

Aportes de la descentralización a la eficacia del derecho a la salud

Mónica Bolis, OPS/OMS

Introducción

El objetivo de esta presentación es revisar los distintos ámbitos en que se desarrolla la descentralización y el impacto de los mismos sobre la equidad en salud y, por ende, en la efectividad del derecho a la salud. Con respecto a este tema es necesario realizar una serie de precisiones preliminares. En primer lugar, como el tema de la descentralización está inserto en los procesos de reforma sectorial, preguntarnos cuál es la función de la estrategia de la descentralización dentro de los componentes de este proceso. En relación con esto, existe coincidencia en que la descentralización tiene como finalidad mejorar el acceso y la equidad a través de: 1) facilitar la adecuación a las necesidades locales de salud; 2) posibilitar la participación y facilitar el logro y la sustentabilidad de las metas de salud; 3) favorecer la coordinación multi e intersectorial y suprasectorial, y promover la solidaridad entre regiones (1). Es importante realizar esta primera apreciación, si bien ya muy conocida por todos, porque es de ella donde, de alguna manera u otra, surge la correlación entre descentralización y derecho a la salud a través del concepto de ciudadanía.

Se une a la idea anterior, la necesidad de considerar que el ámbito de la descentralización se ha ido ampliando en los escenarios contemporáneos de la salud donde aumentan –e interactúan– actores, transacciones y espacios de concertación. En un primer momento la descentralización se consideraba exclusivamente como una estrategia de relacionamiento entre niveles de gobierno, es decir, como el traspaso de funciones del nivel central a niveles descentralizados, con la consiguiente necesidad de capacidad de resolución y asignación y administración del presupuesto. En su versión contemporánea la descentralización va más allá para incorporar otros componentes, como el traspaso de funciones al sector privado y la creación de mecanismos que faciliten la participación de la sociedad civil (2). Esta nueva modalidad produce necesidades de regulación, control y solución de controversias, que generan a su vez otros procesos de descentralización que lleguen a convertirse en espacios donde se puedan balancear los intereses público, privado y de los individuos en su carácter de consumidores o usuarios.

En atención a lo anterior la presentación propone los siguientes temas: 1) reflexiones sobre los parámetros internacionales que influyen el proceso de descentralización de salud; 2) referencia al marco regulatorio constitucional del cual surge la descentralización y las características que esta adopta, principalmente en términos administrativos de traspaso de funciones a entes no gubernamentales y la

configuración de espacios para el fortalecimiento de derechos; 3) nuevas modalidades de la descentralización, y 4) reflexiones en torno al derecho a la salud.

Algunas precisiones en torno a la equidad y la descentralización

Antes de comenzar con el tema es importante realizar una serie de precisiones conceptuales. En primer lugar, qué debemos entender en la exposición por equidad y descentralización. La *equidad* consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho al bienestar (2). Es un concepto que tiene una relación intrínseca con el derecho a la salud. La *descentralización* se ve en su concepto más amplio, es decir, no solo como la distribución de responsabilidades, atribuciones y recursos entre niveles de gobierno, sino también, a otras instancias y actores –privados y sociales– cuya inserción en el proceso de salud se hace cada vez más notoria como consecuencia de los distintos espacios y relaciones que se van configurando en torno a agentes y procesos.

Marco constitucional de la descentralización, enfoque y contenido

Declaraciones y cartas internacionales

Antes de comenzar con las reflexiones sobre el ámbito constitucional es conveniente analizar cuáles son los parámetros internacionales que influyen la descentralización de la salud. Esta aparece de manera indirecta al promoverse el fortalecimiento de la participación comunitaria, cuyo espacio tradicional es el nivel local.

