). Los usuarios de los servicios de salud de estados, provincias y

municipalidades económicamente más ricas también pueden pagar cuotas de recuperación más elevadas que los residentes en zonas más pobres, lo que contribuye a aumentar las diferencias de recursos disponibles en los centros de salud y hospitales de las diferentes provincias y municipalidades. Las diferencias son aun más pronunciadas entre los residentes urbanos y rurales (83).

Cuando la descentralización se implementó siguiendo los principios neoliberales, las autoridades locales establecieron o aumentaron las cuotas de recuperación para financiar los servicios. El BM empezó a promover las cuotas de recuperación a finales de los '80, y siguió defendiendo esa práctica (40) a pesar de que muchos informes indicaban que las cuotas reducían el acceso de los pobres a los servicios de salud. Cuando se acumuló suficiente evidencia de que las cuotas creaban inequidades (48), el BM cambió de estrategia y dejó de recomendarlas (84), aunque las autoridades locales siguen cobrando cuotas en muchos países.

La inequidad ha aumentado con la descentralización porque los vacíos legales y el sistema de precios de los hospitales autónomos permite que se seleccione a los pacientes: los mejores hospitales darán servicios a los clientes más ricos. La descentralización también ha provocado la fragmentación de los sistemas de salud: los ricos utilizarán los planes más caros y mejores de salud, y los pobres utilizarán los muy básicos (85).

Estrategias para reducir la inequidad: Dos estrategias muy obvias son la distribución del financiamiento nacional en base a necesidad en lugar de población, y la transferencia de fondos de solidaridad de las divisiones políticas más ricas a las más pobres. La mayoría de los países no han podido utilizar estas soluciones con éxito porque políticamente son difíciles de realizar y la implementación técnica es compleja. Las municipalidades y provincias ricas suelen tener mayor poder político y son renuentes a compartir recursos; en realidad, utilizan su poder político para obtener más fondos *per capita* que los que se otorgan a las municipalidades menos influyentes.

Encontrar una fórmula que distribuya el presupuesto de salud para reducir la inequidad en salud no es fácil. Además de las variables

demográficas y epidemiológicas, hay muchos otros factores que deben tenerse en cuenta, como la dispersión de la población, el estado de salud, la disponibilidad de personal y la distribución de la pobreza. Koivusalo, Wyss y Santana (78 p.201) además sugieren que para evitar la inequidad es necesario recentralizar regulaciones, el sistema de establecer estándares, y criterios de cumplimiento, todo lo cual, en su criterio, limita la autonomía. Es decir, la descentralización "necesita obligadamente ir acompañada de una recentralización y coordinación de actividades" (78 p.201).

En los pocos países que han seguido las recomendaciones del BM y han creado fondos de solidaridad –como Chile, Colombia y Nicaragua– la fórmula y la cantidad de fondos que se han transferido de las zonas más ricas a las más deprimidas no han sido suficientes para reducir la brecha. El ministro de salud de Chile reconoció que el sistema de salud del país es "extremadamente inequitativo". (86)

El caso de Colombia es interesante porque los estudios disponibles sobre el impacto de la reforma en la equidad muestran resultados contradictorios. El gobierno central distribuyó los fondos de salud de forma más equitativa, y los departamentos más pobres recibieron más recursos que los más ricos. El gobierno central también aumentó considerablemente el presupuesto de salud. Con los fondos adicionales se consiguió aumentar considerablemente el número de asegurados del decil más pobre de la población.

Utilizando esta información, Bossert et al. (87), Jaramillo (88), e Hincapié Correa, Mesa Ochoa y Rhenals (89) afirman que la descentralización ha mejorado la equidad. Sin embargo De Groote, De Paepe y Unger (64), Holguín Zamorano (90), Castaño et al. (91) y Céspedes et al. (92) opinan lo contrario. Segundo estos últimos, los copagos han generado barreras de acceso para los pobres. En Colombia, estar asegurado no es sinónimo de tener acceso a los servicios que se necesitan. Los datos sugieren que el aseguramiento de los pobres no ha aumentado la demanda de servicios (93). Es más, antes de la reforma, el 61,7% de los que necesitaban servicios de salud pudieron acceder a un médico, pero en el 2000 solo el 51,1% habían podido hacerlo (94), a pesar de que los recursos para salud habían aumentado considerablemente.

Además, una distribución más equitativa de los recursos nacionales para la salud a las municipalidades no ha resultado en una disponibilidad más equitativa de servicios; en Bogotá, el 78% de los proveedores de servicios de salud se encuentran en el norte de la ciudad, donde vive la población de mayores recursos (95). Al mismo tiempo, la brecha de cobertura entre el área rural y la urbana no se ha reducido (96,97). En Colombia ha disminuido el gasto de bolsillo, pero el porcentaje de reducción ha sido mayor para los ricos que para los más pobres (98). Finalmente, antes de concluir que una distribución más equitativa de los recursos produce equidad, conviene estudiar cómo se utilizan los recursos, porque podrían invertirse en la compra de tecnologías inadecuadas, en pagar salarios más altos a los profesionales de la salud, o en otros gastos que no se traducen en servicios para los usuarios y por tanto no promueven la equidad.

Algunos autores dicen que uno de los éxitos de la reforma de Colombia ha sido el gran aumento del presupuesto de salud, pero el incremento de recursos para salud puede darse con o sin descentralización. Son dos decisiones políticas independientes.

En México, la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud Federal que empezó hace casi un cuarto de siglo, y ha quedado atrancada a medio camino, confirma que ha tenido un impacto negativo en la equidad. La Secretaría de Salud Federal ofrece servicios de salud a la población no cubierta por los seguros sociales o por los seguros privados, es decir a la población con menos recursos. Por eso se entiende de que las cuotas que se cobran a los usuarios constituyen una carga económica más pesada para los más pobres de los pobres.

En un estudio de los estados de Oaxaca y Guerrero, los autores concluyen:

La descentralización ha causado un giro de 180 grados en la política de la distribución de los servicios de salud, de un acercamiento de equidad a uno de inequidad. (99 p.114)

Trabajos de campo en Guanajuato (100), Baja California Sur (101), Jalisco, Morelos e Hidalgo (102) indican que el incremento de los fondos provenientes de cuotas de los usuarios en

estos estados impidió mejorar la equidad e incluso aumentó la inequidad en muchas localidades. En Nuevo León (103), a pesar de que se eliminaron las cuotas en las jurisdicciones sanitarias más pobres, en las demás jurisdicciones se utilizaron en parte para aumentar el salario de los funcionarios; es decir, hubo una transferencia de dinero de los pobres a la clase media.

