

Monitoreo y Evaluación de las Reformas de Descentralización en los Sectores de Salud de los Países en Desarrollo

Septiembre 2004

Preparado por:

Paul L. Hutchinson, PhD
Tulane University

Anne K. LaFond, MSc
John Snow Inc.



Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En colaboración con:

Development Associates, Inc. ■ Emory University Rollins School of Public Health ■ Philoxenia International Travel, Inc. ■ Program for Appropriate Technology in Health ■ Social Sectors Development Strategies, Inc. ■ Training Resource Group ■ Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ■ University Research Co., LLC.



Financiado por:
U.S. Agency for International Development

No de Orden. TE054S



Misión

Partners for Health Reformplus es el proyecto bandera de USAID en materia de consolidación de las políticas de salud y del sistema de salud en los países en desarrollo y en transición. El proyecto, de cinco años de duración (2000-2005), se basa en su antecesor, “Asociaciones para el Proyecto de Reforma de la Salud”, y mantiene el foco en las políticas, el financiamiento y la organización de la salud, con un nuevo énfasis en la participación de la comunidad, vigilancia de las enfermedades infecciosas, y en el desarrollo e implementación de sistemas de información que sirvan de apoyo para la gestión y prestación de servicios de salud de calidad. PHRplus enfoca su acción en los siguientes resultados:

- ▲ *Implementación apropiada de una reforma de la salud.*
- ▲ *Generación de nuevas fuentes de financiamiento para la atención de salud y uso más eficiente de los fondos existentes.*
- ▲ *Diseño e implementación de sistemas de información en salud para la vigilancia de enfermedades.*
- ▲ *Prestación de servicios de calidad por parte de los profesionales de la salud.*
- ▲ *Disponibilidad y uso apropiado de los bienes de salud.*

Septiembre 2004

Cita recomendada

Hutchinson, Paul L. y Anne K. LaFond. Septiembre 2004. *Monitoreo y evaluación de las reformas de descentralización en los sectores de salud de los países en desarrollo*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Para obtener copias adicionales de este informe, por favor dirijase al Centro de Recursos de PHRplus en PHR-InfoCenter@abtassoc.com o visite nuestro sitio web en www.phrplus.org.

No de contrato/proyecto: HRN-C-00-00-00019-00

Presentado a: Karen Cavanaugh,
Oficial Jefe de Tecnología
Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición
División de Programas Globales, Soporte a Trabajo en Terreno e Investigación,
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

Este documento fue preparado por PHRplus y financiado por la Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) en el marco del Proyecto No. 936-5974.13, Contrato No. HRN-C-00-95-00024 y es de dominio público. Las ideas y opiniones expresadas en este documento son las de los autores y no necesariamente reflejan las de USAID o de sus empleados. Las personas interesadas en usar este informe en su totalidad o parcialmente pueden hacerlo, siempre y cuando mantengan la integridad del estudio y no tergiversen sus resultados o se adjudiquen su autoría. Este y otros documentos de HFS, PHR y PHRplus pueden visualizarse y descargarse en el sitio web del proyecto, www.PHRplus.org.

Resumen

La descentralización de responsabilidades del gobierno central hacia instancias gubernamentales inferiores o instituciones semi autónomas se ha transformado en una estrategia cada vez más generalizada para mejorar los sistemas de salud en los países en desarrollo y, en última instancia, mejorar el estado de salud de los habitantes de dichos países. Ahora bien, los esfuerzos tendientes a monitorear y evaluar la concreción y el funcionamiento de los programas de descentralización se ha visto muchas entorpecido por la escasa y deficiente información, por la falta de diseños acordes de investigación y por el vasto campo de la reforma, que puede englobar todos los aspectos del funcionamiento del sistema de salud. Este trabajo presenta un marco conceptual que permite identificar áreas clave para el monitoreo y la evaluación de los programas y las vías de acción –y los posibles obstáculos– mediante las cuales la descentralización puede afectar los sistemas de salud. También identifica diferentes maneras de evaluar el impacto de la descentralización en términos del logro de objetivos clave –mayor eficiencia, accesibilidad, equidad, participación de la comunidad y estado de salud. En este trabajo se presentan los tipos de datos que pueden reunirse y un conjunto de indicadores en diferentes áreas –política, administrativa y fiscal– que pueden resultar útiles para efectos de monitoreo y evaluación. La mayoría de los indicadores descritos pueden ser obtenidos a partir de técnicas existentes de recolección de datos, aun cuando hoy por hoy muchos de esos datos no son usualmente recolectados en muchos países. También se describen diferentes herramientas de recolección de datos y diversos tipos de análisis, incluidas las evaluaciones de impacto de la descentralización, que pueden utilizarse con estos datos.

Contenidos

Acrónimos	ix
Agradecimientos.....	xi
Resumen ejecutivo	xiii
Perspectiva general.....	xv
1. Introducción.....	1
1.1 Propósito de esta guía.....	2
1.2 Organización de la guía.....	4
2. Conceptos, definiciones y experiencias de países	5
2.1 ¿Qué es la descentralización?.....	5
2.2 Experiencias de países en materia de descentralización.....	6
2.3 Fundamentos de la descentralización	7
2.4 Formas de descentralización.....	9
2.5 Resultados de la descentralización	12
2.5.1 Autoridad y transparencia.....	12
2.5.2 Capacidad	13
2.5.3 Calidad.....	13
2.5.4 Financiamiento, transferencias intergubernamentales y asignación de recursos.....	14
2.5.5 Equidad, acceso e impactos en salud	17
2.5.6 Participación de la comunidad.....	18
2.6 Lecciones sobre descentralización aprendidas a partir de la experiencia de otros países ...	19
3. Marco conceptual para el monitoreo y la evaluación de la descentralización.....	21
3.1 ¿En qué consisten el monitoreo y la evaluación de la descentralización?.....	21
3.2 Cambios en autoridad, transparencia, uso de información y capacidad	23
3.2.1 Autoridad.....	24
3.2.2 Responsabilización	25
3.2.3 Información	26
3.2.4 Capacidad	26
3.3 Marco conceptual	27
4. Indicadores de descentralización	33
4.1 Político/legales	33
4.2 Fiscales	35
4.2.1 Generación de recursos y disponibilidad de recursos	36

4.2.2	Transferencias intergubernamentales	38
4.2.3	Gestión presupuestaria y de gastos	39
4.3	Organizacional.....	40
4.3.1	Recursos humanos y formación y construcción de capacidad.....	41
4.3.2	Medicamentos, insumos y equipos.....	42
4.4	Resultados	44
4.4.1	Eficiencia técnica y económica	44
4.4.2	Calidad.....	47
4.4.3	Equidad y accesibilidad	48
4.5	Accesibilidad.....	50
4.5.1	Utilización	51
4.5.2	Participación de la comunidad.....	52
4.6	Impacto: Resultados en salud	54
5.	Cómo preparar un plan de monitoreo y evaluación.....	55
6.	Monitoreo y evaluación de la descentralización: una agenda para el futuro	67
Anexo A. División hipotética de responsabilidades en un sistema de salud descentralizado		69
Anexo B. Matriz de responsabilización del sector de salud		73
Anexo C. Preguntas clave relativas al monitoreo y la evaluación de la descentralización en diferentes áreas funcionales y dimensionales.....		75
Anexo D. Tipos de indicadores para monitorear y evaluar un proceso de descentralización en diferentes áreas funcionales y dimensionales		79
Anexo E. Matriz de datos		87
Anexo F. Funciones de espacio de decisiones.....		91
Anexo G. Referencias.....		93

Lista de gráficos

Gráfico 1.	Gastos públicos a nivel nacional y local en atención pública de salud, en Filipinas 1991-1997	16
Gráfico 2.	Distribución de los gastos en los establecimientos de atención primaria, Zambia	17
Gráfico 3.	Áreas clave de cambio en una descentralización.....	23
Gráfico 4.	Marco conceptual para evaluar la descentralización.....	28
Gráfico 5.	Nivel nacional.....	31
Gráfico 6.	Nivel local.....	32

Acrónimos

CLS	Cuentas Locales de Salud
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
EDS	Encuestas Demográficas y de Salud
EMEV	Encuesta de Medición de Estándares de Vida
IEC	Información, Educación y Comunicación
M&E	Monitoreo y Evaluación
ONG	Organización No Gubernamental
PHR<i>plus</i>	Partners for Health Reform <i>plus</i>
SIG	Sistema de Información Geográfica
SWAp	Enfoque Multisectorial
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a David Hotchkiss, Sara Bennett, Charlotte Leighton, Xingzhu Liu, Patricio Murgueytio y Luis Morales por sus valiosos comentarios y aportes. Anne Yoachim y Heather O'Maonaigh colaboraron en la investigación.

Resumen ejecutivo

La descentralización implica la transferencia de responsabilidades desde un gobierno central hacia instancias gubernamentales inferiores o hacia organizaciones autónomas o semi autónomas (Rondinelli et al. 1983). La descentralización puede asumir diferentes formas según el tipo de funciones que se descentraliza, el grado de control que adquieren los gobiernos locales sobre dichas funciones y el tipo de institución al cual se le transfieren responsabilidades.

Los fundamentos y objetivos de la descentralización muchas veces son múltiples y ambiciosos. Generalmente, los procesos de descentralización son impuestos al sector de salud de un país específico por fuerzas políticas y sociales que abogan por una mayor democratización, estabilidad política o participación de la comunidad (Banco Mundial 1987). Los donantes muchas veces defienden la idea de una descentralización, ya sea como mecanismo para alentar la sustentabilidad y promover la atención primaria de salud (Organización Mundial de la Salud 1978) o por las potenciales ganancias que puede obtenerse en términos de eficiencia al incorporar información local en la toma de decisiones, suprimir instancias burocráticas, y deseconomías de escala (Banco Mundial 1987). Los fundamentos económicos de la descentralización se centran tanto en la eficiencia del sistema de salud como en canalizar una serie de preferencias por servicios públicos (Oates 1972). Las metas establecidas en la descentralización de un sector de salud generalmente incluyen mejorar la eficiencia, equidad, accesibilidad, capacidad de respuesta y calidad de la entrega de los servicios de salud y, en última instancia, la salud de la población.

Aún así, la descentralización no garantiza en sí una mayor eficiencia del sector de salud o mejores resultados del sistema de salud. Numerosos factores, que generalmente son mirados en menos, inciden en el éxito de los procesos de descentralización: la capacidad técnica y de gestión local, los sistemas de rendición de cuentas, la existencia de marcos legales claros y transparentes que establezcan la repartición de responsabilidades, y la existencia de fondos suficientes que permitan cumplir con los compromisos tomados y responder a las prioridades locales. Aun cuando ninguna de estas condiciones es suficiente para garantizar el éxito de una descentralización, las experiencias de diferentes países demuestran que todas ellas son necesarias.

El propósito de este documento es proporcionar a los planificadores, elaboradores de políticas e investigadores de los países en desarrollo y otros lugares orientaciones respecto de cómo elaborar métodos para medir los avances de una descentralización con respecto a determinadas metas, incluidos los pasos intermedios que muchas veces frenan o dinamizan los procesos, y para evaluar si los cambios que se observan son atribuibles a los procesos y las intervenciones que constituyen las reformas de descentralización o si deben atribuirse a otros fenómenos.

Esta guía presenta información básica acerca de los fundamentos y las definiciones de las diferentes formas de descentralización y algunas experiencias nacionales en materia de descentralización del sector de la salud. También propone un marco conceptual para identificar las áreas clave que deben evaluarse y las formas en que la descentralización puede afectar, tanto positiva como negativamente, los sistemas de salud. El marco conceptual se centra en los insumos, procesos y productos clave del sistema en los diferentes niveles –político, fiscal y organizacional. Los insumos incluyen los marcos legales y regulatorios, los sistemas de elaboración de políticas y de planificación,

las disposiciones tributarias, incluidas aquellas que regulan los ingresos públicos, los sistemas de gestión de gastos y de subsidios, y componentes organizacionales, como los sistemas para el uso de recursos humanos, el control de medicamentos, los insumos médicos y el equipamiento, y las decisiones en materia de inversión destinada a la infraestructura y la prestación de servicios.

La experiencia de los países nos muestra que la descentralización genera cambios al alterar los patrones de poder y de responsabilización, transfiriendo responsabilidades hacia aquellas personas que tienen ventajas informativas y reforzando los vínculos entre los encargados de salud locales, los proveedores de servicios y los electores, los clientes y otros beneficiarios. La proximidad con los grupos de interés que conlleva la descentralización facilita el flujo de información para la toma de decisiones y permite responsabilizar a los encargados y trabajadores de la salud acerca de su desempeño. La formación de capacidad técnica y organizacional en estas áreas, incluida la capacidad de generar y usar información, es un elemento clave de los procesos de descentralización y de su monitoreo y evaluación.

Esta guía presenta una serie de preguntas clave que deben formular los evaluadores e indicadores cuantificables para medir los avances, e identifica los tipos de información que pueden obtenerse en las diferentes áreas funcionales –autoridad, responsabilización, capacidad e información. La mayoría de los indicadores que aquí se describen pueden obtenerse mediante técnicas existentes de recopilación de datos, aun cuando muchas veces estos datos no son utilizados rutinariamente para evaluar procesos de descentralización ni tampoco son combinados con otras fuentes de datos para evaluar los impactos de la descentralización. Los datos sobre gasto público destinado a diferentes programas pueden cruzarse, por ejemplo con datos provenientes de encuestas a los hogares, para medir los impactos de la descentralización en materia de equidad y utilización de los servicios de salud. Las entrevistas a personas con opinión formada pueden cruzarse con datos presupuestarios para evaluar cambios en la fijación de prioridades y en la eficiencia en la asignación de recursos.

La evaluación del impacto de la descentralización supone poner mucho más atención de lo que generalmente se piensa en los diseños de los estudios. Aunque los diseños de grupos de control o grupos experimentales aleatorios muchas veces son descartados por las fuerzas políticas y sociales, esta guía aboga por el uso de metodologías científicas en las evaluaciones de los procesos de descentralización. Esto permitirá obtener resultados replicables, conclusiones que sean definitivas y pautas que puedan ser utilizadas en diferentes escenarios.

El objeto de esta guía, más que recetar una estrategia o herramienta específica, es proporcionar una visión general acerca de tópicos relacionados con el monitoreo y la evaluación de los procesos de descentralización. Aun cuando las modalidades de monitoreo y evaluación deben adecuarse a las características propias a cada país, esperamos que las herramientas y los instrumentos de evaluación y monitoreo que aquí se presentan sean lo suficientemente estándares como para facilitar la comparación entre países.

Perspectiva general

La descentralización implica la transferencia de responsabilidades desde un gobierno central hacia instancias gubernamentales inferiores o hacia organizaciones autónomas o semi autónomas (Rondinelli et al. 1983). La descentralización puede asumir diferentes formas según el tipo de funciones que se descentraliza, el grado de control que adquieren los gobiernos locales sobre dichas funciones y el tipo de institución al cual se le transfieren responsabilidades. Los énfasis en la descentralización del sector de la salud pueden ser tanto externos –relacionados con reformas políticas orientadas a una mayor inclusión social, procesos de democratización o reformas generales del sector público– o internos –que apuntan a mejorar el desempeño y la capacidad de respuesta del sistema de salud. Los procesos de descentralización en los sectores de salud de los países en desarrollo tienen múltiples objetivos y están dirigidos generalmente a mejorar la eficiencia, la equidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, así como la capacidad de responder a las necesidades locales y en última instancia, a la salud de los habitantes de un país.

El propósito de este documento es proporcionarle a los planificadores, elaboradores de políticas e investigadores de los países en desarrollo y otros lugares orientaciones para el monitoreo y la evaluación del proceso y progreso de las iniciativas de descentralización dentro de un país específico y entre varios países. Esta guía presenta información básica acerca de los fundamentos y las definiciones de las diferentes formas de descentralización y algunas experiencias nacionales en materia de descentralización del sector de la salud. También propone un marco conceptual que permita identificar áreas clave que requieren evaluación y los modos en que la descentralización puede afectar positiva y negativamente los sistemas de salud. Finalmente, identifica maneras de monitorear la descentralización y evaluar el impacto de la descentralización en términos de lograr determinados objetivos clave: mayor eficiencia, equidad, calidad, accesibilidad, capacidad de respuesta y mejor estado de salud.

En esta guía se desglosan interrogantes clave que deben ser formuladas a los evaluadores, se entregan indicadores cuantificables para evaluar avances y se identifican los tipos de información que pueden ser recopilados en diferentes áreas –política, organizacional y fiscal– que constituyen generalmente el foco de los esfuerzos de descentralización. El objetivo de esta guía, más que recetar determinadas estrategias o recetas, es proporcionar una visión general de los tópicos implicados en el monitoreo y la evaluación de los procesos de descentralización. La mayoría de los indicadores descritos en esta guía pueden obtenerse mediante técnicas existentes de recopilación de datos, aun cuando, hasta el momento, muchos de estos datos no forman parte de la recolección rutinaria de datos de muchos países. Aun cuando el tipo de monitoreo y evaluación puede ser adecuado de acuerdo a las circunstancias y el contexto de cada país, estimamos que muchos de los indicadores y de las herramientas de monitoreo y evaluación discutidos en esta guía son lo suficientemente estándares como para utilizarlos en análisis comparativos entre países. También se describen varias metodologías de recopilación de datos y diferentes tipos de análisis –entre ellos, las evaluaciones de impacto de un proceso descentralización– que pueden realizarse con estos datos.