El primero de los mencionados instrumentos es la Declaración de Alma-Ata de 12 de septiembre de 1978, *Salud para todos*, que justamente este año cumple su vigésimoquinto aniversario. Alma-Ata comienza reafirmando que *la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades; es un derecho humano fundamental, y la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario. Agrega que, las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.*

Alma-Ata consagra la atención primaria de salud como el eje para conseguir un nivel de salud que permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva. Para ello, la atención primaria de salud *requiere y promueve el auto-desarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo uso más completo de los recursos locales nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.*

Alma-Ata sirvió de base a una serie de instrumentos que con posterioridad plantearon la necesidad de la participación comunitaria en la toma de decisiones de salud, si bien ponen énfasis en la promoción de la salud. Así, se pueden mencionar:

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, producida en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en la ciudad homónima el 21 de noviembre de 1986 y dirigida a la consecución del objetivo de *Salud para todos en el año 2000*. La Carta de Ottawa pone énfasis en la promoción de la salud, a la cual define como el proporcionar *a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*. La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud. Este no puede por *sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación*. Con tal fin, *las estrategias y programa de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos*. Para la elaboración de una política sana, *la salud debe formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos en todos los sectores y todos los niveles, con el objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto*.

De acuerdo con la Carta de Ottawa, la promoción de la salud *radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud*. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. La responsabilidad de la salud por parte de los servicios sanitarios *la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios de los gobiernos*. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

La Declaración de Santafé de Bogotá emitida durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de 1992 determina que *en el orden político existen barreras que listan el ejercicio de la democracia y la participación ciudadana en la toma de decisiones*. Entre los compromisos que asumen los países se encuentran reducir, entre otros, *la profusión de burocracias excesivamente centralizadas y fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables*.

La Plataforma de Québec emitida durante el Tercer Congreso de Salud realizado en marzo de 2002 en la ciudad homónima impulsa a todos los países del continente *a continuar con el debate sobre la descentralización efectiva del sector salud garantizando*

las prerrogativas de poder para las comunidades locales para que su derecho a la salud sea respetado.

La **Declaración de Rosario** emitida durante el Cuarto Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas de noviembre de 2002 establece que *la descentralización es impulsora de los procesos democráticos participativos de empoderamiento de los ciudadanos y sus comunidades desde la perspectiva de la salud como proceso y producto social que posibilite, además de la atención de salud, la calidad de vida. El gobierno local como un espacio privilegiado de desarrollo de un nuevo contrato Estado-ciudadanos, desburocratizado, democrático, con efectiva participación social y que articule los diversos sectores que contribuyen al mejoramiento de la salud y la calidad de vida.*

Las Constituciones

El marco constitucional de la descentralización abarca diversas modalidades. Es posible realizar una secuencia comparativa con base a los siguientes elementos: 1) administración descentralizada del Estado; 2) descentralización específica de la salud; 3) participación en salud; 4) inserción del sector privado en salud; 5) creación de entidades autónomas o descentralizadas.

Con el propósito de organizar la presentación es conveniente hacer también una diferenciación entre las Constituciones previas a la segunda mitad de los años 1980 y las que surgen con posterioridad a esta fecha. Estas últimas parecen ser más taxativas en relación con los términos de la descentralización.

La administración descentralizada. El tema de la administración descentralizada ingresa en la mayoría de las Constituciones emitidas en la segunda mitad de los años 1980. Algunas Constituciones se refieren a la descentralización de manera más generalizada. Por ejemplo, la Constitución de Argentina se refiere también al tema al establecer que *La Nación Argentina adopta para su gobierno la forma representativa republicana federal* y que cada provincia dictará para sí una Constitución que asegure, entre otros, *su régimen municipal*. En la Constitución de México que es previa a la segunda mitad de los años 1980 se dispone que *Los Estados adoptarán, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa, el Municipio Libre*.

Otras Constituciones, se refieren al tema con mayor especificidad:

- *Brasil: La organización político-administrativa de la República Federal del Brasil comprende la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los municipios, todos autónomos.*
- *Bolivia: El Poder Ejecutivo a nivel departamental se ejerce de acuerdo a un régimen de descentralización administrativa.*