En resumen, la descentralización no ha reducido la inequidad, y en muchos países de la región la ha acentuado. Hay estudios que han demostrado que mejorar la equidad en salud tiene un impacto muy positivo en la distribución de la riqueza y puesto que, según la mayoría de expertos, la distribución inequitativa de la riqueza es el problema social más grave que tiene América Latina, y la principal causa de la instabilidad política, es importante encontrar soluciones que la disminuyan en vez de agravarla.

DISCUSIÓN

Finot (104 p.140, p.144) resumió sus conclusiones sobre la descentralización en América Latina hasta 2001 de la siguiente manera:

... después de más de diez años de iniciados [los procesos de descentralización] [...] los avances en participación son dispares, aún no se observan resultados concluyentes en cuanto eficiencia y el ingreso geográfico bruto se sigue concentrando en algunos territorios. Se ha logrado aumentar la cobertura de servicios sociales pero en muchos casos se acentúan las diferencias interterritoriales. Los sistemas de transferencias adoptados no propician la eficiencia fiscal, y el excesivo endeudamiento de los gobiernos subnacionales habría generado desequilibrios macroeconómicos (105) [...] aún no hay indicios significativos de que [...] [la descentralización haya] generado una tendencia generalizada a la participación ciudadana, e incrementos importantes y persistentes en términos de eficiencia pública y reducción de la corrupción.

El hecho de que la descentralización haya fracasado no significa que no haya que descentralizar. La decisión de descentralizar o no, el

tipo de descentralización, y cómo hacerla –cuando los políticos deciden que hay que descentralizar– depende del tamaño del país y de su experiencia histórica, características culturales, geográficas, políticas y económicas. No hay una fórmula universal para descentralizar.

En 1962, la ONU, antes de que impusieran las políticas neoliberales, consideró que algunos países podían beneficiarse de la descentralización para tener más flexibilidad y acelerar la resolución burocrática de la parálisis administrativa. La ONU favoreció la descentralización para que los que toman decisiones estuvieran más cerca de la población y la comunidad participara más de cerca en la solución de sus necesidades (106). Este acercamiento es muy diferente de la promoción y en algunos casos la imposición de la descentralización durante los últimos 25 años por parte de entidades supranacionales y las agencias bilaterales.

Las autoridades de los países que decidan, con o sin el apoyo extranjero, descentralizar, deben saber que algunas formas de descentralización pueden tener efectos negativos. Por ejemplo, la descentralización puede fragmentar el sistema de salud del Estado (85), y si no existen las condiciones para que su implementación sea exitosa, la descentralización puede empeorar la eficiencia y calidad de los servicios. Dilla Alfonso (107), en su análisis de la descentralización coincide con Conyers (108 p.97) al declarar:

La mayor parte de los objetivos que la descentralización debería alcanzar –la eficiencia o coordinación, unidad nacional o participación popular– son complejos, no hay recetas ni soluciones fáciles para ellos, y no pueden alcanzarse con la descentralización, independientemente de cómo se realice. La conclusión más obvia es que hay que ser realista cuando se habla de descentralización, y que no se puede ver como la panacea que soluciona todos los problemas [...] sino como una estrategia que reconoce que en muchas situaciones la descentralización puede contribuir a alcanzar algunos objetivos de desarrollo, aunque también puede impedir que se alcancen otros.

Los resultados que se presentan en el Cuadro 1, no deben sorprendernos si tenemos en

cuenta que en América Latina la descentralización se ha impuesto desde fuera y se ha implementado apresuradamente sin tener en cuenta si existían las condiciones requeridas para su éxito. Algunos estudios sugieren que la estrategia a seguir es la inversa a la que se ha seguido; primero hay que crear sistemas eficientes de gestión y después descentralizar (70). Igualmente se puede decir que la democracia genera participación pero la descentralización del sistema de salud no promueve la democracia. El intento de invertir el proceso indica una falta de conocimiento de la teoría social y política. Deberíamos preguntarnos qué hubiera pasado si el aumento de recursos para el sector salud que ha ocurrido como consecuencia de la descentralización y de las reformas de salud se hubiera dedicado a superar las deficiencias de los sistemas de salud que están muy bien identificadas desde hace décadas.

Los fallos de la descentralización improvisada han tenido un costo al erosionar la credibilidad de esta estrategia. Cuando se vuelve a intentar descentralizar, los líderes políticos enfrentarán mayor resistencia por parte de la población y de los empleados públicos. Además la descentralización ha tenido un costo económico considerable; implementarla sin que estén presentes las precondiciones necesarias es un desperdicio de los escasos recursos disponibles. El sector salud tiene características que lo diferencian de otros servicios e industrias. Descentralizar la producción de energía es muy diferente de descentralizar los servicios de salud. Las características del sector salud tienen que estudiarse en detalle (81,109) para determinar los factores que pueden facilitar el éxito de la descentralización.

Algunos autores empiezan a sugerir que el gobierno central debe ejercer un control más fuerte de las políticas sanitarias. Barrientos (79) y Segall (48) nos recuerdan los aspectos positivos de las políticas centralizadas. La experiencia demuestra por ejemplo que los programas verticales han sido muy eficaces para combatir –y algunas veces erradicar– las enfermedades contagiosas. Anton Kruidenink, administrador asistente y director de la Oficina Regional Europea y del CIS recordó a los participantes en una conferencia convocada para estudiar el impacto de la descentralización en CIS y en los países de la antigua Unión Soviética que:

...la ideología que se ha adoptado en la región de disminuir el Estado, en lugar de promover un "estado activista" podría ser la mayor equivocación del milenio (1 p.9).

La conferencia resaltó que la descentralización es un proceso muy complejo, que requiere tiempo, que se tiene que implementar de forma progresiva, que tiene componentes importantes de tipo legal, político y cultural, y que cada país necesita decidir qué modelo de descentralización necesita y cómo implementarla.

En países en los que hay una excesiva centralización administrativa probablemente será conveniente una descentralización administrativa. Qué funciones se descentralizan y a qué niveles administrativos, variarán de país a país dadas las diferencias contextuales que hemos señalado y de la capacidad técnica del personal. En otros lugares, es posible que se necesite una centralización administrativa de ciertas funciones si, por ejemplo, los niveles de corrupción local imposibilitan la administración eficiente de los recursos.

Cuadro 1. RAZONES Y ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAN LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA EVIDENCIA DEL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN.