1. Introducción

Los países en desarrollo deben enfrentarse con un sinnúmero de obstáculos a la hora de atender sus múltiples problemas de salud. Los más comunes son la existencia de recursos extremadamente limitados y muchas veces distribuidos de manera no equitativa, una capacidad humana y/o institucional limitada, mecanismos de rendición de cuentas inadecuados, ausencia de cobertura conjunta de riesgos, prestación ineficiente y muchas veces despilfarradora de servicios, y un acceso inequitativo a la atención de salud. Por otra parte, el diseño de los sistemas públicos de salud muchas veces no está hecho a la altura de las necesidades de sus respectivas poblaciones (Banco Mundial 1993a; Organización Mundial de la Salud 2001; Leighton y Knowles 1997). También vemos como algunos países, especialmente aquellos de África subsahariana, padecen de manera creciente los efectos de la pandemia del VIH/SIDA, con los enormes costos que esto supone en términos de capital humano y social y de recursos, de por sí escasos. Estos obstáculos afectan fuertemente la salud y el uso de la atención de salud por parte de los habitantes de los países en desarrollo, especialmente para ciertos subgrupos poblacionales, como los pobres, las mujeres, los niños y los integrantes de culturas históricamente desfavorecidos.

En los últimos años se ha observado un interés creciente respecto de las ventajas de descentralizar responsabilidades desde el gobierno central hacia instancias gubernamentales inferiores para enfrentar los desafíos de la salud en los países en desarrollo. Tanto el Banco Mundial (1987) como la Organización Mundial de la Salud (1978) han señalado que la descentralización puede ayudar a que los sistemas de salud funcionen de manera más eficiente y a aumentar la participación de la comunidad en la supervisión y en la toma de decisiones relevantes a nivel local. Muchas veces, la descentralización del sector de la salud ha sido abordada como un componente más de procesos de democratización y de reforma de la gestión pública que se han traducido en una mayor estabilidad política y en una mayor capacidad de respuesta de los gobiernos locales. La descentralización también ha procurado eliminar niveles ineficientes de burocracia, en aras de una toma de decisiones más expedita y más acorde con las circunstancias locales.

En términos económicos, la descentralización se centra tanto en la eficiencia del sistema de salud como en el establecimiento de una serie de preferencias para los servicios gubernamentales (Oates 1972). La descentralización puede traducirse en una mayor eficiencia al reducir los costos del gobierno en materia de coordinación de actividades entre diferentes grupos demográficos y zonas geográficas, a saber la supresión de deseconomías de escala, en la medida que los encargados locales de la salud pueden tener un mayor conocimiento acerca de las necesidades locales de salud.

Aun así, la descentralización de por sí no garantiza una mayor eficiencia del sector de salud o mejores resultados del sistema de salud. Existen varios factores que muchas veces son mirados en menos y que influyen en el éxito de los procesos de descentralización, como, por ejemplo, la capacidad local técnica y de gestión, los sistemas de rendición de cuentas, la existencia de marcos legales claros y transparentes que establezcan las diferentes responsabilidades, y la disponibilidad de fondos suficientes para ejecutar los mandatos y responder a las prioridades locales.

1.1 Propósito de esta guía

Debido al carácter amplio de la descentralización como parte de una estrategia de salud, a la posibilidad potencial de que la descentralización exacerbe aún más problemas de eficiencia del sector público y a la necesidad de un monitoreo regular del sistema de salud, resulta importante para los países en desarrollo conocer el desempeño de sistemas de salud descentralizados.

El primer objetivo de esta guía es revisar los objetivos y resultados de la descentralización en los sectores de salud de los países en desarrollo y diseñar un marco de trabajo y posibles estrategias para evaluar los progresos y efectos de la descentralización. Esperamos que esta guía ayude a las personas a comprender de qué forma la descentralización afecta los recursos y las funciones en el sistema de salud y los vínculos de estos últimos con los resultados anticipados y el impacto de la descentralización. Más específicamente, esta guía tiene los siguientes objetivos:

- ▲ Resumir experiencias clave en materia de descentralización del sector de la salud en los países en desarrollo, incluyendo sus fundamentos, elementos estructurales comunes, áreas problemáticas e historias de éxito
- ▲ Proponer un marco conceptual en el que se incorporen los componentes de un proceso de descentralización, enfocándose en las vías de acción –y los potenciales obstáculos– mediante las cuales los insumos en un sistema de salud descentralizado se transforman en mejores resultados en materia de desempeño del sistema de salud y de la salud de la población
- ▲ Presentar una gama de indicadores válidos y fuentes de datos que sean relevantes para monitorear y evaluar los diferentes tipos y niveles de descentralización
- ▲ Desarrollar un marco de trabajo por etapas para combinar el monitoreo rutinario de los sistemas de salud con una recopilación adicional de datos que permita evaluar los procesos de descentralización
- ▲ Proporcionar pautas para evaluar el impacto de un programa de descentralización del sistema de salud y de la salud de los habitantes de una nación.

Al igual que otras guías sobre monitoreo y evaluación, la presente guía está dirigida a diferentes tipos de lectores. Ésta puede constituir una herramienta útil para los encargados de la elaboración de políticas y los planificadores de la salud a la hora de diseñar planes de monitoreo y evaluación en contextos nacionales específicos. Los evaluadores e investigadores pueden utilizar esta guía para monitorear los cambios en el desempeño del sistema de salud como resultado de las políticas de descentralización en el análisis de un país o en un análisis comparado entre países. Los donantes internacionales podrán encontrar en esta guía pautas para evaluar la descentralización como política apoyada por los organismos donantes.

Es importante señalar que la descentralización, más que una intervención específica realizada en un momento dado, debe ser entendida como un conjunto de intervenciones –cambios en la asignación de responsabilidades, creación de nuevas instancias de gestión, supervisión y participación; construcción de capacidades, etc.– que muchas veces ocurren en diferentes etapas a lo largo de los años. Esto acrecienta la complejidad del monitoreo y de la evaluación, sobretudo por la cantidad de cambios que deben ser pesquisados (monitoreo) y de los impactos que deben ser ponderados (evaluación).

También es importante al término del proceso establecer una clara distinción entre la evaluación de la descentralización como un proceso con metas y objetivos definidos y la evaluación de un sistema de salud descentralizado. En ambas situaciones, los planificadores querrán poder contestar a ciertas interrogantes básicas acerca de cómo y dónde son gastados los fondos, si los recursos responden efectivamente a las necesidades de salud de la población, y otros aspectos del funcionamiento del sistema. Estos sistemas regulares de monitoreo y evaluación han sido objeto de varios estudios y no constituyen el objetivo principal de esta guía.

En cambio, la evaluación de la descentralización como proceso implica determinar el grado de éxito de una serie de intervenciones susceptibles de formar parte de un programa de descentralización en términos del logro de determinados objetivos, por ejemplo, una prestación más eficiente de los servicios de salud, gobiernos con mayor capacidad de respuesta, mayor acceso a los servicios de salud para los pobres y otros grupos en situación de vulnerabilidad, o mejor calidad de la atención de salud y todas las etapas de cambio que estos procesos suponen. Estas metas pueden ser articuladas en términos de preguntas muy precisas, con claros indicadores y planes de análisis que apunten a responderlas. Por ende, esta guía está orientada al análisis del proceso de monitoreo y evaluación de la descentralización entendida como un conjunto de intervenciones. Específicamente, está destinada a proporcionar herramientas y mecanismos para contestar a las siguientes preguntas:

Para monitorear la descentralización:

1. ¿La descentralización se está llevando a cabo según lo planificado? ¿Están ocurriendo los cambios anticipados en las instituciones y estructuras locales y en los flujos de recursos?
2. ¿El proceso de descentralización está logrando sus objetivos (respecto a determinados datos básicos)?

Para evaluar la descentralización:

1. ¿La descentralización ha contribuido a cambios en el desempeño del sistema de salud y en el estado de salud?
2. ¿El sistema descentralizado es más o menos efectivo que el anterior sistema (centralizado)?

Ahora bien la distinción entre evaluar sistemas de salud descentralizados y evaluar procesos de descentralización no es absoluta pues existen ciertos traslapes. En ambos casos se debe recurrir a indicadores similares relacionados con el desempeño y el impacto del sistema de salud. Los cambios en la asignación de recursos, la eficiencia de la prestación de servicios, la calidad de la atención y el uso de servicios son relevantes en el monitoreo rutinario de ambos sistemas y en los estudios de evaluación de procesos de descentralización. La principal diferencia estriba en las preguntas que se formulan. En el caso del monitoreo y de la evaluación de un sistema de salud (descentralizado o no) uno querrá saber si el desempeño es adecuado o si está mejorando. En cuando al monitoreo y evaluación de la descentralización, uno querrá averiguar si la descentralización se está encaminando hacia el cumplimiento de determinadas metas de desempeño.

Debido a que el carácter y los tipos de descentralización varían según los países y la experiencia, las herramientas de evaluación y monitoreo que se describen en esta guía son generales en cuanto a su enfoque. El desarrollo de un paquete completo de indicadores, instrumentos de recolección de datos o herramientas analíticas relevantes para los procesos de descentralización de todos los países excede el propósito de esta guía. La situación de cada país es diferente y el grado de relevancia de los indicadores y las herramientas dependerá del carácter del programa de descentralización. Estos

indicadores y las herramientas de análisis que se presentan seguidamente constituyen sólo guías para aquellos que es susceptible de ser evaluado y monitoreado. Los indicadores específicos tendrán que ser adaptados según las características de cada país.

La mayoría de las herramientas que se discuten en esta guía han sido objeto de amplia cobertura y revisión por terceros. Más aún, se supone que muchos de los instrumentos de recolección de datos están operando en varios países como parte del monitoreo rutinario de los sistemas de salud o para efectos de evaluaciones que no están relacionadas con las evaluaciones de la descentralización. En esos casos este trabajo puede servir como una guía para aplicar recursos existentes a las evaluaciones de los procesos de descentralización. En aquellos casos en que están disponibles, se incluyen referencias sobre fuentes de información más detalladas acerca de las herramientas y de los análisis de recolección de datos.

1.2 Organización de la guía

Los próximos capítulos de esta guía están ordenados de la siguiente manera: en el Capítulo 2 se presentan antecedentes y definiciones acerca de los componentes clave de la descentralización y se hace un recuento histórico acerca de los programas de descentralización del sector de la salud en los países en desarrollo; en el Capítulo 3 se describe el marco conceptual para el monitoreo y la evaluación de los sistemas de salud en general y de los programas de descentralización en particular; en el Capítulo 4 se describen indicadores generales para los programas de descentralización y mecanismos para la recolección de datos que permitan desarrollar estos indicadores. En el Capítulo 5 se describe, paso a paso, un marco general para desarrollar un plan básico de monitoreo y evaluación; y, finalmente, en el Capítulo 6 se propone una agenda de futuro para monitorear y evaluar los programas de descentralización.

2. Conceptos, definiciones y experiencias de países

En esta sección se entrega información acerca de conceptos clave y definiciones utilizadas para describir los procesos de descentralización y los sectores de salud descentralizados. También se proporcionan antecedentes acerca de la experiencia de determinados países en materia de descentralización, destacándose en cada caso cuáles fueron los motivos para descentralizar, la estructura de los diferentes sectores de salud descentralizados, y las experiencias existentes, incluidos los pasos clave que muchas veces determinan el grado de éxito de un programa de descentralización. Cabe señalar que en muchos países la descentralización es un proceso en fase desarrollo, al igual que las iniciativas, los datos y las capacidades necesarias para realizar evaluaciones rigurosas acerca de la efectividad de los diferentes programas de descentralización.

2.1 ¿Qué es la descentralización?

La descentralización es la transferencia de poder y de responsabilidades en materia de funciones públicas desde el gobierno central de un país hacia instancias gubernamentales subnacionales o instituciones autónomas (Rondinelli et al. 1983). La descentralización muchas veces se clasifica según los tipos de responsabilidad que recaen sobre las diferentes instancias y según el grado de autonomía conferido a las autoridades locales. La descentralización es generalmente clasificada según tres categorías de responsabilidades: política, administrativa y fiscal.

La descentralización **política** implica conferir mayor poder de decisión pública a los ciudadanos o a sus representantes, particularmente a través de procesos democráticos (Banco Mundial 2000). Los argumentos a favor de la descentralización política se sustentan en la idea de que “las decisiones tomadas con un mayor grado de participación estarán más fundadas y serán más relevantes para los diferentes intereses de la sociedad que aquellas decisiones cupulares tomadas por las autoridades políticas de la nación. Este concepto implica que la selección de los representantes de las circunscripciones electorales por parte de sus habitantes permite que éstos conozcan mejor a sus representantes políticos y que éstos a su vez conozcan más de cerca las necesidades de sus electores.” (Rondinelli 1999) Una descentralización política exitosa depende generalmente de varios factores clave, tales como reformas legales o constitucionales, partidos políticos pluralistas, refuerzo legislativo, y unidades políticas locales. La ausencia de algunos de estos elementos puede llevar a que las elites locales terminen “capturando” el sistema electoral con el fin de desarrollar políticas y acciones que los favorezcan a ellos o a sus adherentes. La descentralización política también constituye la base para traspasar varias funciones administrativas del sector público.

La descentralización **administrativa** “es la transferencia de responsabilidades en materia de planificación, financiamiento y gestión de determinadas funciones públicas desde el gobierno central y sus organismos hacia unidades o niveles subordinados de gobierno, autoridades o empresas públicas semi autónomas, o autoridades de área, regionales o funcionales” (Rondinelli 1999). Muchas veces se definen varias subcategorías de descentralización administrativa, según las instituciones u organismos a los que se les traspasan responsabilidades. La **desconcentración**, forma más leve de

descentralización, implica la transferencia de autoridad y responsabilidades desde el ministerio de salud del gobierno central u otras secretarías de Estado similares hacia oficinas regionales del mismo ministerio. La **devolución**, por su parte, le confiere mayor autonomía a las instancias gubernamentales descentralizadas e implica la transferencia de responsabilidades desde el gobierno central hacia instancias gubernamentales subordinadas a las que se les ha conferido mayor autoridad mediante proyectos de ley o reformas constitucionales. La **delegación** implica la transferencia de responsabilidades desde organismos centrales hacia entidades semi autónomas que operan de manera independiente o semi independiente del gobierno. (Rondinelli et al.1983; Rondinelli 1999; Brinkerhoff y Leighton 2002).

Esta última caracterización puede ser más fácilmente visualizada como un continuo, ya que incluso dentro del sistema de salud algunas funciones pueden ser transferidas a diferentes organismos y niveles. De hecho, la privatización o transferencia de responsabilidades desde el gobierno hacia entidades privadas muchas veces se considera como una forma de descentralización, en la que se pueden lograr mayores niveles de eficiencia a través de mecanismos de mercado que implican una mayor autonomía y flexibilidad en la toma de decisiones (Rondinelli 1999, Mills 1994). En un esquema de privatización, las responsabilidades pueden recaer en manos de los proveedores de servicios mismos, tal como se ha evidenciado en las iniciativas tendientes a separar el financiamiento de la prestación de servicios de la prestación de servicios propiamente tal. En Brasil, por ejemplo, la mayoría de los proveedores de servicios opera en el sector privado; el gobierno asume la función de financiar y regular el sector de la salud (Griffin 1999). Otras formas de privatización pueden también incluir la subcontratación de servicios no esenciales, tales como lavandería, facturación, seguridad o mantención de los establecimientos de salud (Mills 1994, Rondinelli 1999).

La descentralización **fiscal** se refiere al desarrollo de un control local sobre los recursos financieros, ya sea bajo la forma de asignación por gastos o mediante la propia generación de ingresos. Gran parte de los estudios sobre descentralización fiscal se centra en la naturaleza de las transferencias intergubernamentales y en analizar diferencias en la generación de ingresos entre jurisdicciones de diferentes niveles de ingreso. Dentro del sector de la salud, sin embargo, usualmente los gobiernos locales tienen una capacidad limitada para generar ingresos propios y generalmente están sujetos a mecanismos locales de costos compartidos o esquemas locales de previsión de salud. Por ello, generalmente los sistemas de salud siguen dependiendo de las transferencias provenientes del gobierno central. Un tema clave a la hora de analizar la descentralización fiscal es determinar el equilibrio adecuado entre la autoridad y los recursos financieros para ejercer esa autoridad, especialmente en función de las prioridades de salud del país. Los gobiernos centrales deben asegurar un equilibrio entre los condicionantes puestos sobre las transferencias, cuyo objetivo es asegurar que se cumplan las prioridades nacionales y las restricciones que estos condicionantes suponen para los tomadores de decisiones en materia de autonomía y flexibilidad.

2.2 Experiencias de países en materia de descentralización

Resulta difícil medir el grado de descentralización en los países en desarrollo debido a la enorme diversidad de formas y énfasis con que ésta es llevada a cabo. Tal como se dijo anteriormente, resultado más acertado visualizar la descentralización como un fenómeno continuo, que se desarrolla en diferentes niveles, que verlo como un proceso de “todo o nada”. Puede que un país tenga elecciones locales pero que simultáneamente requiera que el personal de salud sea contratado a través de un ministerio central. Puede que los gobiernos locales tengan mucho poder discrecional sobre las decisiones que atañen al gasto pero poca ingerencia en materia de gravar, solicitar préstamos o generar ingresos para financiar estas decisiones. Por lo tanto, amalgamar estos diferentes índices de autonomía en un solo índice de descentralización puede resultar muy impreciso.

Aun así, la descentralización está claramente relacionada tanto con el desarrollo económico como con los sistemas democráticos de gobierno. Prácticamente todos los gobiernos de los países en desarrollo tienen sistemas federales, es decir, sistemas basados en una división de responsabilidades entre el gobierno central y las instancias inferiores de gobierno. Aproximadamente 95 por ciento de las democracias tienen sistemas de gobierno descentralizados o federales (Banco Mundial 1999).

