

# La descentralización de la provisión de servicios de salud

Priscila Rivas-Loria, OPS/OMS

---

Estoy a cargo de la Iniciativa Regional de Reforma de la Organización Panamericana de la Salud, el cual es un proyecto que tiene financiamiento de la USAID, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y realmente no es un proyecto que se dedica a diseñar procesos de reforma con los países, sino que su objetivo principal es el desarrollo de instrumentos que apoyan a los países para fortalecerlos en su capacidad nacional de dar seguimiento y monitorear los procesos de reforma.

En el 1995, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud definieron que la reforma era un proceso orientado a introducir cambios substantivos en las diferentes instancias y en las funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de las prestaciones, la eficiencia de su gestión, la efectividad de las actuaciones, y con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de la salud de la población. Esto está abierto a debate. Si se ha logrado o no se ha logrado aumentar la equidad, la eficiencia, la efectividad, la satisfacción de los usuarios. Luego les voy a presentar cuál es la evidencia sobre eso.

La descentralización no ocurre en un vacío. Entre las estrategias de reforma que se han promulgado está la descentralización, pero también está el fortalecimiento del papel rector y regulatorio de las autoridades sanitarias. ¿Por qué? Porque dentro de los procesos de reforma, la función de la provisión de los servicios de salud se separa de la función rectora o regulatoria de la autoridad sanitaria nacional, y los ministerios de salud ya no proveen servicios, o sea, se busca que no provean servicios y que sean rectores, que conduzcan, que modulen, que regulen, pero que no estén proveyendo servicios, que sean conductores y que den las pautas y normas del sector salud.

Se busca también extender la cobertura de los servicios de salud, redefinir los modelos de prestación de servicios de salud y se ha visto que con la implementación de las reformas, se han ido separando las funciones del sistema de salud en funciones de rectoría, como les mencioné anteriormente, de financiación, de aseguramiento y de provisión de servicios. En esa separación de funciones de sistemas de salud se buscaba introducir nuevas formas de pago a los proveedores de atención en salud, diversificar el número y naturaleza de proveedores públicos y privados, redefinir los conjuntos básicos de servicios, ya sea en el sistema público o en el del seguro privado, racionalizar los gastos en salud y buscar nuevas modalidades de atención.

Durante las décadas de los ochenta y de los noventa, y hasta el presente, una de las estrategias de reorientación de los servicios de salud más promulgada en el marco de los procesos de reforma ha sido lo que comúnmente se denomina descentralización, lo que incluye una amplia variedad de ajustes para la transferencias de poderes a los niveles locales y las instituciones en los niveles inferiores. En muchos casos se incluye la conformación de sistemas de rendición de cuentas, pero no siempre se hace la rendición de cuentas por parte de los constituyentes hacia los políticos, hacia los que están a cargo en las municipalidades o a nivel local de los servicios.

Las políticas de descentralización también varían desde la transferencia de un poder limitado a niveles administrativos inferiores, dentro de la estructura gerencial existente, así como mecanismos de financiamiento mucho más amplios, dentro del proceso de reforma.

En el primer caso, cuando son políticas de descentralización, dónde hay una transferencia de poder limitado, en muchos países ese se utiliza como un germen, o como el comienzo, un proyecto piloto para luego, entonces, hacer un proceso de reforma.

La desconcentración no es lo mismo que la descentralización, y la desconcentración constituye la transferencia del poder a oficinas administrativas locales del gobierno central. Los dos términos se intercambian, sin hacer una definición clara de cuál es cuál. También se habla de devolución, que entonces serían instituciones que no pertenecen al gobierno central. La desconcentración es muy criticada, en la literatura al menos, y se critica porque se considera que inclusive puede fortalecer el gobierno central y no al gobierno local.

¿Por qué se promulga la descentralización? ¿Cuáles son las áreas a las que la descentralización trae un beneficio? Se dice que la descentralización mejora la calidad y aumenta la cobertura de los servicios; que contribuye a que se ofrezca un servicio de salud que toma en consideración las necesidades y las preferencias a nivel local de los ciudadanos; que incrementa las posibilidades de financiamiento y participación de las comunidades en la provisión de los servicios; que disminuye la duplicación de los servicios de salud, lo cual contribuye a la eficiencia en la provisión de servicios; que aumenta la equidad en la distribución de los recursos a las regiones y a la grupos marginados, y que focaliza las acciones en programas específicos, contribuyendo a la reducción de costos. Y, por otro lado, que contribuye a aliviar a los funcionarios del gobierno central, o del nivel central, de las actividades de rutina administrativa para que abran un espacio en el que puedan ejercer su nuevo rol rector.