RAZÓN 1: PROMOVER LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

| JUSTIFICACIÓN | EVIDENCIA DEL IMPACTO |
|--|---|
| <p>1. Es importante incorporar a la comunidad en la toma de decisiones. Al otorgar a la comunidad el poder de participar en el proceso de planificación, la oferta de servicios responderán mejor a las necesidades locales y se utilizarán mejor. Esto hará que mejore la eficiencia de los servicios, que se malgasten menos recursos, y mejore el acceso y la calidad.</p> <p>2. Es más fácil que los usuarios exijan responsabilidades porque pueden supervisar y controlar los servicios desde cerca.</p> | <p>La descentralización no ha conseguido que aumente la participación comunitaria (64). Según Ase (43 p.214), en la provincia de Córdoba (Argentina) el impacto de la descentralización en el aumento de la participación comunitaria en la toma de decisiones "ha sido francamente decepcionante".</p> |
| | <p>EXPLICACIÓN</p> <p>1. Las comunidades pueden ser renuentes a participar porque experiencias previas indican que las autoridades no tienen en cuenta sus demandas o necesidades (110).</p> <p>2. Las élites locales no quieren compartir la toma de decisiones con la población. La descentralización, por sí sola, no puede cambiar las relaciones de poder. "La verdadera descentralización casi nunca se da porque representa una amenaza a los intereses de las clases que dominan en el nivel local" (111 p.236). Las élites locales utilizan la descentralización para aumentar su propio poder y según Prud'homme (3) y Tanzi (112) sus niveles de corrupción puede ser superiores al de las élites centrales.</p> <p>3. Cuando se descentraliza la toma de decisiones del nivel central a los niveles estatales/provinciales, el poder suele quedarse centralizado en el estado o en la provincia (113).</p> <p>4. Los políticos locales tienden a tomar decisiones que satisfacen a la élite local, y con frecuencia estas decisiones no son las que proporcionan el mejor nivel de salud para la mayoría. Pocas veces toman en consideración las necesidades de la población (83).</p> |

RAZÓN 2: PROMOVER LA DEMOCRACIA

| JUSTIFICACIÓN | EVIDENCIA DEL IMPACTO |
|--|--|
| <p>1. El modelo de toma de decisiones de América Latina se caracteriza por estar centralizado y jerarquizado, sin consultar ni involucrar a las bases, y ha tenido un impacto negativo en la democracia de la región. Según la Organización Panamericana de la Salud, la descentralización "debería verse como parte del proceso de democratización que está experimentando la mayor parte de [América Latina]. (114 p.13)</p> | <p>La descentralización no ha promovido la democracia.</p> |
| | <p>EXPLICACIÓN</p> <p>No hay evidencia de que la descentralización haya fortalecido la democracia en América Latina. Desde el punto de vista metodológico sería muy difícil probar la relación causa-efecto entre la descentralización y la democracia. El dictador Augusto Pinochet promovió la descentralización, pero nadie ha sugerido, ni siquiera remotamente, que el retorno de Chile a la democracia haya sido el resultado de la descentralización. En Brasil, la descentralización empezó después de que se restaurara la democracia.</p> |