En los últimos años, los países en desarrollo han procurado hacer frente a los problemas de baja eficiencia del sector público descentralizando las funciones y responsabilidades de sus gobiernos centrales hacia instancias inferiores del sector público. De los 14 países de América Latina con más de 5 millones de habitantes, sólo México ha tenido elecciones locales regulares desde 1960. Desde 1992, estos 14 países están teniendo elecciones municipales (Burki, Perry y Dillinger 1999; Willis, Garman y Haggard 1997). Una encuesta realizada en 1994 indicó que 67 de 75 países en desarrollo con más de 5 millones de habitantes estaban involucrados en algún proceso de descentralización. A nivel mundial, aproximadamente 75 por ciento de los países tienen niveles subnacionales de gobierno (Dillinger 1994).

Argentina parece haber realizado un gran progreso en materia de descentralización. Sólo 14 por ciento del gasto público se ejecuta a nivel nacional, mientras que 70 por ciento se realiza a nivel provincial y 16 por ciento a nivel municipal (Gonzalez-Prieto y Alvarez 1999; Griffin 1999). En África subsahariana, varios países han emprendido, en diferentes medidas, políticas de descentralización en los últimos años. Los casos más notables los constituyen Ghana, Zambia, Uganda, Tanzania y Sudáfrica, aun cuando muchos otros han realizado diferentes reformas a nivel de gobierno comunitario y local (Hutchinson 1999; Bossert y Beauvais 2002). En Asia, India, Bangladesh, Nepal y China están llevando a cabo algún tipo de transferencia de responsabilidades hacia los gobiernos estatales y locales.

2.3 Fundamentos de la descentralización

Las fuerzas políticas son generalmente las impulsoras de los procesos de descentralización en los países en desarrollo. La descentralización ha sido utilizada como un mecanismo para repartir el poder, asegurar estabilidad política, acercar el gobierno representativo a los ciudadanos y mejorar la responsabilización y capacidad de respuesta de los líderes locales (Banco Mundial 2000; Burki, Perry y Dillinger 1999; Silverman 1992). En África, el fin del poder colonial, particularmente en la década de los 60, dejó un legado de servicios públicos ligados a una autoridad central, carente de motivación para responder a las necesidades de las personas y con una actitud oportunista, en la que los empleos en el gobiernos eran utilizados únicamente con afán de lucro personal, lo que generó un clima de desconfianza social (Shah, 1998).

La descentralización en América Latina y en las economías antes centralizadas se ha visto impulsada por el surgimiento de gobiernos democráticos y el auge de las libertades públicas, que hacen que la mejoría de los servicios públicos sea vista como algo crítico (Shah 1998). En América Latina, los sistemas de salud descentralizados se han ido desarrollando para reducir la carga administrativa de los gobiernos centrales y para responder a las necesidades locales (Litvack, Ahmad y Bird 1998; Griffin 1999).

Muchas veces la descentralización está ligada a iniciativas tendientes a promover la estabilidad política y formalizar mecanismos institucionales que le permitan a grupos dispares participar en el ejercicio del poder. Sudáfrica y Uganda se han valido de la descentralización para promover la unidad nacional (Jeppson y Okuonzi 2000; Hutchinson 1999). El proceso de descentralización en Rusia ha sido utilizado para frenar tendencias secesionistas promovidas por facciones regionales (Banco

Mundial 1999). La promoción de la autonomía regional constituyó también la razón de ser de los procesos de descentralización en España y Papua Nueva Guinea (Artigas 1990; Campos-Outcalt, Kewa y Thomason 1995).

La descentralización política está fuertemente ligada a los esfuerzos tendientes a promover la participación de la comunidad. Tal como lo señala una investigación,

La participación ciudadana asegura que los bienes públicos se ajusten a las necesidades de los votantes y a que haya transparencia en la gestión pública. Esta participación es sólo posible en la medida que se garanticen la libertad y la estabilidad políticas. La descentralización consolida la participación ciudadana al acercar los gobiernos a las personas que supuestamente han de servir (Shah 1998, p. 21).

La descentralización también ha sido llevada a cabo para responder a la insatisfacción generada por la ineficiencia de los servicios públicos centralizados. Esta ineficiencia puede relacionarse con la dificultad de coordinar actividades dispares desde un lugar central, especialmente en países de mayor extensión geográfica o más poblados. Los sistemas centralizados usualmente requieren más burocracia y gestión, lo que lleva a deseconomías de escala –costos unitarios que crecen rápidamente en la medida en que aumentan la escala de prestaciones- y a mayores tiempos para la toma de decisiones. Es esperable que los tomadores de decisiones tengan menos conocimiento de las condiciones locales en la medida es que operen de manera centralizada y remota, o que obtengan información acerca de las condiciones locales a un costo mucho más elevado que los tomadores de decisiones locales. Algunos investigadores han señalado que el alto costo de obtener información y llevar a cabo transacciones hace que el traslado de la toma de decisiones hacia instancias más locales sea una decisión especialmente apropiada para los países en desarrollo (Shah 1998).

Por el hecho de introducir una mayor diversidad en la provisión de bienes públicos, la descentralización, según los estudios sobre federalismo tributario, puede ayudar a mejorar la eficiencia en la asignación de recursos– asignación de recursos para las intervenciones y actividades relacionadas con la salud, en aras de lograr el mayor bienestar para la población. Cuando las preferencias por concepto de bienes públicos difieren entre las localidades, la descentralización puede permitir alcanzar mayores niveles de bienestar al conferirle a los tomadores de decisiones mayor autonomía en la selección de bienes públicos, en función de las necesidades específicas de la población local. Asimismo, es más probable que esas necesidades específicas sean más claras y más atendibles por planificadores que trabajen más cercanamente a sus electores que los tomadores de decisiones centralizados (Oates, 1972; Musgrave 1983; Akin, Hutchinson y Strumpf 2004) Más aún, al permitir diferentes combinaciones de servicios públicos entre circunscripciones, la descentralización puede traducirse en una eficiente asignación de recursos, ya sea obligando a los gobiernos locales a competir por conquistar electores que optarán por sus propuestas de servicios públicos “votando con sus piernas” y trasladándose a las circunscripciones que ofrezcan servicios más en sintonía con sus preferencias o permitiendo que estos electores descarten aquellos candidatos que no se ajustan a sus preferencias en materia de servicios públicos (Tiebout 1956; Stigler 1957; Oates 1972; Musgrave 1983).

La descentralización también ha estado vinculada a iniciativas de los donantes internacionales tendientes a promover la prestación pública de atención de salud. La Organización Mundial de la Salud ha enfatizado la importancia de la atención primaria de salud y el papel de la participación de la comunidad en la planificación y la prestación de los servicios de salud, en documentos tales como la *Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud* (Organización Mundial de la Salud/UNICEF 1978) y el documento *Salud para todos en el año 2000* (Organización Mundial de la

Salud 1978, 1981). Tal como lo han señalado varios autores, la promoción de la atención primaria de salud ha demostrado ser incompatible con la existencia de sistemas centralizados de atención de salud (Collins y Green 1994), aun cuando en general estas iniciativas estaban movidas por principios de equidad y sostenibilidad más que eficiencia. Otros donantes (Banco Mundial, 1987) han hecho hincapié en las mejoras que han producido los procesos de descentralización realizados en el marco de reformas a la salud en términos de eficiencia, en tópicos tales como expansión de la cobertura de riesgo, cobro a los usuarios por concepto de servicios privados, para aquellos que pueden pagarlos, y un mejor uso de recursos privados y no gubernamentales. Tal como lo señala el Banco Mundial, “en aquellos países en los que los recursos de gestión son escasos, en que la comunicación es difícil, en que el transporte es lento y muchas personas viven aisladas, debe considerarse la descentralización del sistema de servicio público como una posible vía para mejorar la eficiencia” (Banco Mundial 1987).

Los países muchas aducen múltiples razones para descentralizar sus sistemas de salud. En Uganda, los objetivos de la descentralización contemplaban, entre otros, acercar más el poder a las comunidades locales, responder a las necesidades locales y formar capacidad local (Jeppson y Okuonzi 2000). La participación pública en Zimbabue fue pensada como una manera de aumentar la cobertura, el acceso y la utilización efectiva de la atención de salud y de los servicios de prevención (Lowenson 2000). En Senegal se pensó que la descentralización “acerca más el gobierno a la gente” (Ndiaye 1990). En México, “la descentralización fue una oportunidad de revitalizar la democracia, promover la participación de la comunidad y la cooperación intersectorial.” (Alvarez 1990, p.70). La descentralización en México también fue concebida como un medio para “compartir el poder político con los gobiernos estatales, reducir la carga fiscal a nivel central, racionalizar la estructura de insumos y mejorar la gestión” (Griffin 1999). Los fundamentos que subyacen tras el proceso de descentralización de Kenia incluyen la voluntad de concebir un entorno propicio para mejorar el desempeño del sector de la salud, aumentar la capacidad de respuesta respecto de las necesidades locales de salud, conseguir una mayor colaboración entre todos los grupos de interés y lograr un mayor potencial para el desarrollo de nuevos mecanismos de financiamiento (Oyayo y Rifkin 2003). Un mayor costo-efectividad y un control de costos fueron los dos motivos que impulsaron a Holanda a llevar a cabo una descentralización (Schrijvers 1990). Zambia adujo las mismas razones junto con la necesidad de lograr una mayor autonomía y equidad en el acceso a la atención de salud (Blas y Limbambala 2001). China mencionó como fundamento de su descentralización el deseo de aumentar la calidad de sus servicios, contener los costos a nivel estatal e incrementar las contribuciones financieras locales (Tang y Bloom 2000). España también se propuso como meta simplificar los procedimientos administrativos, acelerar la toma de decisiones, mejorar el acceso a la atención de salud y facilitar la cooperación entre los diferentes sectores (Artigas 1990). En el estado de Bahía, en Brasil, la descentralización tuvo por objeto: “(i) mejorar la cobertura de intervenciones de salud clave que influyen en los resultados básicos de salud de la población, (ii) reducir la desigualdad en la distribución de la atención de salud financiada por el Estado, y (iii) mejorar la sustentabilidad del sector de la salud a través de una mayor eficiencia y mediante la introducción de mecanismos optimizados para el control de los costos” (Banco Mundial 2003).

2.4 Formas de descentralización

La forma que adquieren los sistemas de descentralización varía según los países y tiende a evolucionar con el tiempo a medida que cambian los gobiernos y mejora la capacidad institucional y humana. La mayoría de los países en América Latina dispone de sistemas escalonados en materia de prestación de servicios de salud, con responsabilidades repartidas entre los gobiernos central, regional o departamental y municipal. El proceso de descentralización en Bolivia a mediados de los 90, por ejemplo, implicó la transferencia de activos desde los centros de salud y algunos hospitales del

gobierno central a los 311 municipios. México transfirió responsabilidades a nivel estatal y a 139 zonas médicas en 1997 (Griffin 1999).

Filipinas ha adoptado un sistema escalonado similar, con responsabilidades divididas entre el Departamento de Salud central, las provincias y las ciudades o municipios. A comienzos de los 90, prácticamente todas las responsabilidades departamentales preexistentes, incluidas las oficinas de salud provinciales y de distrito, la construcción, la operación y el mantenimiento de los hospitales, la compra de medicinas, la operación del sistema de atención primaria a través unidades rurales de salud y estaciones de salud de *barangay*, y la operación de los servicios de salud en terreno y de las enfermerías fueron transferidos a las unidades de gobierno locales. El Departamento de Salud central mantuvo a su cargo la responsabilidad del desarrollo de políticas de salud, la fijación de estándares, el monitoreo y la evaluación, y el financiamiento y la planificación de los programas básicos de salud y un plan de previsión nacional, y, en la práctica, muchos de los hospitales más importantes del país (Schwartz, Guilkey y Racelis 2002; Ramiro et al. 2001).

En gran parte del África subsahariana, los sistemas descentralizados de salud han sido muchas veces de dos niveles claramente establecidos: el central y el de distrito. En Zambia, donde la descentralización comenzó con el sector de salud, el énfasis fue puesto en la delegación de autoridad y de recursos a los equipos de gestión de salud de los distritos y en el desarrollo de comités locales de centros de salud para establecer las prioridades locales y supervisar los centros de salud locales (Blas y Limbambala 2001; Bossert y Beauvais 2002; Bossert, Chitah y Bowser 2003).

En Uganda, la responsabilidad respecto de la prestación de servicios en todos los hospitales nacionales, salvo algunas excepciones, fue transferida al nivel de distrito y se tradujo en la creación y en el refuerzo de equipos de gestión en salud locales, dirigido por el director de servicios de salud del distrito (antes el encargado médico del distrito). La descentralización fue apoyada por un ministerio del gobierno local, que supervisó los cambios en las funciones del sector público, las transferencias de poder y los flujos de recursos dentro de los diferentes sectores. Se creó dentro del consejo del distrito un comité electo de salud del distrito cuya función era desarrollar tareas legislativas, de planificación y de elaboración de políticas, supervisar los comités de salud de los niveles más bajos y coordinar a los diferentes actores del sistema de salud. Los equipos de gestión de salud del distrito, por su parte, tenían a su cargo la responsabilidad de elaborar una planificación estratégica, desarrollar actividades de salud a nivel de distrito, distribuir medicamentos y vacunas, evaluar requerimientos de mano de obra y de capacitación, y monitorear y supervisar las actividades de salud del distrito (Hutchinson 1999).

La gestión de los recursos humanos varía según los países, aun cuando en la mayoría de los países el personal es pagado con fondos del Estado (Kolehmainen-Aitken 1998). En Tanzania, la mayoría de las decisiones de contratación y despido se hacen a nivel central, lo que se traduce en largas demoras y en dificultad en lograr un buen desempeño por parte de los trabajadores (Mills 1994). En Nepal, la contratación a todos los niveles es llevada a cabo por la Comisión de Servicio Público, de carácter central. Los doctores son nombrados por el ministerio central pero otros miembros del personal son nombrados en niveles inferiores. En Bangladesh las seis divisiones administrativas (que cubren un promedio de 20 millones de personas) tienen autoridad sobre los movimientos de los doctores, mientras que los distritos están autorizados a seleccionar a los paramédicos y al personal de apoyo (Pokharel 2001). En México, cada estado es responsable de la administración de sus recursos humanos (Griffin 1999).

Muchos esperan que el gobierno central desempeñe un papel cada vez menos relevante en un sistema descentralizado. En la mayoría de los países, la responsabilidad de la planificación estratégica, la elaboración de políticas, la regulación y la acreditación sigue en manos del gobierno

central. El financiamiento de la atención para los pobres y las personas sin seguro médico también sigue a cargo del gobierno central, al igual que la importante función de difundir la información sobre salud y la entrega de bienes públicos a nivel nacional. Sin embargo, el paso de un rol de proveedor a uno de apoyo y de normatizador ha sido problemático para muchos gobiernos centrales. En India y otros países, el gobierno central ha mantenido bajo su control los grandes programas verticales (Pokharel 2001). La reorientación de funciones del Ministerio de Salud en Uganda, en función de sus nuevas responsabilidades, supuso pasar de un enfoque de arriba hacia abajo a otro en el que los distritos comunicaban sus necesidades. La reestructuración inicial del Ministerio de Salud también llevó a un aumento en tamaño de éste (Jeppson, Ostergren y Hagstron 2003). También llevó a la creación de varias estructuras nuevas del Ministerio de Salud central, como el Comité Director Nacional sobre Atención Primaria de Salud, la Asamblea Nacional de Salud, La Comisión de Servicios de Salud, y la División de Inspección (Auditoría Médica) (Hutchinson 1999).

Sin embargo, los gastos al nivel central tienden a disminuir a medida que el gobierno se aparta de la prestación de servicios. En México, por ejemplo, el gasto a nivel del ministerio federal bajó de 12,2 millones de pesos en 1995 a 9,5 millones de pesos en 1999, mientras que los gastos a nivel de los diferentes estados aumentaron de 4,8 millones a 16,4 millones de pesos (Griffin 1999). En Filipinas, durante el primer año de descentralización, en 1993, el presupuesto de Departamento de Salud nacional se redujo en 50 por ciento, en gran medida por la delegación de responsabilidad de los hospitales a nivel provincial (Schwartz, Guilkey, and Racelis 2002).

En algunos países, la descentralización también ha implicado el establecimiento de nuevas circunscripciones políticas y administrativas. En Uganda, la descentralización implicó subdividir los distritos existentes en distritos más pequeños, lo que significó que éstos pasaron de 33 en 1993 a 56 en 2003. De la misma manera, en Ghana, la descentralización supuso en un primer momento una nueva fijación de límites territoriales, con lo que los 68 distritos existentes pasaron a ser 118 (Cassels y Janovsky 1992).

En muchos países, se han establecido nuevas estructuras de gestión a nivel local. En México, por ejemplo, se establecieron “organismos públicos descentralizados” semiautónomos que incluían en sus juntas de gobierno al gobernador del estado, a un representante del Ministerio de Salud federal, a un representante sindical, y al ministro de salud del estado en cuestión (Griffin 1999). En Zambia, se crearon juntas de salud de distrito para supervisar las acciones de los equipos de gestión de salud del distrito (Bossert, Chitah y Bowser 2003).