- Chile: *El Estado es unitario, su territorio se divide en regiones y su administración será funcional y territorialmente descentralizada, o desconcentrada en su caso, en conformidad con la ley.*
- Colombia: *Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales.*
- Ecuador: *El Estado es participativo y de administración descentralizada.*
- Paraguay: *Paraguay se constituye como Estado social de derecho, unitario, indivisible y descentralizado.*
- Perú: *la descentralización es un proceso permanente que tiene como objetivo el desarrollo integral del país.*
- Venezuela: *la República Bolivariana de Venezuela es un Estado federal descentralizado en los términos consagrados en la Constitución; la división político-territorial será regulada por ley orgánica para que garantice la autonomía municipal y la descentralización político-administrativa.*

En las otras Constituciones de países de régimen unitario se hace mención con igual, menor o mayor desarrollo, a la autonomía municipal –es decir la capacidad de contar con la potestad normativa, ejecutiva, administrativa y técnica con el fin de satisfacer las necesidades de la comunidad local; cuentan para esto con capítulos específicos sobre el régimen municipal.

La descentralización de la salud. La descentralización de la salud se encuentra mencionada principalmente en las Constituciones del segundo grupo:

- Brasil: *La salud es competencia común entre la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los municipios.* Esta Constitución también hace referencia a los recursos al mencionar que *el Sistema Único de Salud será financiado con recursos del presupuesto de la seguridad social, la Unión y los Estados, el Distrito Federal y los municipios.*
- Colombia: *Los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y participación comunitaria;* la de Ecuador que *el sistema nacional de salud funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.*
- Perú: *El Estado diseña y conduce la política nacional de salud en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.*
- Venezuela: *El Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, participativo y descentralizado integrado al sistema de seguridad social.*

En otras de las Constituciones previas, como la de Honduras, se hace referencia a la posibilidad que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social coordine todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector mediante el plan de salud. En la de Panamá, también se habla de la integración orgánica y funcional de las instituciones autónomas y semiautónomas.

La participación en salud. La creación de canales de participación asociada a la descentralización aparece en las Constituciones del primer grupo y en las posteriores a esta fecha. En la de Cuba, por ejemplo, se establece que en el ejercicio de sus funciones las Asambleas del Poder Popular apoyarán a los Consejos Populares promoviendo la amplia participación de la población y actuando en estrecha colaboración con las organizaciones de masa y sociales con el fin de lograr la mayor participación de la comunidad en las iniciativas locales para la resolución de problemas.

Otras Constituciones abordan el tema de la siguiente manera:

- Brasil: *Las acciones y servicios de salud integran una red regionalizada y jerárquica que constituye el Sistema Único de Salud organizado con base a una serie de principios entre los cuales se encuentran la descentralización.*
- Costa Rica: *El Estado apoyará los organismos que los consumidores y usuarios creen para la defensa de sus derechos, entre ellos los de salud.*
- Ecuador: *El sistema de salud funcionará, entre otras condiciones, de manera participativa.*
- Guatemala: *Las comunidades tienen el derecho y deber de participar activamente en la planificación, ejecución y elaboración de los programas de salud.*
- Nicaragua: *El Estado promoverá la participación popular en la defensa de la salud.*
- Panamá: *Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.*
- Paraguay: *Se crea el sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y complementación de programas y recursos del sector público y privado.*
- Perú: *El Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas, privadas y mixtas. Supervisa asimismo sus funciones.*
- Venezuela: *El gobierno es de naturaleza participativa y que la comunidad organizada tiene el derecho y deber de participar en la forma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud*

La inserción del sector privado. La inserción de este sector en salud comienza con la Constitución chilena. Todas las Constituciones del segundo período hacen referencia a la participación privada en salud:

- Brasil: *La asistencia de salud está abierta a la iniciativa privada y que las instituciones privadas podrán participar de forma complementaria del Sistema Único de Salud.*
- Colombia: *El Estado establecerá las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercerá su vigilancia y control.*
- Ecuador: *El Estado organizará un sistema nacional de salud que se integrará por entidades públicas, privadas y comunitarias del sector.*

- Paraguay: *El Sistema Nacional de Salud ejecuta sus acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y complementación de programas y recursos del sector público y privado.*
- Perú: *El Estado garantiza el acceso a las prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas, privadas y mixtas y supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.*
- Venezuela: *Los bienes de servicios públicos de salud no podrán ser privatizados. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.*