Cuadro 1. Continuación**RAZÓN 3: MEJORAR LA EFICIENCIA**

| JUSTIFICACIÓN | EVIDENCIA DEL IMPACTO |
|--|--|
| <p>1. Cuando los que toman decisiones están más familiarizados y son buenos conocedores de la realidad local, tienden a responder mejor a las necesidades de la comunidad y a evitar los costosos errores que cometen los burocratas centrales que desconocen las condiciones locales. Las necesidades locales pueden ser diferentes por razones epidemiológicas, demográficas, según niveles socioeconómicos y por diferencias culturales. La descentralización permite que los que toman decisiones a nivel local tengan más flexibilidad que los burocratas centrales para planificar los servicios que mejor respondan a las necesidades locales y organizarlos de forma más eficiente.</p> <p>2. Los que toman decisiones a nivel local saben el tipo de infraestructura y de insumos que se necesitan a nivel local, y pueden utilizar más eficientemente los recursos disponibles para construir y mantener la infraestructura, y para comprar los insumos necesarios para satisfacer las necesidades de salud locales.</p> <p>3. En las organizaciones de gran complejidad técnica, como son los ministerios de salud y los institutos de seguridad social, es fácil que el nivel local reciba el mensaje emitido por el nivel central de forma distorsionada. Esta distorsión que ocurre al pasar información de un nivel jerárquico a otro tiene un impacto negativo en la implementación de programas y puede ocasionar que se desperdicien recursos.</p> <p>4. Cuando los procesos de producción y los productos están bien estandarizados y el contexto externo es estable, las organizaciones jerárquicas pueden responder de forma adecuada a las necesidades de la población. Sin embargo, cuando el producto no está bien estandarizado y el contexto externo es instable, las organizaciones necesitan cierta agilidad para responder oportunamente a los cambios externos; esto se consigue otorgando el poder de tomar decisiones y la autoridad para responder a los cambios del entorno a niveles jerárquicos inferiores.</p> <p>5. Los empleados públicos que trabajan en organizaciones grandes tienden a generar una cultura de complacencia y tienden a defender sus propios intereses; aunque al hacerlo generan problemas en la prestación de servicios. Esta es una de las fuentes más importantes de ineficiencia. El gran tamaño de los sindicatos dificulta que se puedan hacer los cambios necesarios para mejorar la eficiencia. La descentralización ofrece una solución parcial al problema.</p> | <p>1. Un estudio realizado en varias sociedades industrializadas concluyó que cuanto más descentralizado/privatizado está el sistema de financiamiento de un sistema de salud, menor es la eficiencia y habilidad de controlar los costos (115).</p> <p>2. La experiencia Latinoamericana sugiere que no ha mejorado la eficiencia. En muchos casos como ha indicado Gershberg (116) en su evaluación de México y Nicaragua, ha aumentado la ineficiencia. En otros casos, como dicen Atkinson y Haran (70 p.826) en su estudio de Ceará (Brasil), los resultados son mixtos: "La descentralización, ¿mejora el desempeño del sistema? No, no la descentralización por se. Es importante notar que la descentralización nunca se ha asociado con peor desempeño". Las reformas de salud, que incluyen un componente de descentralización, con frecuencia requieren un aumento importante de recursos financieros (88); en Chile, el presupuesto de salud se dobló, en términos reales, entre 1990 y 1997 (117), pero la cantidad de servicios otorgados siguió siendo la misma. En Colombia, a pesar de un gran incremento de fondos, la falta de capacidad de gestión y los problemas de información hicieron que aumentase la ineficiencia (118). Hay alguna excepción. Experiencias piloto sugieren que, en algunos casos, cuando la descentralización se ha convertido en privatización al transferir la capacidad de tomar decisiones a las ONG financiadas por extranjeros, la eficiencia ha aumentado (119). Sin embargo, estos proyectos reciben apoyo técnico y mayor financiamiento, lo que cuestiona la sustentabilidad del modelo a nivel nacional, o cuando se deje de recibir el financiamiento y apoyo técnico extranjero. Además la presencia de múltiples ONG fragmenta el sistema de salud.</p> <p>3. En los estados/regiones/provincias más pobres falta personal capacitado (3). Es difícil reclutar especialistas en salud pública para trabajar en entidades descentralizadas, y es esencial entrenar al personal disponible. La descentralización se ha llevado a cabo sin otorgar el entrenamiento suficiente a los que han recibido responsabilidades nuevas (11,67 p.703) y se han cometido errores costosos.</p> <p>4. Con la descentralización se pierden las economías de escala. Con frecuencia las entidades descentralizadas pagan precios más altos por la compra de medicamentos y equipos. Las economías de escala también se aplican a las funciones de gestión. Después de la descentralización, cada entidad descentralizada tiene que invertir tiempo para preparar propuestas, normas y manuales, y para reorganizar los servicios; para todo ello se necesitan recursos (32,43,44,63,85).</p> <p>5. Los políticos locales tienden a contratar a las personas que conocen, y no siempre contratan a los que tienen mejor capacidad técnica. Las decisiones no se basan en criterios técnicos y los errores son costosos.</p> <p>6. Los alcaldes de los municipios pequeños no tienen mucho conocimiento sobre salud pública y pueden tomar decisiones costosas y equivocadas (43,120). Se ha documentado en varios países que los fondos para proyectos de salud se destinaron a otros programas.</p> <p>7. La población puede preferir programas que tienen mayor visibilidad pero son menos deseables desde la perspectiva de costo-efectividad; por ejemplo, prefieren construir un hospital que ampliar los programas de inmunización o de agua potable, o compran equipos caros que no pueden utilizar porque el hospital no tiene el personal técnico que se necesita (43,121-123).</p> <p>8. La descentralización crea problemas de coordinación entre los niveles administrativos y promueve que se hagan referencias innecesarias de niveles inferiores a otros servicios más especializados, lo que reduce la eficiencia del sistema (43,63,124,125). En la Cooperativa de Tibás de Costa Rica se hacían el doble de referencias que en los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguridad Social, y el costo per capita de los afiliados a la cooperativa era entre 3 y 5 veces superior a la media costarricense (entrevista con el director médico de la cooperativa, abril 2000).</p> <p>9. La descentralización de los servicios de salud crea niveles intermedios de servicios entre las divisiones políticas. Hay casos en que los hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico y centros de atención ambulatoria especializada son los centros de referencia para los residentes de varias municipalidades, que comparten la responsabilidad por financiarlos; a veces incluso pueden cubrir varios tipos de divisiones políticas (por ejemplo varias municipalidades y la provincial), y tienen que responder a todas estas entidades (126). Desde el punto de vista organizacional, este sistema pocas veces es eficaz.</p> <p>10. Las burocracias de los niveles descentralizados aumentan de tamaño, pero no se reduce el personal en las burocracias centrales. No se puede reducir el salario de los trabajadores del nivel central cuando se los transfiere a niveles inferiores; y el personal local solicita que sus salarios se armonicen con los del personal transferido. El aumento de personal y de salario no se ha acompañado de aumento en la cantidad de servicios otorgados (44). En Colombia, al principio de la descentralización el costo del personal hospitalario representaba el 50% del costo total (1944); en 1997 había aumentado al 70% (127). En este país, un análisis de la producción de los hospitales autónomos de primer y segundo nivel, demostró que entre 1996 y 1998 los costos operacionales aumentaron en un 24% en términos reales, mientras que la producción solo aumentó en un 4% (128). En Chile, el aumento del gasto en salud se destinó a mejorar los salarios y a la rehabilitación de hospitales (129), pero no mejoró la provisión de servicios (79).</p> <p>11. El subcontratar con otros proveedores es ineficiente (64).</p> |

Cuadro 1. Continuación**RAZÓN 4: MEJORAR LA CALIDAD**

| JUSTIFICACIÓN | EVIDENCIA DEL IMPACTO | EXPLICACIÓN |
|--|--|--|
| <p>1. La toma decisiones cerca de la comunidad facilita que la comunidad pueda exigir servicios de calidad; de no ser así los partidos políticos no serán re-elegidos.</p> <p>2. En sistemas de salud descentralizados, los trabajadores tienen más flexibilidad para organizar su trabajo; como resultado, se sienten más motivados y trabajan mejor. Su estado de ánimo también mejora porque cuando tienen falta de insumos es más fácil acceder a las autoridades responsables de ordenar la compra. Los trabajadores satisfechos suelen otorgar servicios de mejor calidad.</p> | <p>No hemos encontrado ningún estudio que demuestre, con datos válidos, que la calidad de los servicios ha mejorado a partir de la descentralización. Desde el punto de vista metodológico es muy difícil atribuir mejoras de calidad a la descentralización. La satisfacción de los usuarios puede mejorar pero satisfacción y calidad del servicio son dos cosas distintas. En nuestro estudio en el estado de Nuevo León encontramos que los administradores tanto del nivel central como de las dependencias locales (jurisprudencias) trabajaban con más entusiasmo después de la descentralización al tener más poder decisorio, pero no se ha evaluado el nivel de satisfacción de los médicos, enfermeras y otro personal de salud y tampoco se conoce que la satisfacción de los decisores se tradujese en una mejora de la calidad de los servicios (103). El estudio de ASE (43) concluye que la calidad de salud se ha deteriorado a partir de la descentralización. Estudios piloto indican que cuando al descentralizar se pasa la responsabilidad de los servicios a las ONG, es decir se privatiza, la calidad mejora (119); aunque la experiencia de Colombia es mixta (ver el comentario anterior sobre la eficiencia en este país).</p> | <p>1. Los usuarios de los servicios no tienen suficiente conocimiento técnico para evaluar la calidad de los servicios que reciben. Se ha documentado que a veces los pacientes de bajos recursos ni siquiera saben el tipo de cirugía que les hacen; en Brasil, la mayoría de las cesáreas se hacen para comodidad de los médicos (que pueden programar los partos) y para beneficio de los hospitales (que pueden cobrar más por una cesárea que por un parto normal), más que por necesidad médica.</p> <p>2. La descentralización altera la organización de los servicios y del personal. A los que tienen posiciones administrativas se les suelen asignar responsabilidades adicionales y diferentes. Entre las responsabilidades nuevas se incluyen actividades que se ejercían a niveles burocráticos superiores, como son: planificación, supervisión, recopilación de datos, evaluación, sistemas de contabilidad, etc. Si no se entrena debidamente al personal en estas nuevas funciones, su desempeño será deficiente.</p> <p>3. Los hospitales autónomos tienden a recortar costos, lo que puede repercutir directamente en la calidad de los servicios, a no ser que se ejecuten otros cambios (130,131). El enfoque de mercado suele generar estrés e insatisfacción en el trabajo, lo que tiene un efecto negativo en la calidad del servicio (132). Después de la descentralización y privatización de los hospitales en Brasil, en los hospitales autónomos: "La calidad sigue siendo el 'componente olvidado' del sistema de prestación de los servicios de salud. La situación puede haber empeorado en algunos aspectos [...] baja calidad del servicio en las salas de partos y de neonatología, lo que contribuye a aumentar la mortalidad infantil y materna [...] muertes que son evitables [...] una elevada proporción de infecciones hospitalarias" (133 p.10).</p> <p>4. La fragmentación en la formulación de políticas y el desvío de los fondos hacia la medicina curativa ha contribuido a disminuir la calidad y cantidad de las intervenciones de salud pública. (32,64,134)</p> |