En otros países, se han establecido entidades extrajurisdiccionales e intrajurisdiccionales para supervisar y coordinar actividades dentro de un conjunto de áreas contiguas. A fines de los 90, Uganda introdujo un sistema de distritos de salud, que corresponde a múltiples distritos administrativos. El fundamento de esta iniciativa era asegurar la armonización regional de los servicios de salud (Hutchinson 1999; Jeppson 2001). El Instituto de Seguridad Social de México creó 139 zonas médicas, cada una de las cuales cubre aproximadamente entre 100.000 y 200.000 personas (Griffin 1999). En Brasil, la constatación de pérdida de economías de escalas en la producción de servicios médicos complejos llevó a la creación de micro regiones de salud que abarcaban varios municipios. En este esquema los municipios se contratan mutuamente servicios para asegurar el acceso a interconsultas. Estas microrregiones también se usaron como base para la asignación de fondos federales recurrentes y de desarrollo. Las formas de gestión y de manejo del poder en las microrregiones están aún en fase de prueba (Banco Mundial 2003).

Los procesos de descentralización normalmente son escalonados en el tiempo. Muchas veces el proceso se realiza sobre la base de criterios geográficos, confiéndoles mayores responsabilidades a determinadas circunscripciones y posteriormente extrapolando la experiencia a las restantes. Las

funciones administrativas y fiscales específicas también son diferidas. El proceso de descentralización en México en 1983 abarcó solamente 14 de los 32 estados del país (Griffin 1999). La descentralización en Argentina, iniciada en 1978, transfirió primero el manejo de los establecimientos al nivel provincial. Seguidamente, se prosiguió el proceso a niveles inferiores, como son los municipios (Griffin 1999). Países como Nepal y Bangladesh han desarrollado documentos de política y planes de descentralización a largo plazo, aun cuando la materialización de dicha descentralización ha sido lenta (Pokharel 2001).

2.5 Resultados de la descentralización

Tal como se señaló anteriormente, no hay nada inherente a la descentralización que garantice que ésta va a ser exitosa. *El éxito de una descentralización descansa en el justo equilibrio entre autoridad y responsabilización, con determinados niveles de habilidades y capacidades y flujos de información.* El acceso a información confiable, en particular, permite que las decisiones sean tomadas con pleno conocimiento de causa y le permite a los electores y a los grupos de interés observar el desempeño de las personas encargadas de proveer una atención de salud adecuada.

Pese a la amplia cobertura de los programas de descentralización y de los numerosos estudios teóricos que la avalan, la descentralización no siempre ha cumplido con los objetivos que se ha propuesto. En algunos casos, los sistemas descentralizados de salud han tenido incluso peores efectos que los sistemas centralizados. Los efectos negativos de la descentralización usualmente están relacionados con discrepancias entre la devolución de prerrogativas administrativas –claramente articuladas y asignadas– y los mecanismos para mantener bajo control aquellas instancias a las que le han sido conferidos nuevos poderes, los medios financieros para llevar a cabo esta transferencia de poderes y las capacidades técnicas para materializar, monitorear y evaluar el proceso de descentralización (Mills 1990; Prud'homme 1995; y Tanzi 1996).

Aun cuando la descentralización ha sido ampliamente estudiada, son pocos los estudios que hayan podido, de manera rigurosa y científica, atribuir los resultados de un proceso exclusivamente a la influencia de la descentralización. La falta de evidencia al respecto, sin embargo, no implica ineffectividad, sino más bien la necesidad de mayores esfuerzos en materia de recolección y evaluación de datos. Es mucho lo que se puede comentar acerca de los efectos de la descentralización en diferentes áreas, incluidas las experiencias en materia de transferencia de poderes y transparencia y sus efectos en cuanto a equidad, eficiencia, asignación de recursos y participación de la comunidad.

2.5.1 Autoridad y transparencia

Por definición, la transferencia de responsabilidades desde las instancias centrales hacia las instancias inferiores de gobierno ha ampliado los roles que desempeñan los funcionarios locales de la salud. En la mayoría de los casos estas transferencias de poder han correspondido a cambios en los mecanismos de rendición de cuentas. La descentralización en Filipinas ha servido para otorgarles mayor poder a los gobiernos locales, con elecciones regulares y la posibilidad para los electores de hacer valer la confianza que ha depositado en sus representantes electos. La descentralización ha mejorado la calidad del manejo del poder “especialmente en cuanto a reorientar la función del gobierno, haciéndolo pasar de un papel de comando y control a uno de proveedor de servicios” (Shah 1998, p. 15-16). En Perú, la descentralización está asociada con una mayor autonomía local en materias financieras y administrativas. (Arredondo y Parada 2001). En Botswana, los principales beneficios han sido “(i) una mayor y más efectiva participación de la comunidad, (ii) una mejor cooperación intersectorial, (iii) un manejo más expedito y más apropiado de los problemas

administrativos” (Maganu 1990, p. 46). La descentralización en España ha producido esfuerzos mancomunados del sector privado y el sector público (Artigas 1990, p.111). En México, ahora los gobiernos estatales y municipales comparten la responsabilidad de proveer los fondos destinados a los servicios de salud (Arredondo y Parada 2001). En el contexto de la transición de China hacia una economía de mercado y hacia una mayor descentralización, la transferencia de poderes ocurrió dentro del sector de la salud; ahora los gobiernos municipales tienen la responsabilidad de definir y desarrollar planes locales de atención de salud, lo que incluye el financiamiento de los centros de salud y la contratación del personal (Tang y Bloom 2000).

Aun así, varias experiencias de descentralización se han visto frustradas por asignaciones de responsabilidad poco claras –y a veces incluso contradictorias–, particularmente en los períodos de transición de responsabilidades. Esto muchas veces resulta problemático en el caso de los hospitales, que puede que operen dentro de ciertos límites geográficos pero que sean autónomos de los encargados de salud en esa área. También es particularmente problemático con ciertos grupos – sindicatos, médicos– cuando éstos no apoyan plenamente los procesos de descentralización (Collins y Green 1994, Alvarez 1990).

2.5.2 Capacidad

Los cambios que se pretende introducir en materia de autoridad y rendición de cuentas muchas veces suponen el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades en los encargados de gestión o en los equipos de gestión dentro de las organizaciones locales para que puedan desempeñar sus nuevas funciones. Las deficiencias en este campo incluyen limitaciones tanto en la cantidad de recursos humanos como en el nivel de preparación y formación que éstos puedan tener para asumir sus nuevas funciones. Una encuesta realizada en Uganda a los directores de salud de los distritos indicó que uno de los principales problemas que éstos padecían era la falta de personal formado para asumir la ampliación de la cobertura de los servicios y las funciones de supervisión (Hutchinson 1999). Kenia se ha visto enfrentada a problemas debido a la inadecuada infraestructura de que dispone “para regular el sistema, aplicar nuevos estándares y crear un entorno que permita una participación efectiva del sector no gubernamental que provee más de la mitad de los gastos del sector de la salud (Oyayo y Rifkin 2003). Los esfuerzos de descentralización en Bolivia también se han visto mermados por una reducida capacidad institucional (Bossert 2000a). Por ello, un elemento clave para el éxito de un proceso de descentralización es la formación de capacidad, tanto antes como durante el proceso. Tal como lo señala un investigador, “la descentralización de funciones que no vaya acompañada de un refuerzo de la capacidad de gestión en las instancias gubernamentales inferiores puede conducir a un abandono liso y llano por parte del Estado de esas funciones” (Collins y Green 1994).

2.5.3 Calidad

Uno de los peligros comunes de la descentralización es que produce solamente leves incentivos mayores en pro del uso eficiente de recursos y de la transparencia en la prestación de servicios de salud. En la práctica tiende a recrear muchas de las ineficiencias técnicas y de costos del sistema centralizado en cada jurisdicción descentralizada. La ausencia de mecanismos adecuados de rendición de cuentas puede llevar a una mayor corrupción y a un despilfarro de recursos. Si los sistemas carecen de un buen funcionamiento en términos de representación y rendición de cuentas, la descentralización puede traducirse en despilfarro de recursos –fondos, medicamentos e insumos– del sector de salud. Si los gobiernos locales tienen una reducida capacidad administrativa o técnica, esto puede repercutir negativamente en la eficiencia general o en el uso de recursos (Brinkerhoff y Leighton 2002).

Los estudios realizados en seis países que han desarrollado procesos de descentralización en América Latina “sugieren que la mejora de la calidad de la atención de salud va más allá de la transferencia de activos y personal hacia los gobiernos municipales. Puede también que requiera cambios fundamentales en el papel del sector público y un papel más preponderante del sector privado en la prestación (en contraposición al financiamiento) de la atención de salud, y un cambio en el modo de proceder del gobierno, en cuanto a financiar resultados y no insumos” (Griffin 1999, p. 85). El financiamiento basado en resultados parece haber ido asentándose en varios países, entre ellos Brasil y Chile.

Exceptuando las reformas pro autonomía de los hospitales, muy pocas iniciativas de descentralización han llevado el proceso hasta el nivel de las jurisdicciones o los establecimientos de salud. Aun así, otras formas de asignación de responsabilidades y de tomas de decisiones se han traducido en la creación de directorios en los hospitales y centros de salud locales.

Aparte de esto, varios países han evidenciado mejoras en la disponibilidad de servicios y en la calidad de los servicios de atención de salud. Se ha observado una mejora en los servicios curativos a nivel local en Uganda a través de la creación de nuevos centros de salud locales (Jeppson y Okuonzi 2000). Una encuesta acerca de los equipos de gestión de la salud de los distritos indicó que el uso de los servicios de salud era considerablemente más alto en los distritos descentralizados que en los no descentralizados (Hutchinson 2002).

2.5.4 Financiamiento, transferencias intergubernamentales y asignación de recursos

La descentralización tiene como objeto mejorar la asignación de recursos hacia áreas de salud prioritarias aprovechando las ventajas que los planificadores muchas veces tienen en materia de información respecto a los oficiales de salud centralizados. Los resultados en terreno, sin embargo, muchas veces tienen otro cariz. Muchos países han mencionado problemas relacionados con una mayor autonomía en la toma de decisiones financieras. Estos problemas generalmente están relacionados con diferentes factores: insuficientes fondos para cubrir las nuevas responsabilidades, mecanismos de financiamiento poco transparentes, planificación financiera y capacidad de rendición de cuentas deficientes, y metas poco acordes con las políticas del sector a nivel nacional.

En Brasil, la descentralización en un principio hizo poco por cambiar el sistema de asignaciones financieras tanto a los estados como a las circunscripciones dentro de los estados, que tendía a estar basada en asignaciones históricas que favorecían a las zonas con infraestructura existente. “En principio la asignación de fondos federales [*Sistema Unico de Saúde*] dentro de cada estado debería ser el fruto de un análisis acucioso acerca de las necesidades de la población. En la práctica, consiste esencialmente en un proceso mediante el cual todos los recursos disponibles son distribuidos a proveedores específicos sobre la base de asignaciones históricas” (Banco Mundial 2003). Recientemente, una enmienda constitucional aprobada en el año 2000 estableció importantes restricciones a los estados y municipios, obligándoles a destinar 12 por ciento y 15 por ciento respectivamente de sus propios ingresos (Banco Mundial 2003).

La mayoría de los analistas coinciden en que sólo puede haber una auténtica descentralización en la medida en que los planificadores locales tengan poder sobre los recursos financieros que les permitan tomar decisiones significativas respecto del sector de salud. En muchos casos, por lo tanto, el alcance de la descentralización y de la autonomía fiscal ha sido limitado. En México, las decisiones relativas a la asignación de recursos a nivel de los estados sólo han sido restringidas en cuanto los ingresos locales (Griffin 1999).

En la mayoría de los países, los gobiernos locales dependen de algunos aportes para financiar su prestación de servicios de salud, particularmente por los programas nacionales que son ejecutados a nivel local. Los aportes intergubernamentales parecen funcionar mejor cuando se basan en criterios simples y verificables. En Uganda, las subvenciones globales a los distritos se determinan estableciendo una ponderación basada en la tasa de mortalidad infantil y total (Hutchinson 1999). En Filipinas, por ejemplo, las asignaciones de ingresos internos, subvenciones globales a los gobiernos locales, se basan en un 50 por ciento en la población existente, 25 por ciento en la extensión geográfica, y 25 por ciento en la categoría (provincia, ciudad o comuna) (Schwartz, Guilkey y Racelis 2002). Esta fórmula, aun cuando pueda resultar sencilla, tal vez de muy poca cuenta de las diferencias en materia de necesidades o costos de los servicios entre las circunscripciones.

La escasa capacidad para planificar y presupuestar, ya sea real o imaginaria, ha sido muchas veces esgrimida como una excusa para explicar la lentitud de los procesos de descentralización. En Uganda, hubo gran preocupación respecto de que los gobiernos a nivel local carecían de la capacidad necesaria para evaluar y establecer prioridades para sí mismos, lo que se traducía en prioridades erróneas en materia de financiamiento (Jeppson 2001; Brinkerhoff y Leighton 2002).

Muchos países dan cuenta de una mayor participación en términos de planificación financiera y presupuesto. Varios distritos de Uganda han puesta en marcha un sistema de planificación “de abajo hacia arriba” en el cual los encargados de los subdistritos le presentan presupuestos de salud a las autoridades de distrito (Hutchinson 1999). Uganda también ha logrado una mayor participación a nivel de distrito en el proceso de elaboración del presupuesto, y una mayor productividad de los administradores de salud a nivel de distrito y una leve reducción en la cantidad de funcionarios del Ministerio de Salud (Awio y Northcott 2001). La planificación “de abajo hacia arriba” también ha sido incorporada como práctica en el proceso de diseño del presupuesto en Bangladesh y Nepal. Los ministerios de Salud preparan pautas para las actividades y las unidades locales están llamadas a preparar planes basados en dichas pautas y presentarlas a las instancias superiores para su revisión. Sin embargo, en la práctica, el aporte local ha sido más bien limitado (Pokharel 2001).

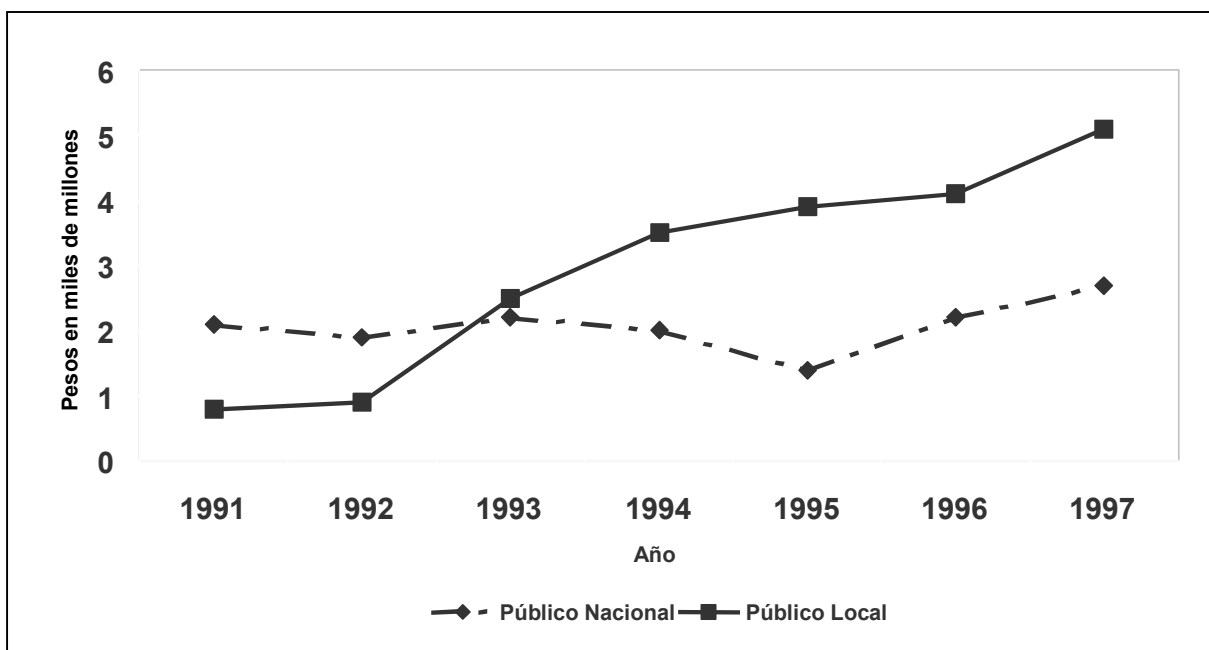
La determinación acerca de a qué nivel debiera producirse la toma de decisiones también está ligada a criterios de eficiencia y al carácter técnico del bien en cuestión, a saber, si sus beneficios abarcan a todo un grupo de usuarios y no usuarios del bien o si están pensados sólo para los usuarios directos. Para algunos bienes públicos, en particular aquellos con beneficios laterales más allá de una determina jurisdicción o que pueden traducirse en significativas economías de escala, la descentralización puede no resultar tan eficiente. En Brasil, por ejemplo, la *Gestão Plena do Sistema Municipal*, que autorizaba a los municipios a recibir aportes cerrados directamente del gobierno federal para todos los niveles de atención, constituyó un incentivo para que los municipios sobreinvertieran en los hospitales, adquiriendo laboratorios y equipamiento de alta tecnología, que posteriormente eran subutilizados debido al tamaño reducido de sus poblaciones. Nuevas ineficiencias surgieron del sistema de transferencia directa los municipios debido a: “(i) una pérdida de economías de escala que caracteriza a la producción de los servicios médicos más complejos; (ii) una reducción en el tamaño del riesgo compartido utilizado para financiar las intervenciones de salud más complejas; y (iii) un importante aumento en los costos de transacción asociados a la necesidad de duplicar funciones administrativas en todos los municipios” (Banco Mundial 2003).