La creación de entidades autónomas y descentralizadas. De acuerdo con la Constitución de Honduras, estas *podrán crearse siempre y cuando se garantice la mayor eficiencia en la administración de los intereses nacionales.* La Constitución de Costa Rica establece que *las instituciones autónomas del Estado gozan de independencia administrativa y están sujetas a la ley en materia de gobierno.* Entre ellas se encuentran *las instituciones aseguradoras del Estado.* Entre las más recientes, la de Ecuador establece que *las Superintendencias serán organismos técnicos con autonomía administrativa, económica y financiera y personería de derecho público, encargadas de controlar instituciones públicas y privadas con el fin de que las actividades económicas que realicen y los servicios que presten se ajusten a la ley y atiendan al interés general.*

Nuevas modalidades de la descentralización

La agencias regulatorias

Dentro del ámbito de las nuevas modalidades de descentralización se encuentran la descentralización institucional, es decir, la que implica el traslado de funciones regulatorias y de control a instancias que, si bien funcionan bajo la rectoría del Ministerio de Salud, adquieren una independencia y constituyen un ente autónomo donde convergen diversos tipos de intereses. Tal es el caso de las agencias regulatorias que pueden dividirse en dos grandes grupos:

Agencias reguladoras de bienes y productos de salud. Son aquellas dedicadas a la regulación de bienes y productos de salud. En tal sentido se han creado agencias regulatorias en Argentina, Administración Nacional de Medicamentos y Alimentos (ANMAT); Brasil, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA); y en Colombia, el Instituto Nacional de Vigilancia de medicamentos y Alimentos (INVIMA). Las nuevas instancias regulatorias actúan en un espacio de mayor independencia y ofrecen mecanismos para la participación de los destinatarios de la normativa producida por ellas.

Agencias reguladoras de servicios de salud. El otro tipo de agencia regulatoria tiene funciones sobre la regulación de la relación pública-privada en salud. En tal sentido, la mayoría de los países con sistemas de aseguramiento mixto regulado han creado instituciones específicas para el control de las entidades privadas que participan del mismo. Estos sistemas cuentan con una importante participación del sector privado (3) que adopta diferentes denominaciones, según se observa en Argentina Prepagas;

Colombia, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que también pueden ser de carácter público; Chile, con Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs); República Dominicana, con Administradoras de Riesgo de Salud (ARS) y Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), que pueden ser de carácter público, privado o mixto, y Uruguay con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

En varios países con sistemas segmentados con participación privada también se han creado instituciones especiales para el control: Argentina (Superintendencia de Servicios de Salud); Chile (Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional); Colombia (Superintendencia Nacional de Salud); Paraguay (Superintendencia de Salud) y Perú (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud). Lo mismo sucede en Brasil, con la Agencia Nacional de Saúde Suplemental.

Las superintendencias o agencias tienen funciones similares en la mayoría de los países. Actúan bajo la jurisdicción del ministerio o secretaría de salud, sea como entes descentralizados (Argentina y Perú); autárquicos (Brasil); autónomos (Colombia y República Dominicana); con personalidad jurídica y patrimonio propio (Chile); o como persona jurídica de derecho público (Paraguay). En términos generales, y con mayor o menor intensidad, a estas instituciones les corresponde aprobar las solicitudes de propuestas de ingreso al sistema de las aseguradoras, promover la intervención de las mismas para asegurar la continuidad y normalización de las prestaciones de salud, ejercer el control de calidad y las funciones generales de regulación del sistema.

A las mencionadas funciones se agregan otras de acuerdo con el país. En Chile se suma al rol de superintendente el de árbitro para resolver, en única instancia y sobre la base de la prudencia y la equidad, las controversias que surjan entre los afiliados y las ISAPREs. Igual función corresponde en Perú a la Superintendencia a través del Centro de Conciliación. En Colombia el control se extiende al conjunto de personas y entidades públicas, privadas o mixtas cualquiera sea su naturaleza o denominación, que cumplan funciones de aseguramiento, administración o prestación de servicios (4).