Fuente: Elaboración propia.

NOTAS FINALES

- a. Parte de este artículo está basado en Antonio Ugalde y Núria Homedes "Descentralization: The Long Road from Theory to Practice" en: N. Homedes y A. Ugalde. Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform. La Jolla, California: Center for U.S.-Mexican Studies, Universidad de California-San Diego, páginas 3-20.

- b. Los economistas del BM justifican la transformación de los hospitales públicos en hospitales autónomos de otra forma. Para estos economistas, además de mejorar la eficiencia y la flexibilidad de la gestión, los sistemas de autonomía hospitalaria subsidian la demanda y no la oferta de servicios, y este cambio permite que se establezca un sistema de competencia y de mejor rendición de cuentas. El usuario puede escoger el hospital que le ofrezca el mejor servicio a menor costo. Es fácil refutar

este tipo de argumentos. Para empezar, la planificación de salud puede estimar con cierto nivel de precisión la demanda de servicios, y estos estimados pueden utilizarse para ajustar los niveles de financiamiento. En segundo lugar, la posibilidad de que el usuario escoja el hospital es un mito. El hospital lo suele escoger el médico y, tal como sugiere el caso colombiano, los hospitales que quieren responder a las necesidades de la clase media y de las clases pudientes suelen excluir a la mayoría pobre. En tercer lugar, la idea de que puede haber competencia entre los hospitales es también un mito. La competencia hospitalaria solo puede darse en las grandes metrópolis, en parte porque las distancias son un impedimento al acceso, y en parte porque los hospitales suelen especializarse. En EE.UU. no hay posibilidad de

elección ni competencia en el sector privado, y la experiencia en este país también indica que la privatización no mejora la eficiencia ni la calidad. Finalmente, los hospitales privados no pueden beneficiarse de las economías de escala, y la compra de servicios suele aumentar los costos. Hay una razón para privatizar los hospitales que no mencionan los neoliberales, y es la destrucción de los sindicatos. Los empleados de hospitales privados tienen más problemas para organizarse que los que trabajan en el sector público.

c. Por descentralización geográfica o espacial se entiende la dispersión de la población y de las actividades económicas entre los diferentes asentamientos poblacionales para evitar su concentración en las grandes metrópolis (29).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Division for Public Economics and Public Administration. *Decentralization: Conditions for Success: Lessons from Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*. Nueva York: United Nations; 2000.
2. Oxfam America. Guatemalans Go to the Top of the World Bank. Meeting with President an Opportunity to Voice Concerns about Mining Project. [En línea] 14 de diciembre de 2005 [fecha de acceso 19 de diciembre de 2005]. URL disponible en: http://www.oxfamamerica.org/newsandpublications/news_updates/archive2005/news_update.2005-12-14.2585346569
3. Prud'homme R. *On the Dangers of 1994: Decentralization*. Washington DC: World Bank; 1994. (Policy Research Working Paper N°1252).
4. Dillinger W. *Decentralization and Its Implications for Service Delivery*. Washington DC: World Bank; 1994. (Urban Management and Municipal Finance N°16).
5. United Nations Development Programme. *Human Development Report*, 2005. Nueva York: Oxford University Press; 2005.
6. Litvack J, Ahmad J, Bird R. *Rethinking Decentralization in Developing Countries*. Washington DC: World Bank; 1998.
7. Ball G. *Implementation of World Bank Projects and Public Sector Decentralization: The Lessons*