Los resultados relativos a las asignaciones de recursos para los bienes públicos en los sistemas descentralizados de salud son mixtos. Un estudio realizado sobre 140 países de bajo a mediano ingreso en el período 1980-1997 concluyó que la descentralización estaba asociada a tasas más altas de vacunación infantil en los países de bajo ingreso pero a tasas más bajas de vacunación en los países de mediano ingreso. (Khalegian 2003).

Un estudio acerca de la asignación de fondos públicos en Bolivia tras el proceso de descentralización determinó que había una clara relación entre los patrones de gasto y las medidas relacionadas con necesidades sociales y prioridades locales. El estudio concluyó que estos resultados eran “coherentes con un modelo de inversión pública en el cual pesa más el conocimiento del gobierno local acerca de las necesidades locales que la capacidad técnica y organizacional del gobierno central en materia de prestación de servicios públicos” (Faguet 2001). La experiencia de Bolivia también presentó mayores gastos generales a nivel local, particularmente con respecto a las asignaciones para operaciones y mantenimiento (Griffin 1999).

En Filipinas, el nivel general de recursos destinados a la salud pública aumentó como consecuencia de la descentralización. Este cambio se produjo en gran medida porque las provincias, las ciudades y los municipios le asignaron mayores recursos a la salud (Gráfico 1), mientras que los gastos nacionales en salud permanecieron prácticamente inalterados. Esto también reflejó la creciente importancia de la atención pública de salud en el desglose, que se incrementó de 20 a 35 por ciento de los gastos totales en salud del gobierno. Como contraste, los gastos en atención de salud privada bajaron de 55 por ciento a 40 por ciento del total, aun cuando la transferencia del control de los hospitales hacia el nivel provincial se tradujo en un incremento del porcentaje de gastos gubernamentales en actividades privadas relacionadas con actividades de atención pública de salud (Schwartz, Guilkey y Racelis 2002).

Gráfico 1. Gastos públicos a nivel nacional y local en atención pública de salud, en Filipinas 1991-1997



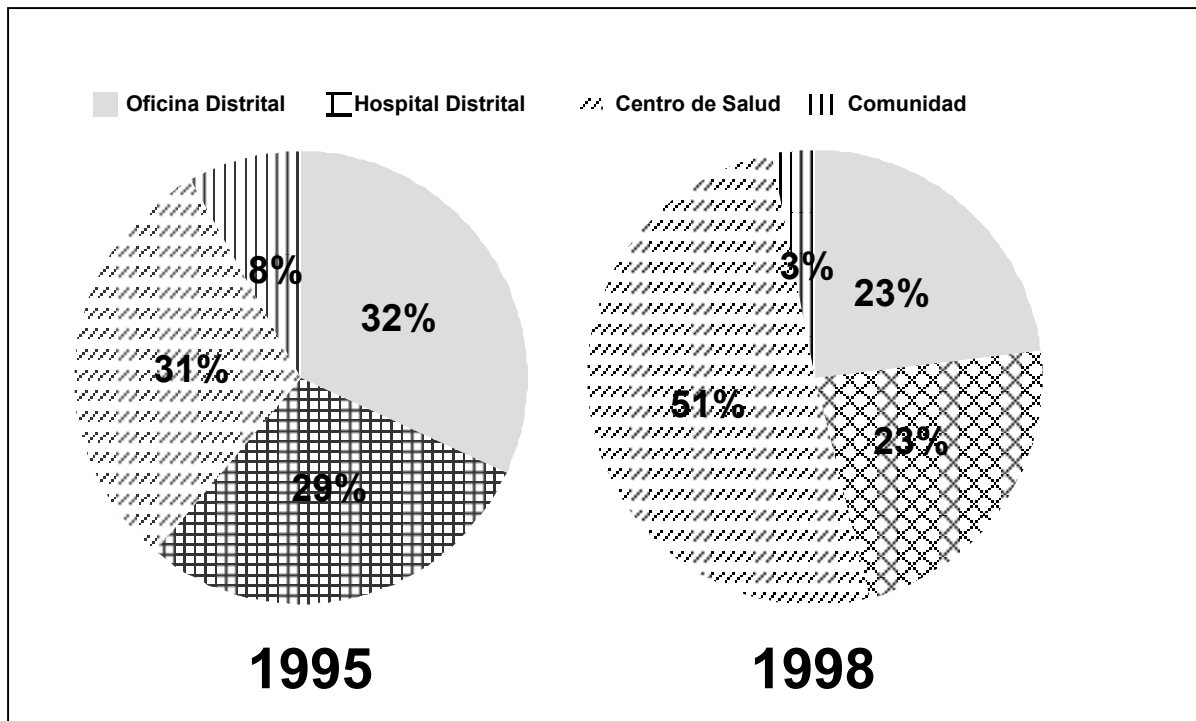
Fuente: Schwartz, Guilkey y Racelis 2002

En Zambia, la descentralización se tradujo en un incremento de la cantidad de recursos asignados a la atención básica en los centros de salud en desmedro de las oficinas de distrito y los hospitales de distrito (Gráfico 2) (Bossert, Chitah y Bowser 2003).

Las experiencias en otros países, sin embargo, arrojan resultados menos esperanzadores. En Uganda, por ejemplo, los análisis sobre los presupuestos de salud de los gobiernos locales indicaron

que la descentralización tendía a traducirse en una disminución de fondos para iniciativas en el sector público mientras que aumentaba el financiamiento de las iniciativas privadas y de las oficinas de distrito (Hutchinson 1999; Akin, Hutchinson y Strumpf 2004).

Gráfico 2. Distribución de los gastos en los establecimientos de atención primaria, Zambia



Fuente: Bossert, Chitah y Bowser 2003

En varios países, la preocupación acerca de los patrones de gastos de los gobiernos locales ha llevado a los gobiernos centrales a tomar medidas rectificadoras y a condicionar los aportes. La marcada disminución en el porcentaje de fondos asignados a la atención de salud primaria a nivel de distrito tras la descentralización llevó a Uganda a instituir un sistema de subsidios condicionados para la atención primaria de salud (Hutchinson 1999; Jeppson 2001). Brasil puso en marcha un plan de capitación para la atención básica (*Piso Asistencial Básico*), que proveía financiamiento a los municipios para que éstos prestaran un paquete básico de servicios de salud. Los municipios también tuvieron que aceptar la adopción de sistemas de información para efectos de monitoreo y evaluación. Este esquema mejoró el porcentaje de recursos destinado a la atención primaria y ayudó a corregir las inequidades históricas en los patrones de asignación de recursos entre estados (Banco Mundial 2003).

2.5.5 Equidad, acceso e impactos en salud

La mayoría de los estudios sobre los efectos de la descentralización sobre la equidad se han centrado en la distribución de los aportes intergubernamentales y en los efectos sobre el gasto per cápita. A este respecto, el impacto de la descentralización sobre una distribución más equitativa y una mejor focalización de los recursos ha sido variopinto. En la medida que el gobierno central cede el control sobre los recursos, disminuye su capacidad para realizar una de sus funciones más básicas: la redistribución de los recursos de los sectores más acomodados hacia los más necesitados. Ante la

ausencia de mecanismos redistributivos eficaces, la descentralización puede acabar exacerbando las desigualdades existentes. Los gobiernos locales con escasos recursos tienen pocos recursos que destinar a la salud y la educación, lo que tiende potencialmente a ensanchar la brecha en cuanto a los resultados en salud y a los indicadores socioeconómicos entre las zonas ricas y las zonas pobres. Por ejemplo, al inicio del proceso de descentralización de los servicios de salud en Filipinas, la preocupación acerca de la capacidad local y la alta probabilidad de una distribución inequitativa de los recursos llevó a los analistas del Banco Mundial a caracterizar el equilibrio entre los riesgos y los beneficios de la descentralización de los servicios de salud como “delicado” (Banco Mundial 1994).

Sólo unos pocos estudios han analizado los efectos de la descentralización sobre otros aspectos de la equidad, como son la equidad en el acceso a la salud, utilización de los servicios de salud, o resultados de salud. En Gana, se estima que la descentralización se ha traducido en un acceso más equitativo a la atención de salud gracias a los crecientes aportes presupuestarios hacia los distritos y a un control más directo sobre las decisiones relativas al gasto (Agyepong 1999). En Zambia, el acceso a la atención de salud y el grado de satisfacción de los consumidores en la práctica empeoró durante la descentralización y reforma del sector de la salud (Blas y Limbambala 2001). En México tampoco se observó ninguna mejora en cuanto a equidad en el acceso o a calidad en la atención (Alvarez-Gutierrez 1990). En Uganda, aun cuando la descentralización inicialmente se tradujo en una reducción de gastos en la atención primaria de salud, la mayor autonomía fiscal que produjo la descentralización provocó un aumento en el uso de los servicios de salud, públicos y privados (Hutchinson, Akin y Ssengooba 2003).

Un estudio, realizado con datos de varios países concluyó que, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, la descentralización fiscal estaba asociada negativamente con la mortalidad infantil. Esta asociación era particularmente importante en países relativamente pobres, y los efectos eran máximos en escenarios con derechos políticos bien arraigados, aun cuando hubiera altos niveles de corrupción (Robalino, Picazo y Voetberg 2001).

2.5.6 Participación de la comunidad

Uno de los objetivos muchas veces citados de la descentralización es lograr una mayor participación de la comunidad en la planificación y gestión del sector de salud. Estos esfuerzos también han tenido resultados poco claros. En Filipinas, la introducción y estructura de las juntas locales de salud fue percibida no como una devolución de atribuciones a la comunidad sino como una transferencia de poder de los encargados gubernamentales hacia los alcaldes (Ramiro et al. 2001). En Zambia, los integrantes de las juntas de salud comunitarias opuestos al gobierno fueron destituidos y reemplazados por representantes del partido en el poder (Blas y Limbambala 2001). La capacidad de estos comités de salud para servir como enlace entre la comunidad y los trabajadores de la salud también ha sido cuestionada.

En Uganda, los comités de gestión de las unidades de salud han sido responsabilizados de la deficiente asignación de recursos en las unidades de salud, al utilizar ingresos por concepto de participación en los costos para pagarse a sí mismos honorarios por asistir a los comités. Los comités de salud de los subcondados, por otra parte, han participado activamente en la planificación estratégica en muchos distritos (Hutchinson 1999).

2.6 Lecciones sobre descentralización aprendidas a partir de la experiencia de otros países

Tal como se deduce de la descripción de las experiencias a nivel nacional, la descentralización no es una panacea para todos los problemas que afecten a un sector de salud de deficiente funcionamiento. Su éxito o fracaso dependerá de la existencia de funciones y responsabilidades bien especificadas, mecanismos que obliguen a las personas y a los gobiernos a rendir cuentas de su acción, y la capacidad – tanto física como financiera – de los gobiernos locales en asumir iniciativas.

Los analistas de procesos de descentralización han desarrollado varios criterios y precondiciones para que éstos produzcan los beneficios esperados. De no cumplirse estos requisitos puede llevar a una mantención del *status quo* cuando no a un empeoramiento de la situación. La mayoría de los analistas tienden a enfatizar la necesidad de claridad en la asignación de responsabilidades y rendición de cuentas, compromiso y apoyo político. Otros mencionan principios de diseño clave: “financiamiento sobre la base de una clara asignación de funciones, toma de decisiones informada, apego a las prioridades locales y rendición de cuentas” (Rondinelli 1999). Una lista de precondiciones y consideraciones para la descentralización, concebida a partir de diferentes experiencias nacionales, debiera incluir los siguientes tópicos:

1. El proceso de descentralización requiere un fuerte apoyo político tanto a nivel central como local, con una participación de los grupos de interés tanto en el plan de descentralización propiamente tal como en la formación de capacidad organizacional.
2. Los objetivos políticos deben estar respaldados por el marco legal e institucional, la estructura de las responsabilidades en la prestación de servicios y el sistema de transferencias fiscales intergubernamentales.
3. La descentralización debe ir acompañada de una clara demarcación de responsabilidades entre los grupos de interés. Estas responsabilidades deben estar claramente establecidas por la ley, por regulaciones u otros instrumentos. (Rondinelli 1999).
4. Los cambios en los roles y responsabilidades de los diferentes actores del sector de la salud, especialmente aquellos que conciernen a las autoridades de salud de los gobiernos locales, deben ir acompañadas de capacitación y planes de formación de capacidad (LaFond and Brown 2003; Pokharel 2001).
5. Incluso en un esquema de descentralización, puede que los gobiernos tengan una capacidad limitada de generar ingresos y, por ende, sigan dependiendo de los aportes del gobierno central. Los aportes intergubernamentales deben determinarse de manera abierta y objetiva, a través de fórmulas claras, simples y verificables (Rondinelli 1999).
6. El financiamiento local y la autoridad fiscal deben ir vinculados a responsabilidades y funciones en la prestación de servicios “para que los políticos locales puedan realizar sus promesas y asumir los costos de sus decisiones” (Rondinelli 1999; Pokharel 2001).
7. Se deben establecer claras asignaciones de responsabilidades, las que deben ir acompañadas de claros mecanismos de rendición de cuentas – sistemas legislativos y judiciales, sistemas de manejo financiero, sanciones, códigos de conducta, estándares de atención, procedimientos electorales, fuerzas de mercado y organizaciones encargadas de la aplicación de las normativas vigentes.

8. Aun cuando la descentralización generalmente implica un menor rol del gobierno central en la prestación de servicios, algunas funciones claramente serán realizadas de manera más eficiente a nivel central, como por ejemplo, la investigación y difusión de los resultados de dicha investigación, los bienes públicos nacionales, la información sobre salud, los estándares, las regulaciones y las certificaciones. La descentralización aún depende de una fuerte capacidad central para el monitoreo y la aplicación de las regulaciones y los estándares establecidos.
9. La información de los costos de los servicios, las opciones relativas a la prestación y la disponibilidad de recursos deben ser de conocimiento público en las comunidades locales para que las decisiones que se tomen sean informadas y significativas. Las comunidades deben poder disponer de información sobre desempeño del sector público que les permita reaccionar y poder exigir cuentas a los encargados de las políticas y a los políticos (Rondinelli 1999).
10. Deben existir mecanismos confiables y vinculantes que le permitan a las comunidades expresar sus preferencias, de manera que haya incentivos para la participación de la comunidad (Rondinelli 1999).
11. Debe involucrarse a las instituciones dedicadas a la investigación en el monitoreo y el análisis de aspectos prácticos del proceso de descentralización (Pokharel 2001).

La lista anterior pone de relieve las áreas en las que deben particularmente centrarse los esfuerzos de monitoreo y evaluación, ya que éstas son áreas en las que es muy probable que se mida el grado de fracaso, éxito y avance de la descentralización con respecto a las metas fijadas.

3. Marco conceptual para el monitoreo y la evaluación de la descentralización

En este capítulo se presentan antecedentes sobre los propósitos del monitoreo y la evaluación de la descentralización y se expone un marco conceptual para el monitoreo y la evaluación de procesos de descentralización y sectores de salud descentralizados. El marco conceptual ilustra los cambios que el proceso de descentralización pretende lograr en áreas dimensionales clave (autoridad, responsabilización, capacidad y uso de información) y en áreas funcionales clave (política/legal, fiscal y organizacional) y los efectos de estos cambios en el desempeño del sistema de salud y el estado de salud.

3.1 ¿En qué consisten el monitoreo y la evaluación de la descentralización?

El monitoreo y la evaluación constituyen procesos tendientes a recopilar información acerca de un programa de descentralización para asegurar de que la elaboración de políticas, la planificación estratégica y el seguimiento del desempeño se están llevando a cabo sobre una base empírica. Una adecuada utilización de herramientas, recopilación de datos y diseños de investigación permiten realizar procesos de monitoreo y evaluación para:

- ▲ Medir el grado de avance de la descentralización: ¿Se está avanzando en la descentralización según lo planeado? ¿Están ocurriendo los cambios previstos en las instituciones, estructuras y flujos de recursos locales?
- ▲ Determinar el nivel de efectividad de la descentralización
 - △ Respecto de ciertos datos básicos: ¿Se están cumpliendo los objetivos de la descentralización? ¿La descentralización ha contribuido a introducir cambios en el desempeño del sistema de salud y en el estado de la salud?
 - △ Respecto de otros sistemas: ¿El sistema descentralizado es más o menos efectivo que el sistema (centralizado) anterior? ¿O que un sistema en otro país?

La recopilación, el análisis y la publicación sistemática de información son elementos clave de los programas. La información que se obtiene a través de estos medios tiene múltiples usos, como por ejemplo, verificar si se ajusta a los objetivos de política, analizar resultados alternativos y orientar la toma de decisiones. “La recopilación y el uso efectivo de información permite disponer de una retroalimentación permanentemente actualizada con el fin de determinar los cambios necesarios en la orientación o en la dinámica de la descentralización y formar capacidad local para una toma de decisiones bien fundada” (Weist 1999).

Tal como se señaló anteriormente, el monitoreo y la evaluación de la descentralización apuntan a las mismas variables que el monitoreo y la evaluación del desempeño del sistema de salud. Ahora bien, el monitoreo y la evaluación de la descentralización procuran capturar aquellas variables particulares que también son específicas de la descentralización. El **monitoreo** de la descentralización

implica el seguimiento rutinario de determinados tipos de información relativos a los insumos y procesos del sistema de salud así como de los resultados que se espera obtener como efecto de las iniciativas impulsadas en el marco de la descentralización. Se centra en identificar el contenido del programa de descentralización, su campo de acción o cobertura en términos de áreas geográficas, jurisdiccionales o funcionales; el cumplimiento del programa con procedimientos, mecanismos y metas establecidos; la calidad y eficiencia de lo que se está realizando; los avances; y finalmente si acaso se están obteniendo los resultados deseados. Un objetivo central del monitoreo es reunir información acerca del desempeño del proceso de descentralización de tal manera que éste pueda ser modificado, si es necesario, para alcanzar las metas propuestas.