Reflexiones en torno al derecho a la salud

La pregunta aquí es, ¿hasta qué grado podemos decir que las políticas de descentralización han contribuido al fortalecimiento del derecho a la salud? Las repuestas varían según las situaciones que consideremos; el traspaso de funciones a niveles descentralizados, actores e instancias.

La descentralización administrativa. El nivel descentralizado constituye el espacio básico para el ejercicio de la participación. Resulta la materialización de todos aquellos preceptos que propugnan la intervención de la sociedad civil en la formulación y la defensa del derecho a la salud y como estrategia de gestión compartida. Constituye un medio más cercano de canalización de términos de la participación como medio para la toma de decisiones concertadas, encuentra en la descentralización el ámbito más

importante para su realización. El nivel local constituye la unidad social, política y territorial más cercana al ciudadano y el escenario esencial para conjugar procesos de modernización e inclusión social. (5)

Sin embargo, para que la descentralización surta sus efectos en términos de la participación es necesario generar un proceso de aprendizaje compartido entre diversos actores involucrados en el desarrollo local, que permita identificar aquellos elementos necesarios para avanzar en términos de una descentralización que apunte a un desarrollo más incluyente, participativo y democrático. Muy especialmente parece imprescindible realizar procesos de aprendizaje en torno a aspectos como los siguientes:

1. Mecanismos de participación y rendición de cuentas en cualquier marco administrativo.
2. Fortalecimiento de las capacidades y confianza en la participación de los grupos excluidos.
3. Existencia de multiplicidad de formas de organización que permitan a los diversos grupos sociales encontrar la suya.
4. Existencia de mecanismos de monitoreo y de compromiso mutuo entre municipios que genere entre ellos una adecuada competencia.
5. Uso de nuevas tecnologías que pueden facilitar el acceso ciudadano a la información, como lo que se hace en el campo electrónico.
6. Fortalecimiento de la formación de líderes locales a los muy diversos niveles de la gestión municipal, incluyendo los municipios y las organizaciones sociales.
7. Promoción de la participación del sector privado en los procesos de gestión participativa e identificar formas concretas en que ellos puedan involucrarse. (6)

La descentralización institucional En este caso, la existencia de la puerta abierta hacia el traspaso de funciones al sector privado hace la reflexión es un poco más compleja. La libertad de elección, asociada comúnmente a este tipo de descentralización, ha resultado en la expansión de agentes privados en el ámbito de la administración del aseguramiento y/o en la prestación de servicios de salud. Asimismo, ha generado la segmentación de los mercados de aseguramiento y prestación como consecuencia de diferencias asociadas al poder adquisitivo de los individuos. Estos cambios parecen haber debilitado el principio de solidaridad que ha caracterizado esquemas anteriores, aumentando las desigualdades al estratificarse el acceso a los servicios de salud con base en la capacidad de pago. Por otro lado destacan los elementos relativos a la posición de los individuos frente a los financiadores/aseguradores, a los proveedores y las relaciones de estos entre sí. En este complejo tejido las preguntas qué regular, cómo y hasta dónde, deben responderse en conjunto entre todos los interesados, con el Estado recuperando su rol de árbitro y garante del equilibrio social. (7)

Referencias

1. OPS/OMS
2. Guimaraes, L. *Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo*. Serie de Informes Técnicos No. 76. Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS, 2001.
3. OPS/OMS. *Análisis comparado de la extensión de cobertura social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión Tripartita de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con la Colaboración de la OPS/OMS: Extensión de la Protección Social en Salud a los Grupos Excluidos en América Latina y el Caribe*, México, noviembre 29-1 diciembre 1999.
4. Bolis, M. *Legislación y control de riesgos de salud en América Latina y el Caribe*. Documento de Trabajo. Serie de Documentos de Trabajo No. 461. Documento producido en cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Octubre, 2001.
5. Declaración de Rosario. IV Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas. Rosario, Santa Fe, Argentina, 2002.
6. Chiriboga, Manuel. *Urbanización, descentralización y derechos humanos en las ciudades*. ALOP.
7. Bolis, M. *Marco jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud*.