- from Latin America. [Informe Preliminar]. Washington DC: World Bank; 1994. [Documento no publicado].
8. Peterson GE. Decentralization Experience in Latin America: An Overview of Lessons and Issues. Washington DC: World Bank; 1994. (LACTD Dissemination Note).
 9. Peterson GE. Decentralization in Latin America: Learning through Experience. Washington DC: World Bank; 1997. (Latin American and Caribbean Studies).
 10. U.S. Department of State, U.S. Agency for International Development. Security, Democracy and Prosperity. Strategic Plan 2004-2009. Aligning Diplomacy and Development Assistance. Washington DC: U.S. Department of State; 2003.
 11. Rosenbaum A, Rodríguez-Acosta C, Rojas MV. Decentralizing the Health Service Delivery in an Emerging Democracy: A Case Study of Organizational Change, Civil Society Participation and Local Institutions Building in Paraguay. *International Review of Administrative Sciences*. 2000;66(4):655-672.
 12. New York Times. A Different Latin America. [En línea] 24/12/2005; Editorial [fecha de acceso 26 de diciembre de 2005]. URL disponible en: <http://www.nytimes.com/2005/12/24/opinion/24sat2.html>
 13. McCord W. The Springtime of Freedom: The Evolution of Developing Societies. Nueva York: Oxford University Press; 1965.
 14. Monrad Aas IH. Organizational Change: Decentralization in Hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*. 1997;12(2):103-114.
 15. World Health Organization-Europe. What Evidence Is There about the Effects of Health Care Reforms on Gender Equity, Particularly in Health? Copenhagen: WHO; 2005
 16. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K. compiladores. Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes. Nueva York: McGraw Hill, Open University Press; 2007
 17. European Observatory on Health Systems and Policies. The Observatory's Health Systems Glossary. [En línea] Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000 [fecha de acceso 26 de diciembre de 2005]. URL disponible en: www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage
 18. Burki SJ, Perry G, Dillinger W. Beyond the Center: Decentralizing the State. Washington DC: World Bank; 1999.
 19. Cheema SG, Rondinelli DA. Decentralization and Development: Policy Implementation in Developing Countries. Beverly Hills: Sage; 1983.
 20. Tobar F. Descentralización en salud América Latina. [En línea] Medicina y Sociedad. 2006;26(1) [fecha de acceso 4 de diciembre de 2007]. URL disponible en: http://www.medicinasociedad.org.ar/publicaciones/25_marzo/lecturatobarcompleto.htm
 21. Nigenda G, Valdez R, Ávila R, Ruiz JA. Descentralización y programas de salud reproductiva. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 2002.
 22. Flamand L. Las perspectivas del Nuevo Federalismo: el sector salud. Las experiencias de Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí. México DF: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 1998. (Working Document Nº55)
 23. Cohen S, et al. Decentralization: A Framework for Policy Analysis. Project on Management Decentralization. Berkeley: Institute of International Studies; 1981.
 24. Hunter D, Vienonen M, Włodarczyk WC. 1999. Optimal Balance of Centralized and Decentralized Management. En: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, compiladores. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1999.
 25. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care Systems in Transition (Hit)-Template. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2000.
 26. Witter S, Ensor T. An Intro to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union. Chichester (Nueva York): John Wiley and Sons; 1997.
 27. Silverman JM. Public Sector Decentralization, Economic Policy and Sector Investment Programs. Washington DC: World Bank; 1992. (World Bank Technical Paper Nº188, Africa Technical Department Series).
 28. Bossert T. 1995. Decentralization. En: Janovsky K, editor. Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research. Ginebra: World Health Organization; 1995.
 29. Rondinelli D. Decentralizing Urban Development Programs: A Framework for Analyzing Policy. Washington DC: USAID; 1990.
 30. Collins CG, Green AT. Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries. *International Journal of Health Services*. 1994;24(3):459-475.

31. Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto de Reforma del Sector Salud. Hospital público de autogestión. Anexo A. Términos de referencia, organización y gestión. Hospital Central y Teodoro Schestakow de la Provincia de Mendoza. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 1994.
32. Sandiford P. Devolution in Latin America Has Had Poor Effects on Health Care. *British Medical Journal*. 1999; 319(7201):55.
33. Rodríguez VE. Decentralization in Mexico: From Reforma Municipal to Solidaridad to Nuevo Federalismo. Boulder (Colorado): Westview; 1997.
34. Tanzi V. 1995. Fiscal Federalism and Decentralization: A Review of Some Efficiency and Macroeconomic Aspects. En: Bruno M, Pleskovic B, editores. Annual World Bank Conference on Development Economics 1995. Washington DC: 1996.
35. Ugalde A, Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16(1):18-29.
36. Hutchinson PL, LaFond AK. Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors. Bethesda (Maryland): Abt Associates; 2004
37. Zamora J. Descentralización en el Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS). San Salvador: Instituto Salvadoreño de Seguro Social; 2001. [Documento no publicado]
38. Castro Valverde C, Sáenz LB. La reforma del sistema nacional de salud: estrategias, alternativas, perspectivas. San José (Costa Rica): Ministerio de Planificación y Política Nacional; 1998.
39. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The Exportation of Managed Care to Latin America. *New England Journal of Medicine*. 1999;340(14):1131-1136.
40. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
41. Collins CG. Decentralization and the Need for Political and Critical Analysis. *Health Policy and Planning*. 1989;4(2):168-171.
42. Griffin C. Empowering Mayors, Hospital Directors or Patients? The Decentralization of Health Care. En: Burki SJ, Perry G, Dillinger W, editores. *Beyond the Center: Decentralizing the State*. Washington DC: World Bank; 1999.
43. Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):199-218.
44. Homedes N, Ugalde A. Decentralization of Health Services in Mexico: A Historical Review. En: Homedes N, Ugalde A, compiladores. *Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform*. La Jolla, (California): Center for U.S. Mexican Studies, University of California; 2006. p. 45-94.
45. Maino F, Bloomqvist P, Bertinato L, et al. Effects of Decentralization and Recentralization on Political Dimensions of Health Systems. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, compiladores. *Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes*. Nueva York: McGraw Hill, Open University Press; 2007. p. 120-140.
46. Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios: aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
47. Aizpeolea LR. Un informe de la OCDE critica el modelo de la financiación autonómica [En línea] *El País* 10/04/2000; España [fecha de acceso 23 de diciembre de 2006]. URL disponible en: http://www.elpais.com/solotexto/articulo.html?xref=20000410elpepinac_16&type=Tes&anchor=elpepiesp
48. Segall M. District Health Systems in a Neoliberal World: A Review of Five Key Policy Areas. *International Journal of Health Planning and Management*. 2003;18(Supl 1):S5-S26.
49. Fernández Y. El proceso de descentralización y la autonomía hospitalaria: caso del hospital Ríosquez en Venezuela. [En línea] Trabajo presentado en el III Congreso International de CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 14 al 17 de octubre 1998; Madrid, España [fecha de acceso 20 de diciembre de 2006]. URL disponible en: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0033831.pdf>
50. World Bank. *Health Care in Rural El Salvador*. Washington DC: World Bank; 1997. (Report 16768-ES)
51. World Bank. *Panama. Health Sector Study*. Washington, DC: World Bank; 1996. (Report 6225).
52. World Bank. *Venezuela. Health Sector Review*. Washington DC: World Bank; 1992. (Report 10713-VE).
53. World Bank. *Argentina. Population, Health Sector Review*. Washington DC: World Bank; 1987. (Report 6555-AR).
54. Angell A, Graham C. Can Social Sector Reform Make Adjustment Sustainable and Equitable? Lessons from Chile and Venezuela. *Journal of Latin American Studies*. 1995;27(1):189-210.