La información destinada al monitoreo puede obtenerse a través de diferentes mecanismos rutinarios de recolección de datos, como, por ejemplo, los informes regulares de los sistemas contables, los registros de servicios y sistemas de información de salud, las entrevistas con informantes clave, las observaciones directas, o encuestas cuantitativas a personas para evaluar la cobertura de programas, el grado de satisfacción de los consumidores y el uso de los servicios de salud. El monitoreo puede ayudar a responder múltiples interrogantes sobre el proceso de descentralización, tales como:

1. ¿Los nuevos mecanismos de transferencia de autoridad están claramente establecidos en la ley y están funcionando?
2. ¿Los nuevos sistemas de rendición de cuentas, incluidos aquellos relacionados con la recolección y presentación de información, han sido captados por los grupos de interés y están funcionando efectivamente?
3. ¿Se percibe un aumento en la capacidad de los grupos de interés que permita pensar que ellos podrán asumir más adelante nuevas funciones?
4. ¿Están mejorando la eficiencia, la capacidad de respuesta y la calidad?

Un componente anexo al proceso de evaluación de la descentralización es la **evaluación de impacto**, que procura medir la efectividad de la descentralización para alcanzar determinadas metas, especialmente en relación a la centralización o a la situación que habría ocurrido de no haberse gestado una descentralización. El objetivo de la evaluación de impacto es determinar relaciones de causalidad o atribuir responsabilidades en función de cambios observados, por ejemplo, en la eficiencia de la prestación de servicios, en distribuciones más equitativas de los servicios sociales o en capacidad de respuesta del gobierno, en relación con el proceso de descentralización, sin asociarlo con otros factores que operen dentro del sector de salud o fuera de él. La evaluación de impacto presta mayor atención a los diseños de investigación –el cronograma y la intensidad de un proceso de descentralización y la presencia de comparaciones o incluso jurisdicciones con grupos de control asignados de manera aleatoria.

La evaluación de impacto puede ayudar a responder varias interrogantes acerca de la efectividad de un proceso de descentralización, tales como:

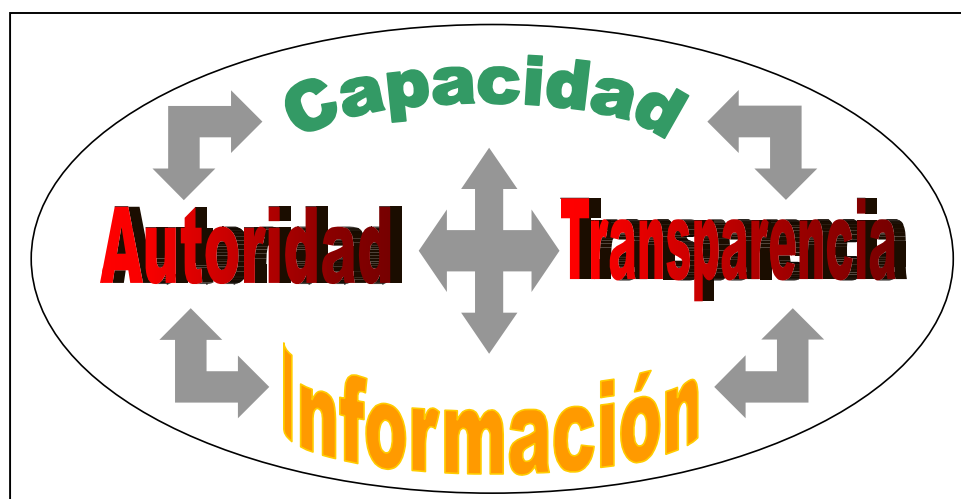
1. ¿La transferencia de autoridad para efectos de la planificación y la elaboración de presupuestos se ha traducido en una mayor inversión en bienes públicos o en una adaptación de los servicios de salud para responder mejor a las necesidades locales en salud?
2. ¿La construcción de capacidad en los equipos de gestión en salud se ha traducido en una mejor toma de decisiones a nivel local?

3. ¿La conservación de la prerrogativa de contratar y despedir personal a nivel nacional afecta la calidad de la atención de salud a nivel local?

3.2 Cambios en autoridad, transparencia, uso de información y capacidad

La base del marco general para el monitoreo y la evaluación esbozado aquí es la constatación de que la descentralización apunta a incidir en el desempeño del sistema de salud a través de múltiples cambios en la estructura del sistema de salud y su funcionamiento. Uno de los cambios más importantes es la transferencia de responsabilidades y el empoderamiento de las personas que conocen mejor los sistemas de salud locales o que se encuentran en una mejor posición para acceder a información y utilizarla localmente. La descentralización también apunta a introducir nuevas formas de comportamiento y a instituir nuevos valores para que, por ejemplo, la información acerca de perfiles epidemiológicos, los patrones de utilización de servicios y el acceso a la atención de salud se transformen en el criterio básico para la asignación de recursos. La descentralización apunta a la creación de sistemas en los que fluya la retroalimentación de los clientes, ciudadanos, administradores de los establecimientos de salud y líderes de la comunidad hacia los tomadores de decisiones y los encargados de la elaboración de políticas. También puede introducir sistemas mediante los cuales las personas encargadas de supervisar la prestación de servicios de salud –los directorios de los establecimientos, los clientes y los encargados de salud locales– tengan la autoridad suficiente como para evaluar el desempeño de los trabajadores de la salud, los administradores y los encargados que han sido elegidos para este efecto. En pocas palabras, la descentralización apunta a la mejora del desempeño del sistema de salud mediante un cambio en la **autoridad** y responsabilidad entre los actores clave, una mejora en los flujos de **información** en aras de una buena toma de decisiones y una evaluación del desempeño del sistema, y el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas e incentivos que obliguen a todos los actores del sector de la salud a cumplir con sus responsabilidades (Gráfico 3).

Gráfico 3. Áreas clave de cambio en una descentralización



Una descentralización exitosa también requiere el desarrollo de una **capacidad** organizacional y técnica que pueda asumir las nuevas funciones asociadas con una mayor o menor autoridad, mayor transparencia con los clientes y votantes, y la generación y uso de información. Cada uno de los tres componentes anteriores probablemente requiera una importante formación de capacidad: capacitación en el ejercicio de las nuevas responsabilidades, asistencia en la formación de capacidad institucional

para poder medir el desempeño de los diferentes actores del sector de la salud e inversión en sistemas de información y capacidad humana para efectuar análisis. Cada uno de estos componentes es tratado en detalle en las páginas siguientes.

3.2.1 Autoridad

Para comprender el proceso de descentralización (y sus objetivos y desempeño) resulta clave determinar cómo se reparten las responsabilidades entre las diferentes instancias de gobierno y los actores que operan dentro del sector de la salud. En el Anexo A se muestra una típica (aunque tal vez idealizada) división de responsabilidades en un sector de salud descentralizado. Se aprecia una división de responsabilidades en términos de área política, legal, fiscal y en áreas organizacionales funcionales dentro del gobierno central, como por ejemplo, los ministerios de salud, finanzas, y el gobierno local, el poder legislativo y los organismos reguladores que operan dentro del gobierno central; niveles regionales de gobierno; gobiernos locales, de distrito, de comunas; proveedores de servicios, incluidos los hospitales y los establecimientos de salud; y las comunidades, los grupos comunitarios y los ciudadanos.

Idealmente, la repartición de responsabilidades entre los diferentes niveles de gobierno en un sistema de salud descentralizado debiera incorporar una variedad de factores, tales como la puesta en común de ciertos insumos (por ejemplo, los sistemas de adquisiciones, la información sobre salud) y los beneficios de sistemas uniformes operando en todo el país, la distribución espacial de beneficios y costos entre las diferentes jurisdicciones, y las características técnicas de la producción (a saber, las economías y deseconomías de escala). Óptimamente, el nivel nacional debería seguir ejerciendo funciones que beneficien a todos los gobiernos subnacionales y las jurisdicciones (investigación, asistencia técnica, regulación de proveedores y aseguradoras privadas y ONG), que se traduzcan en significativas economías de escala o en mayor poder comprador (generación y difusión de información), relaciones internacionales, adquisición de medicamentos y equipamiento) o funciones cuyos estándares comunes supongan una reducción de costos para todos los gobiernos subnacionales (estándares para la atención y el empleo, políticas nacionales de salud establecidas sobre la base de un consenso con una porción significativa de las jurisdicciones subnacionales). Aun cuando la descentralización significa que las responsabilidades se apartarán del gobierno central, esto no implica que el gobierno central quede relegado a un papel mínimo.

El papel del gobierno central en su función de garantizar y monitorear que se lleve a cabo una efectiva y eficiente descentralización es especialmente crítico cuando el principal objetivo es potenciar la prestación de servicios, más aún cuando se trata de servicios como la educación o la salud que son importantes no sólo para el desarrollo nacional sino para superar la pobreza y procurar un bienestar general a la población. La descentralización no implica que el gobierno central ya no tenga responsabilidad en esas áreas. Significa que la naturaleza de esa responsabilidad ha cambiado de una función de prestador directo de servicios a la de encargado de regular y monitorear la eficiencia y equidad de los servicios prestados por terceros –usualmente gobiernos locales” (Litvack, Ahmad y Bird 1998)

Los niveles inferiores, generalmente los gobiernos locales, asumen la responsabilidad en materia de prestación de servicios con beneficios exclusivos para sus electores; supervisión de los establecimientos localizados dentro de su jurisdicción; decisiones referidas a la contratación y a la distribución de medicamentos, insumos y equipamiento; recopilación de información rutinaria sobre salud; y vínculos con organizaciones vinculadas a la comunidad. En general, los gobiernos locales deberían implementar y administrar políticas nacionales estandarizadas (Banco Mundial 1999).

3.2.2 Responsabilización

Otro componente clave para asegurar el éxito de un proceso de descentralización es establecer mecanismos que obliguen a todos los actores del sector de la salud –desde el ministro de salud hasta los trabajadores de extensión en los poblados– a responsabilizarse por sus acciones y decisiones. Brinkerhoff (2003) identifica tres objetivos principales de la rendición de cuentas:

1. Controlar el mal uso y el abuso de los recursos públicos y de la autoridad conferida;
2. Dar garantías de que los recursos son utilizados y el poder ejercido de acuerdo a procedimientos legales y apropiados, a estándares profesionales y a valores sociales compartidos;
3. Asegurar una mejor prestación de servicio y gestión mediante la retroalimentación y el aprendizaje (rendición de cuentas sobre el desempeño).

Los mecanismos tendientes a evaluar el desempeño de los trabajadores y los encargados de la salud varían según el tipo de función y responsabilidad. La evaluación de desempeño puede hacerse sobre la base de diferentes tipos de funciones (financiera, de desempeño profesional y política/democrática). El desarrollo de una evaluación de desempeño político implica desarrollar instituciones, procedimientos e instituciones que demuestren que “el gobierno cumple sus promesas electorales, responde a la confianza pública, asume y representa los intereses de los ciudadanos y responde a las necesidades y preocupaciones del conjunto de la sociedad” (Brinkerhoff 2003, p. xi). Esto se logra en gran medida a través de sistemas democráticos y procesos electorales, aun cuando la experiencia de varios países nos indica que los sistemas democráticos están sujetos a veces a “capturas de poder” que pueden conducir a resultados no muy representativos. En el sector de la salud, esto puede traducirse en incluir mecanismos para elegir los representantes de gobierno locales que le confieran prioridad a la salud y a las actividades de salud, para elegir a los representantes en los directorios de los hospitales y clínicas o incluso para seleccionar a los líderes de los poblados.

La transparencia en materia financiera implica el seguimiento y el reporte de movimientos de fondos, tales como transferencias, presupuestos y gastos, a través de procedimientos contables y auditorías periódicas. La descentralización puede ayudar a mejorar la transparencia en materia financiera a través de la puesta en marcha de estos sistemas a nivel nacional, local y en los establecimientos de salud.

Las medidas de evaluación del desempeño son más diversas. Pueden ir desde simples informes a sanciones más explícitas. La evaluación de desempeño en un proceso de descentralización depende de sistemas de regulación, supervisión y monitoreo bien definidos y de marcos legales y sistemas judiciales, reglamentaciones administrativas y procedimientos operacionales, mercados y cuasi mercados, normas de ética profesional, certificaciones y licencias y valores culturales (Brinkerhoff 2003).

Recuadro 1. Análisis de la transparencia en el sector de la salud: el marco general de rendición de cuentas

Un mecanismo para medir cambios en términos de transparencia es el marco general de rendición de cuentas (Brinkerhoff 2003, Aucoin and Heintzman 2000). El objetivo de este marco es desarrollar una comprensión general del problema y destacar la interdependencia de los actores dentro del sector de la salud y determinar dónde recaen las diferentes responsabilidades y quién debe asumirlas. La evaluación se realiza determinando los actores principales dentro del sector de la salud, a saber, usuarios del servicio de salud, ministerio de salud, organismos de control, organismos financiadores, parlamento, encargados gubernamentales locales, ONG, directorios de los hospitales, consejos de salud, asociaciones gremiales, sindicatos, proveedores de salud y donantes internacionales.

Los vínculos en materia de responsabilidades y rendición de cuentas aparecen en la matriz de responsabilidades (Anexo B). Cada actor tiene una capacidad baja, mediana o alta para demandar/imponer o entregar/responder. Las flechas indican la dirección de la transmisión de responsabilidades. Las flechas hacia abajo indican la capacidad de demandar/imponer y las flechas horizontales, la capacidad de proporcionar/responder. Cada recuadro puede tener dos flechas. Una falta de nexos puede traducirse en oportunidades para la corrupción, falta de capacidad de respuesta, servicios de baja calidad, y abandono de responsabilidades. Un exceso de nexos puede limitar la eficacia de la rendición de cuentas (Brinkerhoff 2003).

3.2.3 Información

Uno de los objetivos centrales del monitoreo y la evaluación de un proceso de descentralización es la generación de información –datos para la toma de decisiones y para responsabilizar a los encargados, tomadores de decisiones, planificadores y trabajadores de la salud respecto de su desempeño. La descentralización puede generar nuevos flujos de información que permitan fundamentar las decisiones y evaluar el desempeño. La cercanía de los grupos de interés –encargados de la salud, administradores de hospitales, pacientes, etc.– puede ayudar a darle validez a la información y a fomentar su uso por parte de los tomadores de decisiones (autoridad) y los monitores del sistema (rendición de cuentas). Estos flujos de información pueden ocurrir en diferentes niveles y etapas del proceso de producción de salud. Conocimientos formales e informales acerca de las condiciones y necesidades en materia de salud, mecanismos como los sistemas de información administrativa, datos de los puestos de vigilancia, o incluso observaciones directas o casuales y la experiencia pueden influir sobre los encargados locales de la salud a la hora de planificar sus actividades la oferta de servicios de salud. La difusión pública del desempeño del sector de la salud, de los recursos financieros destinados a la salud y de lo que los ciudadanos pueden esperar de su sistema de salud puede servir como insumo para que los usuarios de la salud pública expresen sus necesidades y preferencias en términos de servicios de salud. “Una lección clave y aplicable a cualquier situación es que mientras más se sepa y mientras más público sea ese saber, mejores serán los resultados de las iniciativas en pos de una descentralización, sean cuales sean sus fundamentos o las circunstancias en que éstas se realizan” (Litvack, Ahmad y Bird 1998).

3.2.4 Capacidad

Según Goodman et al. (1998) la capacidad se define como la habilidad de llevar a cabo objetivos declarados. Es parte íntegra del desempeño y particularmente del desempeño sostenido en el sector de la salud. La capacidad es a veces considerada como el “stock de recursos” disponible para una organización o un sistema así como las acciones que transforman estos recursos en desempeño. La

descentralización supone una fuerte demanda sobre las organizaciones locales y nacionales para que mejoren su capacidad de asumir nuevas funciones, tales como la planificación y la elaboración de presupuestos, la consulta permanente a los grupos de interés y la búsqueda de consensos y el manejo de la información. No basta con entregar responsabilidades o desarrollar sistemas de rendición de cuentas si previamente no se entregan los recursos, la formación y la orientación necesarios para realizar de manera efectiva esa función. Las necesidades en términos de capacidad son multidimensionales y muchas veces abarcan dimensiones materiales, técnicas y culturales.