Todos estos beneficios que se le atribuyen a la descentralización también tienen unos supuestos o una agenda escondida detrás. Asume que con la descentralización, se va a ubicar a los tomadores de decisiones más cerca de los ciudadanos; asume que la información disponible a los tomadores de decisiones en el nivel local es relevante y que es de calidad; asume que existen canales efectivos de comunicación para que los ciudadanos puedan representar sus necesidades y preferencias; y asume que existe una serie de incentivos que inducen a la capacidad de respuesta de los tomadores de decisiones.

Si asumimos todo lo anterior, si vemos cuáles son los beneficios que se le atribuyen a la descentralización, si vemos los supuestos que hay atrás de esos beneficios, podemos concluir que los tomadores de decisiones en el nivel local tienen mejor acceso a la información sobre las circunstancias en ese nivel que las autoridades centrales, y que van a utilizar esta información para adecuarla a la provisión y el gasto a las necesidades y preferencias locales. Esa es la justificación que se utiliza para promulgar la descentralización. Igualmente, que los ciudadanos van a proveer insumos a los procesos de toma de decisiones en el nivel local y que van a pedir cuenta de sus acciones a los tomadores de decisiones; que la autonomía local va a crear un espacio para el aprendizaje, para la innovación, para la participación comunitaria y para la adaptación de servicios públicos a las circunstancias locales.

En ese marco, ¿cuáles son las limitaciones que tenemos con relación a los beneficios de la descentralización? Realmente tenemos poca información concreta para confirmar los potenciales beneficios que se le aducen a la descentralización. Pocos países en desarrollo han tenido una experiencia, a largo plazo, con la descentralización del sector salud y su impacto en la gerencia y la provisión de servicios ha sido en muy pocos casos evaluada. O sea, no tenemos información sobre esto.

Dentro del marco de la iniciativa de reforma, una de las tareas, o uno de los mandatos que tenemos es la disseminación de información sobre reforma. Uno de los instrumentos que se desarrolló fue la guía metodológica para el desarrollo de perfiles de sistemas y servicios de salud de los países de las Américas. Actualmente tenemos 34 perfiles de sistemas de servicios de salud hechos por los países, no por la OPS. Nosotros simplemente les damos el apoyo técnico para hacerlos.

En base a esos perfiles y a los análisis que se han hecho del seguimiento y evaluación de la reforma, hemos realizando análisis subregionales para el área de Centroamérica, para el área Andina y para la Región de las Américas y para el área del Caribe Inglés de cómo están las reformas. Lo que les voy a presentar a continuación sale del análisis regional, porque si no estaríamos aquí todo el día hablando de qué está ocurriendo en cada una de las subregiones.

En término de seguimiento del contenido, en términos del marco legal, los países reportan que la mayor parte de ellos han enmendado su constitución política para la reforma. Muy pocos países han definido la equidad en su marco legal. Y la equidad es uno de los conceptos rectores de la reforma. Se han introducido cambios jurídicos conducentes a la intersectorialidad y se han preparado resúmenes a grandes rasgos de lo que los países, o los hilos conductores, informan que han hecho. En cuanto al derecho a la salud y el aseguramiento, reportan que el derecho a la salud aparece definido en la constitución y en las leyes; que hay estrategias para aumento de la cobertura de paquetes básicos de servicios de salud y esquemas de aseguramiento, y que la definición del derecho a la salud varía entre los países.

Con respecto al rol rector y separación de funciones, los ministerios de salud aducen tener el rol rector primario en todos los países, eso independientemente de que, en efecto, lo tengan. Ellos consideran que ese es su rol, aunque no lo estén ejerciendo como tal. No se evidencia una separación explícita de las funciones de provisión de servicios de financiamiento y aseguramiento en estos momentos, basado en perfiles que se habían hecho hasta 2002.

La actualización de los sistemas de información como insumo para la toma de decisiones y formulación de políticas aparece como un componente importante del rol rector y lo evidencian los países como algo que ellos están haciendo dentro de su proceso de reforma.

Es interesante ver que casi todos los países mencionan que hay una ausencia de sistemas de revisión de cuentas para las instituciones públicas de salud, lo cual es uno de los componentes importantes para la descentralización también.

En cuanto a las modalidades de descentralización, se evidencian esfuerzos hacia la descentralización en los servicios, en las funciones, en los recursos en la gestión; y en la mayor parte de los países, la descentralización es incipiente.