55. ANSAL. Health Sector Reform in El Salvador: Towards Equity and Efficiency. [Executive summary]. San Salvador: USAID; 1994.
56. Ugalde A, Homedes N. Physicians and Underutilization of Primary Rural Health Services: The Case of the Dominican Republic. En: Ugalde A, Alubo O, editores. *Physicians and Health Care in the Third World*. Williamsburg (Virginia): College of William and Mary; 1994. (*Studies in Third World Societies* Nº 55)
57. Sanguinetty J, et al. Informe final. Estudio sectorial de salud. San José (Costa Rica): Development Technologies; 1998.
58. Gagliano E, Rosenfeld A, Tillea T. Fundamentos de la propuesta de descentralización y desconcentración de la atención estatal en salud en Córdoba. *Administración Pública y Sociedad*. 1989;(3):149-186.
59. Becht J, Bravo, J. Evaluation Report: Project Concern International. Bolivia Primary Health Care Development and Training. Washington DC: USAID; 1984. (USAID document PDAAT 884).
60. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: PAHO; 1994. (LC/G.1813(SES.25/18))
61. Ruiz A, Askin PW, Gibb DC. Health Sector Assessment. El Salvador. Washington DC: USAID; 1978.
62. Homedes N, Ugalde A. Improving Access to Pharmaceuticals in Brazil and Argentina. *Health Policy and Planning*. 2006;21(2):123-131.
63. Veldhuyzen van Zantes T, Semidei C. Assessment of Health Sector Decentralization in Paraguay. Washington DC: University Research Corporation; 1996. (Technical Report Nº 1).
64. De Groote T, De Paepe P, Unger J. Colombia: In Vivo Test of Health Sector Privatization in the Developing World. *International Journal of Health Services*. 2005;35(1):124-141.
65. Ramiro LS, Castillo FA, Tan-Torres T, et al. Community Participation in Local Health Boards in a Decentralized Setting: Cases from the Philippines. *Health Policy and Planning*. 2001;16(Supl. 2):S61-S69.
66. Campos-Outcalt D, Kewa K, Thomason J. Decentralization of Health Services in Western Highlands Province, Papua New Guinea: An Attempt to Administer Health Service at the Subdistrict Level. *Social Science and Medicine*. 1995;40(8):1091-1098.
67. Homedes N, Ugalde A, Rovira J. 2005. The World Bank, Pharmaceutical Policies, and Health Reforms in Latin America. *International Journal of Health Services*. 2005;35(4):691-717.
68. World Bank. *The World Bank and Users Fees*. Washington DC: World Bank; 1991.
69. González-Block M, Leyva R, Zapata Ó, Loewe R, Alagón J. Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation, and Results of Policy. *Health Policy and Planning*. 1989;4(4):301-315.
70. Atkinson S, Haran D. Back to Basics: Does Decentralization Improve Health System Performance? Evidence from Ceará in North-east Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11):822-827.
71. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. *Health Systems Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences*. Ginebra: WHO; 1990.
72. Crook RC, Svartsson AS. *Decentralization and Poverty-Alleviation in Developing Countries: A Comparative Analysis or Is West Bengal Unique?* Brighton: IDS; University of Sussex; 2001.
73. Mutemwa RI. 2006. HMIS and Decision-making in Zambia: Re-thinking Information Solutions for District Health Management in Decentralized Systems. *Health Policy and Planning*. 2006;21(1):40-52.
74. Chowdhury M. Community Participation in Health Care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11): 881.
75. Bossert T, Beauvais JC. Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A Comparative Analysis of Decision Space. *Health Policy and Planning*. 2002;17(1):14-31.
76. Collins CG, Omar M, Tarin E. 2002. Decentralization, Health Care and Policy Process in the Punjab, Pakistan in the 1990s. *International Journal of Health Planning and Management*. 2002;17(2):123-146.
77. Kolehmainen-Aitken RL. The Impact of Decentralization on Health Work Force Development in Papua New Guinea. *Public Administration and Development*. 1992;12(2):175-191.
78. Koivusalo M, Wyss K, Santana P. Effects of Decentralization and Recentralization on Equity Dimensions of Health Systems. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, compiladores. *Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes*. New York: McGraw Hill, Open University Press; 2007. p. 189-206.

79. Barrientos A. Health Policy in Chile: The Return of the Public Sector? *Bulletin of Latin American Research*. 2002;21(3):442-459.
80. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(4):991-1001.
81. Collins CG, Araujo J, Barbosa J. Decentralizing the Health Sector: Issues in Brazil. *Health Policy*. 2000;52(2):113-127.
82. Duarte Quapper D, Zuleta Reyes MS. La situación de salud primaria en Chile. 1999. [Documento no publicado].
83. Holley J. Estudio de descentralización de la gestión de los servicios de salud. Territorio de Capinota, Bolivia. Latin American Health and Nutrition Sustainability Project. Washington DC: University Research Corporation; 1995.
84. World Bank. The World Bank and User Fees. Washington DC: World Bank; 2001.
85. Barillas E. La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 1997;1(3):246-249.
86. Ministerio de Salud. Reforma de salud. Santiago de Chile: MINSAL; 2003.
87. Bossert T, Larrañaga O, Giedion U, Arbeláez JJ, Bowser DM. Decentralization and Equity of Resource Allocation: Evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;91(2):95-100.
88. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gazeta Sanitaria*. 2002;16(1):48-53.
89. Hincapíe Correa AL, Mesa Ochoa S, Rhenals MR. Desenvolvimiento, tendencias y perspectivas del proceso de descentralización colombiano. Medellín: Corporación para el Desarrollo de la Investigación y la Docencia Económica; 1998.
90. Holguín Zamorano G. La bolsa y la vida. Bogotá: Misión Salud; 2004.
91. Castaño RA, Arbeláez JJ, Giedion U, Morales LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. (Series Financiamiento y Desarrollo N°108).
92. Céspedes JE, Almeida CM, Jaramillo I, et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud. *Revista de Salud Pública*. 2000;2(2):145-164.
93. McPack B, Yépes FJ, Sánchez LH. Is the Colombian Health System Reform Improving the Performance of Public Hospitals in Bogotá? *Health Policy and Planning*. 2003;118(2):182-194.
94. World Bank. Colombia Country Management Unit, PREM Sector Management Unit. Colombia Poverty Report. Latin America and the Caribbean Region. Washington DC: World Bank; 2002.
95. Alcaldía Mayor de Bogotá. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Santa Fe de Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2004.
96. Flórez CE, Tono T. Inequities in Health Status and Use of Health Services in Colombia: 1900-2000. Trabajo presentado en 2003 Hawaii International Conference on Social Sciences; 13 al 15 de junio de 2003; Honolulu, Hawai.
97. González JI. Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Misión Social; 2000. (Draft document).
98. Grupo de Economía de la Salud. Resultados económicos de la reforma a la salud en Colombia. Observatorio de la Seguridad Social. 2003;3(7):1-10.
99. González-Block M., Leyva R, Zapata Ó, Loewe R, Alagón J. Decentralizing Health Services in Mexico: Formulation, Implementation and Reform. En: Homedes N, Ugalde A, compiladores. Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform. La Jolla (California): Center for U.S. Mexican Studies, University of California; 2006. p. 95-122.
100. Arjonilla Alday S. Guanajuato: Invisible Results. En: Homedes N, Ugalde A, compiladores. Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform. La Jolla (California): Center for U.S. Mexican Studies, University of California; 2006. p. 209-230.
101. Olvera Santana L. "Decentralized" in Quotes: Baja California Sur, 1996-2000. En: Homedes N, Ugalde A, compiladores. Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform. La Jolla (California): Center for U.S. Mexican Studies, University of California-San Diego; 2006. p.153-186.
102. Birn AE. 1999. Federalist Flirtations: The politics and Execution of Health Services Decentralization for the Uninsured Population in Mexico, 1985-995. *Journal of Public Health Policy*. 20(1):81-108.
103. Homedes N, Ugalde A. Nuevo León y Tamaulipas: Opening and Closing a Window of Opportunity. En: Homedes N, Ugalde A, compiladores. Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform. La Jolla