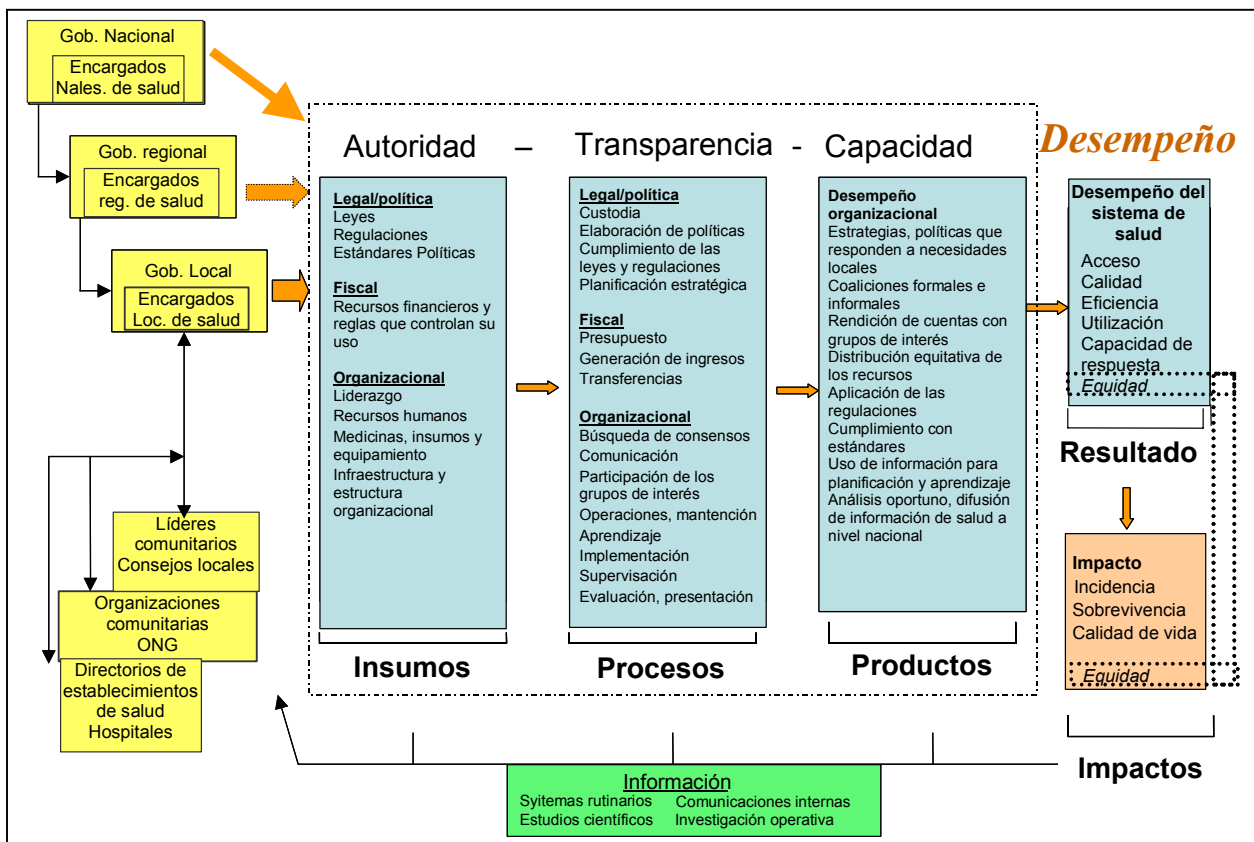
Adicionalmente, la capacidad a un nivel muchas veces depende directamente del apoyo de otro nivel. La capacidad también tiene que cambiar con el tiempo. A medida que mejora la capacidad, crecen las expectativas. Casi nunca la construcción de capacidad es una sola inversión; normalmente requiere un monitoreo continuo de la demandas futuras y de la capacidad de las organizaciones para responder a ellas.

Las cuatro dimensiones del proceso de descentralización (autoridad, transparencia, capacidad e información) son abordadas con detalle en el Anexo C, que examina sus relaciones con áreas funcionales clave del sistema de salud. Un ejemplo de la interrelación entre estas áreas dimensionales puede apreciarse en el caso de las “transferencias intergubernamentales”. Una responsabilidad clave, determinada idealmente en conjunto entre las autoridades centrales y locales, en un escenario de descentralización sería la determinación de los recursos a transferir, tanto en su tipo como en su cantidad, desde el gobierno central hacia los gobiernos locales. La responsabilización o rendición de cuentas en un esquema de descentralización podría mejorarse sobre la base de una fórmula simple y verificable (basada, por ejemplo, en la población y el ingreso) y por diferentes condicionalidades respecto de la transferencia (aporte incondicional, aporte condicional, aporte amarrado). Una consideración relevante con respecto a la capacidad sería la existencia de sistemas de gestión financiera para documentar y controlar los flujos de fondos a nivel del gobierno central y de los gobiernos locales, además de la capacidad central o local de auditar registros financieros. Una consideración clave en términos de información, para efectos de la transparencia sería determinar si la información acerca de los aportes del gobierno central a los gobiernos locales es publicada por algún tipo de medio local. Similares interrogantes podrían formularse respecto de otras áreas funcionales.

3.3 Marco conceptual

Desarrollamos un marco conceptual que agrupa las cuatro dimensiones del proceso de descentralización (autoridad, transparencia, capacidad e información), sus relaciones con las áreas funcionales clave que habrán de ser sujetas a cambios durante la descentralización y los resultados esperados de la descentralización en términos de las metas intermedias y finales. El marco conceptual para el monitoreo y la evaluación de la descentralización (Gráfico 4) obedece a un diseño estándar de los análisis existentes sobre monitoreo y evaluación. Éste se inicia con los insumos del sistema de salud, seguido de los procesos esenciales para el funcionamiento adecuado del sistema de salud e identifica los productos y las metas intermedias de la descentralización y los resultados en este sistema.

Gráfico 4. Marco conceptual para evaluar la descentralización



En este contexto, los insumos representan los recursos del sistema de salud que están implicados en el proceso de descentralización. Los procesos se relacionan con funciones o acciones dentro del sistema de salud para transformar estos insumos en un desempeño organizacional del sistema de salud que corresponda a los resultados esperados de la descentralización. Estos procesos muchas veces el foco de las iniciativas en materia de descentralización. Los productos presentados en el marco conceptual son resultados intermedios que son monitoreados para determinar si han ocurrido los cambios en materia de autoridad, transparencia y capacidad. Los resultados representan los cambios en el desempeño del sistema de salud que debieran producirse como efecto de la descentralización. Finalmente, asumiendo que todos los pasos anteriores han sido completados con éxito, la descentralización genera los impactos deseados en el largo plazo.

Los actores y las variables objeto de estudio en el monitoreo y la evaluación de la descentralización y la relación que hay entre ellos se presentan en el marco conceptual. A la izquierda aparecen los diferentes actores o niveles en los que ocurren los cambios durante un típico proceso de descentralización: gobierno nacional, regional y local (y sus instituciones de salud pública) y la comunidad. Los programas de descentralización apuntan a redistribuir la autoridad entre estos actores y a robustecer la capacidad de diferentes actores para que los proveedores de servicios y los encargados rindan cuentas acerca de su desempeño. Una meta clave de la descentralización es producir acercamiento –con la información, las clínicas y los proveedores de servicios, los electores, las comunidades y las organizaciones locales, para que éstos manifiesten sus preferencias y necesidades. Esto se obtiene mediante una representación más cercana de los gobiernos locales y los

encargados de salud con los insumos, los procesos y los productos en el marco conceptual y con las comunidades y organizaciones locales.

En este contexto, los **insumos** clave en un sector de salud descentralizado son de diferentes tipos que pueden clasificarse en variables político/legales, fiscales y organizacionales. Los insumos políticos comprenden las leyes que regulan el sistema de salud y el funcionamiento del sector público, incluidas las políticas electorales, los marcos regulatorios y los estándares que velan por un desempeño satisfactorio del sistema y las políticas que determinan las metas del sistema y los mecanismos para lograr esas metas. Las leyes, las políticas, las normas, los estándares, las regulaciones y las tendencias históricas también determinan la estructura financiera y organizacional del sistema de salud. Estos insumos establecen en general “las reglas del juego de la sociedad (o los incentivos y desincentivos que influyen en el comportamiento humano) y las organizaciones y otros medios para aplicarlas y hacerlas respetar. Tanto las reglas como los mecanismos para asegurar su cumplimiento influyen en el diseño de la descentralización” (Litvack, Ahmad, and Bird 1998).

Los insumos fiscales en países que están llevando a cabo una descentralización fiscal pueden incluir los procedimientos de generación de ingresos, los sistemas de transferencias entre los organismos intergubernamentales, el grado de control que tienen los tomadores de decisiones sobre los recursos financieros, incluidos los esquemas de seguro personal y seguro colectivo, y los mecanismos contables. Los recursos financieros, ya sea generados dentro del sistema mediante pagos por los servicios de salud o por seguros, o fuera del sistema a través de transferencias generales, se escogen sobre la base del nivel de prioridad conferido a la salud por los encargados nacionales, regionales y locales. Los insumos financieros clave incluyen las leyes, regulaciones y los mecanismos que regulan la transferencia de fondos entre las diferentes instancias de gobierno y la autonomía que tienen las jurisdicciones subnacionales respecto de esos fondos.

En lo organizacional, los actores, especialmente a nivel local, deciden el nivel y la distribución de los establecimientos de salud y programas así como el personal y los insumos asociados (infraestructura, medicamentos, insumos médicos y equipamiento, y operación y mantención). Estos insumos también incluyen la estructura organizacional del sistema, el papel que desempeñan los proveedores públicos y privados, el manejo de recursos humanos (procedimientos para contratar, despedir, premiar), procedimientos para inversión en infraestructura y en remodelaciones, y aspectos relacionados con el liderazgo y la supervisión del sector de salud por parte de los encargados de salud del gobierno.

Los **procesos** e indicadores de procesos, que se describen en las siguientes secciones, son factores intermedios que se refieren a las actividades tendientes a mejorar la calidad, accesibilidad, distribución y eficiencia de la prestación de servicios y funcionamiento del sistema de salud. Los procesos clave monitoreados en un programa de descentralización son aquellos que atañen los nuevos roles y las nuevas responsabilidades de los actores clave y que por esa vía cambian las estructuras de autoridad del sistema de salud y los medios y el sentido de la rendición de cuentas y que ponen de relieve las nuevas capacidades requeridas para cumplir con las nuevas funciones. Los procesos clave en un esquema de descentralización consisten en la aplicación de la nueva legislación, regulaciones y estándares; en el establecimiento de un nuevo liderazgo en materia de planificación y elaboración de políticas; elaboración de presupuestos, planificación y transferencia de recursos de acuerdo a los costos y las necesidades; en la prestación de orientaciones y asistencia técnica y supervisión; en la prestación de los servicios; y en la evaluación y comunicación de los resultados.

Los **productos** o **resultados** de la descentralización son las mejoras intermedias en el desempeño organizacional del sistema. Eso puede reflejar las mejoras en materia de políticas y de programas en función de las necesidades y condiciones locales. También puede reflejar un sistema

que responda mejor o es más transparente ante sus grupos de interés, mediante elecciones locales, mecanismos de mercado o participación de la comunidad o a un sistema que se desempeña mejor porque se aplican las regulaciones y se cumple con los estándares establecidos. Estos resultados también pueden incluir un mejor uso de la información para comunicar y mejorar la entrega de servicios y la elaboración de políticas; distribución más equitativa de los recursos y servicios de salud; servicios de mayor calidad y mayor cumplimiento con los estándares establecidos.

Los **resultados** de la descentralización debieran reflejar muchos de los objetivos declarados de la descentralización, a saber, eficiencia en la entrega de servicios, mejor calidad, acceso más equitativo y uso de los servicios de salud y servicios que reflejen los deseos y las necesidades de los electores. La calidad de esos servicios está determinada por la capacidad de las personas y las instituciones, la existencia de sistemas que obliguen a los trabajadores a rendir cuentas por su desempeño, y sistemas que aseguren un manejo adecuado de los medicamentos, los insumos y el equipamiento, y esfuerzos para asegurar que el equipamiento y la infraestructura son mantenidos como corresponde. Estos cuatro componentes –insumos, procesos, productos y resultados– constituyen el material sustantivo para el monitoreo y la evaluación de los procesos de descentralización y debieran constituir el foco de la mayoría de los planes de monitoreo y evaluación.

El **impacto** de la **descentralización** está relacionado con los efectos a largo plazo sobre la incidencia de las enfermedades, sobrevida, calidad de vida y sustentabilidad (Rehle y Hassig 2001). Aun cuando normalmente un plan estándar de monitoreo y evaluación incluye variables relativas a los insumos, procesos y resultados, los estudios destinados a evaluar el impacto de la descentralización sobre el estado de salud no se realizan de manera *rutinaria* en las evaluaciones y los monitoreos rutinarios a nivel nacional y local.

Los gráficos 5 y 6 del marco conceptual apuntan a las variables determinantes en cada categoría –insumos, procesos, productos y resultados– que deben considerarse, ya sea a nivel nacional (gráfico 5) o local (gráfico 6) al momento de llevar a cabo un monitoreo y evaluación de un proceso de descentralización. Cada gráfico ilustra un rango de posibles variables que pueden ser objeto de estudio en cada una de las áreas funcionales: legal/política, fiscal y organizacional, y sus relaciones con respecto a los resultados de la descentralización. Puesto que se espera que la descentralización se traduzca en cambios en cuanto a roles, funciones y disponibilidad de recursos en cada nivel del sistema de salud, los planes de monitoreo y evaluación deben pesquisar diferentes variables en cada nivel y también considerar la influencia que tienen los cambios en un nivel sobre el desempeño de otro nivel. Las variables que aparecen en estos gráficos no son en ningún caso exhaustivas, ya que los cambios que se introducen en una descentralización pueden asumir diferentes formas. En cada gráfico se indican los insumos, procesos, productos y resultados, sugiriéndose en algunos casos una relación lineal entre ellos.

Gráfico 5. Nivel nacional

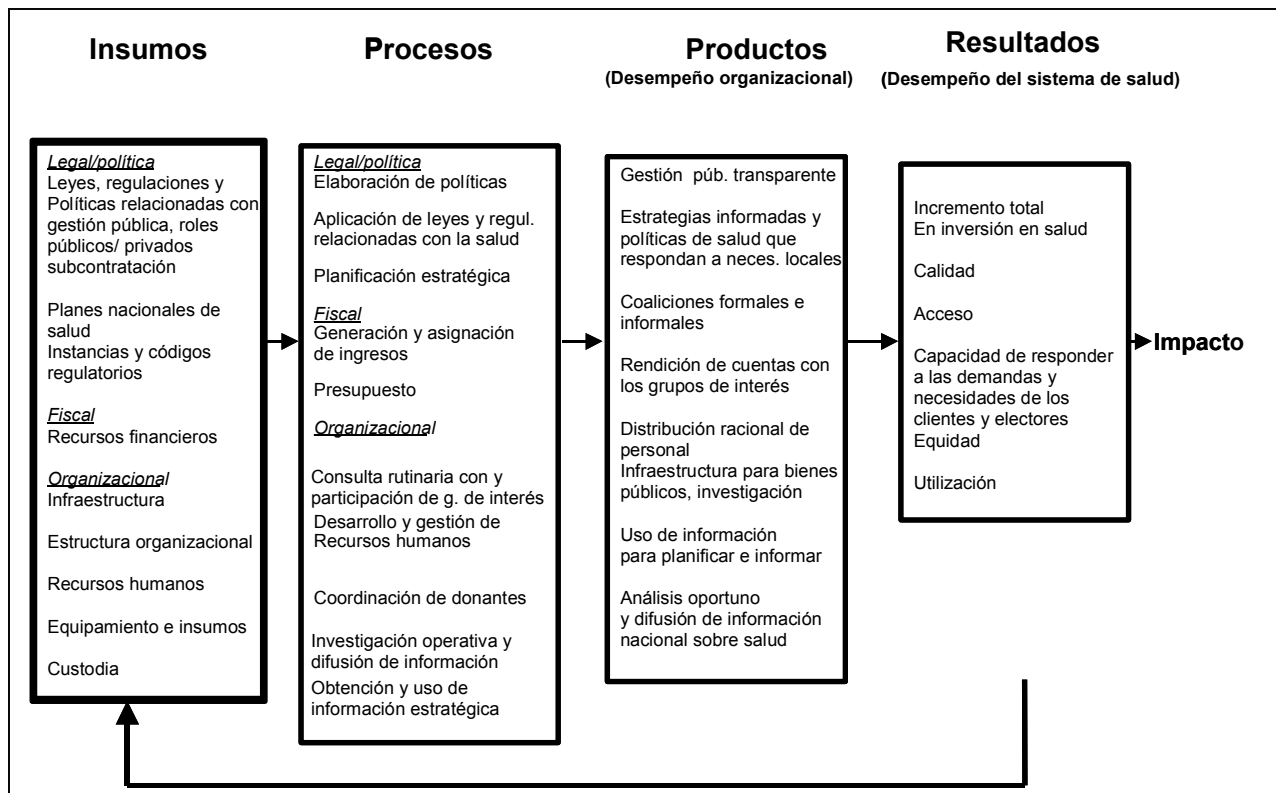
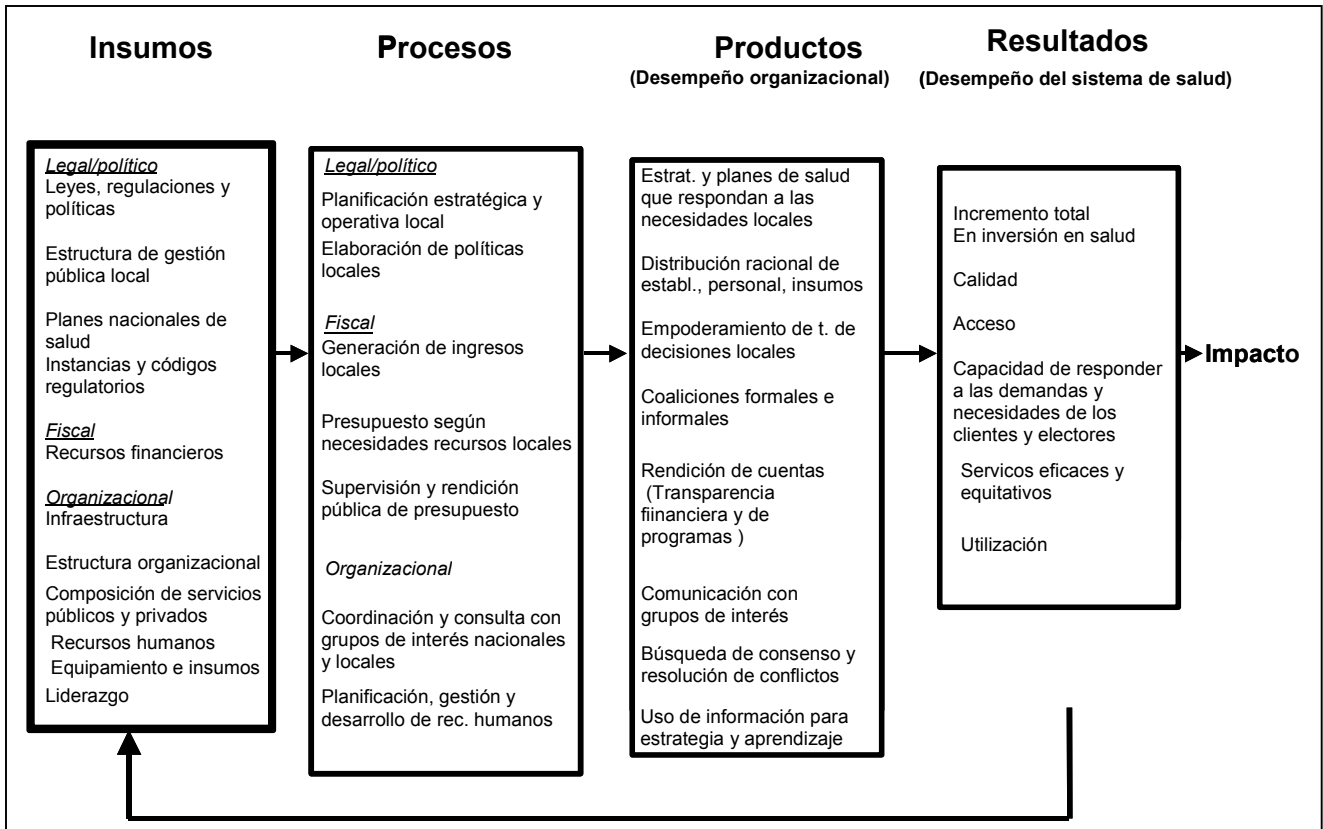