Tomando varios ejemplos de países que han comenzado procesos de descentralización:

- ? En Guyana y Suriname, los niveles administrativos de los sistemas de salud están siendo revisados para descentralizar los servicios de salud, pero todavía no lo han hecho, y son parte de una descentralización del Estado, no es una descentralización de los servicios de salud aisladamente.
- ? Chile descentralizó su Servicio Nacional de Salud en los ochenta, desagregando 26 servicios de salud. Transfirió la atención primaria a las municipalidades, y las funciones, competencia y recursos para la planificación, la gerencia y la toma de decisiones ha sido transferida a nivel central al nivel de la prestación de los servicios. No obstante, una vez esto se hizo, ellos tenían la capacidad de reclutar personal, de despedir personal, pero esto se cambió, y ahora las municipalidades no tienen ese rol. Todo el personal pertenece a un servicio único civil. Entonces, se volvió atrás, a pesar de que tenían una ley de que habían hecho esto desde 1980.
- ? En Bolivia, promulgaron la ley de descentralización y participación pública que instaba la transferencia de la infraestructura y equipo de salud del nivel central a los municipios, no obstante, la dotación de recursos humanos, la provisión de

servicios de salud y la focalización de programas prioritarios se mantienen centralizados en el Ministerio de Salud. Yo creo que Bolivia es uno de los casos más frustrantes para el Banco Mundial en términos de reforma en descentralización, porque la han tratado tres veces ya y no han tenido éxito.

- ? En Brasil, hay un nuevo instrumento para regular la descentralización, que estableció un estándar para la prestación de la atención en salud. Esta ampliada responsabilidad de las municipalidades relativas a la atención primaria en salud define el proceso para regionalizar la atención en salud y crea mecanismos para fortalecer la capacidad gerencial del sistema único de salud, y mantiene actualizados los criterios para autorizar a los estados y municipalidades. Tal vez Brasil es uno de los que ha tenido un éxito relativo en términos de descentralización, al menos en términos de lo que quieren hacer, no tanto en términos de resultados, porque también es una reforma bastante incipiente.

Con referencia a la participación social, se ha incluido como un objetivo de la reforma en muchos países, según lo que evidencian los perfiles. Muy pocos países hacen referencia, sin embargo, a los grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones, como son los grupos indígenas, los afroamericanos y las mujeres. Se evidencian diferentes mecanismos para operativizar la participación por medio de consejos locales de salud y comités de monitoreo.

En materia de financiamiento y gasto, varios países están fortaleciendo sus sistemas de información en esta área y hay diferentes mecanismos, que supongo se han mencionado aquí el día de ayer: pago por usuario, sistema nacional de aseguramiento, sistema descentralizado de contrataciones, y pago de acuerdo al diagnóstico a nivel hospitalario.

En cuanto a prestación de servicios, se muestran nuevas modalidades de prestación que han sido introducidas como resultado de las reformas y lo que se evidencia es que en países con fuertes esquemas de aseguramiento, basados en la oferta en función de la demanda, que se han focalizado los servicios en grupos vulnerables, que muchos países no han definido un modelo básico de atención primaria, y que no se evidencia asignación de recursos para mejorar el modelo de prestación de servicios.

Hay solamente un estudio que menciona que uno de los efectos positivos de la descentralización fue la equidad en el financiamiento, dando a Colombia, a Bolivia y a Chile como un ejemplo.

En cuanto a recursos humanos, en menos de la mitad de los países se han modificado los currículos para la formación de recursos humanos para adecuarlos a la reforma, y la participación de los trabajadores de la salud en los procesos de reforma ha sido mínima.

En relación a la calidad, en menos de la mitad de los países se ha comenzado el proceso de acreditación de establecimientos como criterio de calidad, y muy pocos países han iniciado el desarrollo de mecanismos para evaluar tecnologías en salud.

En cuanto a equidad, solamente unas pocas reformas del sector salud parecen estar contribuyendo a la reducción de brechas en la cobertura de algunos servicios y programas básicos. En la mayor parte de los países, no contribuyen a la reducción de brechas en la distribución de los recursos. Esto es que los mismos países revelan, y equidad es uno de los principios rectores de la reforma.

En los aspectos de efectividad y calidad, se ha logrado un progreso relativamente escaso en mejorar la efectividad total del sistema, o mejorar la consecución de los aspectos normativos de la calidad de la atención, o de la satisfacción del usuario de los servicios. El único país que reporta un vínculo directo entre la reforma y el progreso positivo en los indicadores de salud es Brasil.

En cuanto a eficiencia, el análisis sugiere que ha habido mayores ganancias en la productividad y en el establecimiento de prácticas de compra que en reorientar la asignación de recursos. Por ejemplo, nos han dado traslados importantes de recursos en términos de canalizar los recursos para encarar problemas con un alto grado de externalidades, o de aumentar el grado de protección social en salud.

Para concluir, es evidente que no importan las políticas que uno haga de reforma de descentralización, hay otros mecanismos u otras coyunturas que se van dando que uno no puede controlar y que van a evidenciar la dificultad de implementar la descentralización. Y que también van a retar los supuestos beneficios positivos que esta tiene.