- (California): Center for U.S. Mexican Studies, University of California; 2006. p. 231-268.
104. Finot I. Descentralización y participación en América Latina: una mirada desde la economía. Revista de la CEPAL. 2002;(78):139-149.
105. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El pacto fiscal: fortalezas, debilidades, desafíos. Santiago de Chile: CEPAL; 1998.
106. United Nations Technical Assistance Program. Decentralization for National and Local Development. Nueva York: United Nations; 1962.
107. Dilla Alfonso H. Political Decentralization and Popular Alternatives: A View from the South. En: Kaufman M, Dilla Alfonso H, editores. Community Power and Grassroot Democracy. Ottawa: IDRC; 1997.
108. Conyers D. Decentralization and Development: A Framework Analysis. Community Development Journal. 1986;21(2):88-100.
109. Segall M. From Cooperation to Competition in National Health Systems-And Back? Impact on Professional Ethics and Quality of Care. International Journal of Health Planning and Management. 2000;15(1):61-79.
110. Ugalde A. Community Participation in Latin American Health Programs. Social Science and Medicine. 1985;21(1):1-53.
111. Scarpaci JL. Primary-care Decentralization in the Southern Cone: Shantytown Health Care as Urban Social Movements. En: Weil C, Scarpaci JL, compiladores. Health and Health Care in Latin America during the Lost Decade: Insights for the 1990s. St. Paul: University of Minnesota; 1992.
112. Tanzi V. Corruption, Government Activities and Markets. Washington DC: International Monetary Fund; 1994. (IMF Working Paper N°99).
113. Del Valle López A. Descentralización de los servicios de atención primaria de salud a nivel municipal. [En línea] Trabajo presentado en el II Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 14 al 17 de Octubre 1998; Madrid, España. [fecha de acceso 5 de julio de 2007]. URL disponible en: <http://www.clad.org.ve/full-text/0034531.pdf>
114. Pan American Health Organization. Developing and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems. Washington DC: PAHO; 1988. (Documento CD33/14).
115. Economic Council of Canada. Regulatory Mechanisms in the Health Care Systems of Canada and Other Industrialized Countries: Description and Assessment. Ottawa: Economic Council of Canada; 1991.
116. Gershberg AI. Decentralization and Recentralization: Lessons from the Social Sectors in Mexico and Nicaragua. Washington DC: Inter-American Development Bank; 1998. (Final report RE2/SO2).
117. Titelman D. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile. Revista de la CEPAL. 1999;(69):181-194.
118. Plaza B, Barona B, Hearst N. Managed Competition for the poor poorly manager competition? Lessons from the Colombian Health Reform Experience. Health Policy and Planning. 2001;16(supl 2):S44-S51.
119. Lavadenz F, Schwab N, Straatman H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2001;9(3):182-189.
120. Ruiz Mier F, Giussani B. Descentralización y financiamiento de la provisión de servicios de salud en Bolivia. En: Di Gropello E, Cominetti R, compiladores. La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia Latinoamericana. Santiago de Chile: CEPAL; 1998.
121. Altobelli L. Community Management of Health Facilities. Trabajo presentado en The Challenge of Health Reform: Reaching the Poor, Europe and the Americas Forum on Health Sector Reform; 24 al 26 de mayo de 2000; San José, Costa Rica.
122. Ugalde A. Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención de la salud. En: Menéndez EL, compilador. Participación social: metodología, problemas y expectativas: el caso de Nicaragua 1978-1989. México DF: Instituto Mora; 1999.
123. La Forgia GM, Homedes N. Decentralization of Health Services in Colombia: A Review of Progress and Problems. Washington DC: World Bank; 1992.
124. Larrañaga O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Santiago de Chile: CEPAL; 1997. (Serie Financiamiento del Desarrollo N°49)
125. Duarte Quapper D. Asignación de recursos per cápita en la atención primaria. Cuadernos de Economía. 1995;32(95):117-124.
126. Acevedo Mercadante O, Yunes J, Chorny AH. Descentralización y municipalización en San Pablo, Brasil. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. 1994;126(5):381-396.

127. Departamento Nacional de Planeación. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de hospitales públicos. [En línea] Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2002. (Documento CONPES 3204) [fecha de acceso 10 de julio de 2007] URL disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/Subdireccion_Conpes/3204.pdf
128. Ministerio de Salud Pública. Programa de apoyo a la reforma. Análisis de las tendencias de ingresos, gastos, y producción de hospitales de I y II nivel, 1996-1998. Bogotá: Ministerio de Salud Pública; 1998
129. Oyarzo C. La descentralización financiera en Chile en el marco de los noventa. *Pan American Journal of Public Health*. 2000;8(1/2):72-84.
130. Molina de Salazar DI. Salud gerenciada y ética: ¿son compatibles? *Acta Médica Colombiana*. 2002;27(6):433-439.
131. Gómez LF. Atención médica, salud, pobreza y Ley 100. *Acta Médica Colombiana*. 2002;27(4):235-244.
132. Guevara EB, Mendias EL. A Comparative Analysis of the Changes in Nursing Practice Related to Health Sector Reform in Five Countries of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;27(4):235-244.
133. La Forgia GM. In Search of Excellence: Strengthening Hospital Performance in Brazil. [Concept paper]. Washington DC: World Bank; 2003.
134. Sarmiento MC. Enfermedades transmisibles en Colombia: cambios ambivalentes. [En línea]. *Revista de Salud Pública*. 2000;2(1) [fecha de acceso 2 de diciembre de 2006]. URL disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistasp/v2n1/Rev2171.htm>.

FORMA DE CITAR

Ugalde A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*. 2008;4(1):31-56.

Recibido el 15 de noviembre de 2007

Versión final presentada el 26 de diciembre de 2008

Aprobado el 18 de enero de 2008