Gráfico 6. Nivel local



4. Indicadores de descentralización

En este capítulo se describen algunos indicadores específicos en unas áreas clave para monitorear los avances de la descentralización y evaluar su impacto. En el Anexo D se presenta un conjunto de indicadores generales más completo -o de áreas donde debieran establecerse indicadores para responder a los contextos propios a cada país- agrupados según si son insumos, procesos o productos y basados en sus características, a saber, si responden a cambios en la autoridad, transparencia, capacidad o información. Las fuentes de datos están resumidas en el Anexo E. Para cada una de las áreas funcionales, los indicadores están agrupados en insumos, procesos y productos. Los indicadores de resultado e impacto reflejan la influencia combinada de los cambios político/legales, fiscales y organizacionales en el sistema de salud.

Recuadro 2. Cualidades de buenos indicadores

La elección de determinados indicadores que midan de manera adecuada el desempeño y los resultados es vital para obtener un monitoreo y una evaluación de calidad. El proceso de escoger los indicadores se facilita si se tienen objetivos concretos, por ejemplo, aumentar la participación de la comunidad en la toma de decisiones en el sector de la salud, mejorar la rendición de cuentas en materia de desempeño e insumos clínicos, o mejorar la atención de salud entre grupos en situación de vulnerabilidad. A continuación se indican algunos requisitos de calidad para los indicadores:

Válidos: Los indicadores deben medir el concepto, la condición o el evento que se supone deben medir.

Confiables: Los indicadores deben producir resultados coherentes en mediciones repetidas de una misma condición o de un mismo evento.

Específicos: Los indicadores deben medir sólo la condición o el evento que se supone deben medir.

Sensibles: Los indicadores deben reflejar cambios en el estado de la condición o el evento observado.

Operacionales: Tiene que ser posible medir o cuantificar los indicadores mediante definiciones desarrolladas y puestas a prueba y estándares de referencia.

Costeables: Los costos relacionados con la medición de los indicadores deben ser razonables.

Realizables: Tiene que ser factible la realización de la recopilación de datos propuesta.

Fuentes: Rehle y Hassig 2001; Adamchak et al. 2000; Leighton y Knowles 1997

4.1 Político/legales

Resulta clave para el monitoreo y la evaluación de los procesos de descentralización la recopilación de información acerca de los cambios en los marcos político, legal e institucional en el que se inserta este proceso. Esto supone recopilar información acerca del tipo de descentralización política; de la aprobación y aplicación de leyes y procedimientos que definan las nuevas instituciones, repartan las responsabilidades y obliguen a los grupos de interés a responder ante la ley por sus actos; y de los organismos y procesos políticos, de planificación y de regulación.

Existen pocos indicadores cuantitativos disponibles acerca de los factores políticos, institucionales y legales puesto que la mayoría de las veces los requisitos de información se centran en tópicos no cuantificables cómo, por ejemplo, qué nivel de gobierno es responsable de tal o cual función, o en la presencia de determinados insumos, como, por ejemplo, la existencia de determinados documentos gubernamentales donde se establezcan las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno. Muchos indicadores son dicotómicos, tipo sí/no.

En referencia del Anexo E, los indicadores de insumos clave incluirían tipos de medidas que determinarían la existencia de leyes, regulaciones y políticas relacionadas con la gestión pública local, roles público/privado y subcontratación. Los productos clave, a ser definidos más en detalle por los países mismos, incluirían:

- ▲ Medidas de gestión pública que sean transparentes y representativas
- ▲ Políticas bien fundadas que responden a las prioridades del sector de la salud y que le permiten al gobierno desempeñar su papel de custodia y supervisión del sistema
- ▲ Planificación de salud nacional y local basada en prioridades nacionales, regionales y locales
- ▲ Sectores público y privado bien regulados
- ▲ Proveedores públicos y privados que se desempeñan según estándares conocidos y verificables

La recopilación de datos normalmente requiere métodos cualitativos: entrevistas con actores clave, grupos de enfoque, revisión de documentos, identificación de los grupos de interés y breves encuestas cuantitativas (Recuadro 3).

Recuadro 3. Entrevistas a informantes clave

Se pueden utilizar entrevistas a personas con opinión formada para obtener información acerca de los antecedentes del proceso de descentralización e identificar los problemas potenciales. Esta información puede utilizarse para evaluar percepciones acerca del proceso de descentralización, determinar cuáles son sus metas y cuáles podrían ser sus fortalezas y limitaciones, y qué cambios se han emprendido. Para las entrevistas se puede recurrir a líderes locales, encargados de salud del gobierno central, encargados locales de salud, tales como los encargados médicos de distrito o los miembros de los equipos de salud de distrito, o los líderes religiosos. Estos son algunos de los datos clave que se puede obtener a partir de las entrevistas:

- ◆ Fecha de inicio del proceso de descentralización
- ◆ Responsabilidades específicas del gobierno local
- ◆ Identificación de las fuentes de financiamiento, flexibilidad en el financiamiento y proceso utilizado para la selección de prioridades
- ◆ Identificación de las áreas de financiamiento prioritario
- ◆ Determinar si determinadas áreas de la salud (recursos, personal, productos, etc) han mejorado, empeorado o siguen igual bajo la descentralización
- ◆ Identificación de las principales fortalezas y limitaciones de la descentralización

Debido a que el tamaño de los cuestionarios a veces puede ser muy reducido – en un estudio en Tanzania sólo se entrevistaron a 81 líderes de distrito (Hutchinson 2002) – se puede utilizar muchas veces preguntas abiertas para obtener mayor información de parte de los entrevistados. A continuación se sugieren algunas preguntas:

- ◆ ¿Qué procesos utilizó al momento de asignar prioridades presupuestarias para los diferentes servicios de salud?
- ◆ ¿En qué ha cambiado el proceso de elaboración del presupuesto como resultado de la descentralización? ¿Cómo podría mejorarse?
- ◆ ¿Cuáles son los mayores impedimentos para la ejecución de las actividades?
- ◆ ¿Cuáles son los efectos positivos y negativos de la descentralización? ¿Qué cambios le gustaría ver en su área con respecto a la descentralización?

En Uganda, en 1998 (Hutchinson 1999), los encargados médicos de distrito y los miembros de los equipos de gestión de salud del distrito respondieron a cuestionarios elaborados para determinar el alcance de la descentralización, sus fortalezas y limitaciones y los principales cambios que había supuesto para el sistema de salud. Los encargados médicos de distrito señalaron como principal problema para la realización de actividades la falta de personal capacitado. Otros problemas decían relación con conflictos con los políticos locales acerca de las prioridades y las contrataciones y la ausencia de posibilidades de promoción laboral. Las fortalezas del proceso de descentralización reflejaban los objetivos del proceso: mayor participación de la comunidad; planificación de acuerdo a las necesidades; y mayor disponibilidad de recursos.

4.2 Fiscales

La situación financiera de varios países en desarrollo muchas veces se caracteriza por insuficientes recursos para la salud, baja capacidad local para generar ingresos y altas tasas de evasión tributaria, aportes impredecibles e irregulares del gobierno central, escasa rendición de cuentas por los fondos recibidos, y esquemas de gastos inequitativos y difícilmente pueden optimizar los avances en salud de la población.

Los indicadores que examinan la descentralización en un sector de salud se centran en el nivel de recursos destinados a la salud por las diferentes jurisdicciones, el grado de autonomía de los planificadores locales y la manera en que los planificadores utilizan su poder discrecional para responder a las necesidades locales. Un punto clave para los evaluadores es discernir si la descentralización aumenta o reduce la cantidad general de recursos destinados a la salud a nivel local y cómo esos recursos son utilizados por los diferentes actores dentro del sector de la salud. Más aún, para cada recurso, los evaluadores deben medir el grado de eficiencia en la asignación, es decir, de qué forma los gobiernos descentralizados asignan recursos a los programas y actividades en aras de obtener los mejores resultados en salud. Estos aspectos de los recursos y de las responsabilidades en los gastos se clasifican de la siguiente manera: (1) generación de recursos, (2) transferencias intergubernamentales, y (3) gestión presupuestaria y del gasto.

4.2.1 Generación de recursos y disponibilidad de recursos

Estos indicadores están específicamente destinados a medir de qué forma los fondos públicos destinados a la salud, en otras palabras, el monto que es pagado por los gobiernos para la prestación de servicios de salud— cambian en el tiempo, como resultado de la descentralización. Los principales objetivos de estos indicadores son: (1) examinar la asignación de recursos hacia el sector de salud y (2) examinar el nivel general de recursos disponibles en el sector de la salud y de qué fuentes provienen.

Aun cuando la descentralización generalmente está concebida con el fin de mejorar la prestación de servicios públicos, no existe ninguna seguridad inherente a un sistema descentralizado en cuanto a que los planificadores locales le otorguen la misma prioridad a la salud que los planificadores centrales. De hecho, puede que los planificadores locales consideren la salud como un sector menos prioritario que los planificadores centrales, sobre todo si compite con otras necesidades como las obras viales, la electricidad o la asistencia agrícola. Más aún, si se le transfiere la responsabilidad a los gobiernos locales sin asegurarse de que dispondrán de los recursos suficientes para realizar esas actividades, los gastos generales en salud podrían verse afectados negativamente como resultado de ello.

Junto con determinar los recursos generales disponibles, uno de los principales objetivos de los indicadores es determinar la distribución de los recursos entre las diferentes jurisdicciones. Específicamente, es importante determinar si la descentralización conduce a una mayor equidad vertical, es decir a una reducción en la brecha del gasto en salud entre jurisdicciones ricas y pobres o si la descentralización exacerba las diferencias socioeconómicas entre ricos y pobres.

Muchas veces resulta difícil recopilar información sobre el gasto en salud. El informe *Financing Health Services in Developing Countries* del Banco Mundial (1987) pudo determinar los gastos en salud de sólo 49 países, seleccionados a partir de informes de investigación y de consultoría inéditos (Banco Mundial 1987; Berman 1997). El *World Development Report* de 1993 informó acerca de los gastos de 127 países (Berman 1997; Murray, Govindaraj y Musgrove 1994).

En los últimos años se ha procurado recopilar más información relativa al gasto en los países en desarrollo, particularmente en África (Banco Mundial 1993; Peters et al. 1999). Resulta aún más difícil conseguir datos sobre el gasto de los gobiernos locales, desglosados por sector. Muchas veces el proceso de descentralización implica establecer sistemas de gestión financiera y formar funcionarios gubernamentales locales para que puedan mantener registros de los flujos de gastos. Las Cuentas Locales de Salud, una versión subnacional de las Cuentas Nacionales de Salud, es una forma de análisis de los gastos de los gobiernos locales.

Preguntas clave:

- ▲ ¿Cuál es el nivel general de recursos destinados a la salud en las diferentes regiones y en los diferentes gobiernos locales? ¿Están distribuidos de manera equitativa entre las regiones y jurisdicciones?
- ▲ ¿Qué porcentaje de los recursos proviene de las diferentes fuentes de financiamiento (gobierno nacional, gobierno local, ONG, seguros, instituciones autónomas, sector privado, personas) en el sector de salud?
- ▲ ¿Los gobiernos locales tienen la facultad de cobrar impuestos, establecer tarifas y generar sus propios ingresos?
- ▲ ¿Cuál es la cantidad absoluta de transferencias (financieras y en especie) provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento hacia los gobiernos locales?

Indicadores

- ▲ *Gasto total en salud (y participación del gasto total) del gobierno central*
- ▲ *Gasto total en salud (y participación del gasto total) del gobierno local (municipal, estatal, provincial, regional)*
- ▲ *Gasto total en salud (y participación del gasto total) de ONG y empresas privadas*
- ▲ *Gasto total en salud (y participación del gasto total) de los hogares y las personas*

Recuadro 4. Análisis de gastos: Cuentas nacionales y locales de salud

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) estandarizan la información sobre gastos en salud y constituyen el marco a través del cual pueden pesquisar todos los gastos en salud, públicos y privados, desde su fuente hasta su función (Berman 1997). Esta información le brinda a los tomadores de decisiones la oportunidad de comprender, evaluar y comparar esquemas de uso y asignación de recursos y evaluar el impacto de la reforma del sector de salud. También pueden realizarse comparaciones dentro del sistema de salud, a lo largo del tiempo y entre países. Los resultados de las CNS pueden utilizarse en el proceso de elaboración de políticas de salud para identificar problemas, formular estrategias y medir y monitorear tendencias en el gasto. Las CNS también pueden cruzarse con otros indicadores como las encuestas de los establecimientos de salud para medir la eficacia general del sistema de salud, su eficiencia y equidad. Para que las CNS puedan ser una herramienta eficaz de elaboración de políticas nacionales, los datos deben ser precisos, completos y coherentes. Esto exige transparencia financiera de parte de los organismos públicos y privados e inversión en sistemas de seguimiento y recopilación de datos, sistemas contables y otras herramientas de monitoreo, como las encuestas a los hogares.

Las Cuentas Locales de Salud (CLS) son similares, en cuanto a sus objetivos, a las Cuentas Nacionales de Salud. Su propósito específico es recopilar información acerca de las fuentes y los flujos de ingresos locales. Al igual que para las CNS, las CLS presentan gastos totales por categorías, tales como personal de salud, atención de salud pública, y otros. Esta metodología ha sido utilizada en Filipinas para monitorear los procesos recientes de traspaso de responsabilidades. Al igual también que en las CNS, las CLS entregan información acerca de los insumos financieros y permiten identificar las áreas con insuficiente financiamiento (Schwartz 1998).

4.2.2 Transferencias intergubernamentales

En la mayoría de los países en desarrollo, los ingresos generados localmente resultan insuficientes para cubrir todos los costos que implica la prestación de servicios de salud. Producto de ello, los gobiernos locales dependen generalmente de aportes provenientes del gobierno central y de los donantes. Existen varios tipos de aportes; éstos varían según las restricciones, y por ende, el grado de autonomía- que establecen los gobiernos centrales y los donantes sobre los gobiernos locales. Muchas veces estos fondos están destinados a actividades específicas, como los salarios del personal de salud, que los gobiernos locales no pueden eventualmente cubrir.

La asignación de responsabilidades sobre los ingresos a los gobiernos locales debería estar guiada por dos conceptos clave: (1) proveer recursos de acuerdo al nivel de responsabilidades, y (2) implementar una fuerte restricción presupuestaria. El principio general relativo a la asignación de fondos es que “el financiamiento debe seguir a la función.” Esto tiene implicancias para los tipos de ingresos que se utilizan. Las transferencias a los gobiernos locales para llevar a cabo funciones en nombre del gobierno central deben ir claramente destinadas a tal efecto y evaluadas en función del costo de la actividad. Los aportes cerrados, sin embargo, son más simples en términos administrativos, pero se corre el riesgo de que los fondos no sean utilizados para el fin que fueron concebidos. Las restricciones presupuestarias obligan a los gobiernos a tener una mayor disciplina fiscal (Shah 1999).

El mecanismo utilizado para transferir fondos desde el gobierno central hacia los niveles inferiores de gobierno tiene consecuencias sobre el grado de autonomía y de flexibilidad que tienen los gobiernos locales para tomar decisiones respecto del gasto y sobre el grado de control que tiene el gobierno central para asegurarse de que los gobiernos locales cumplan con las prioridades nacionales de salud. Los subsidios y las transferencias pueden ser condicionales o incondicionales, de contraparte o no.

Los subsidios condicionados exigen que los fondos sean destinados en determinados ítems o actividades y pueden ser de contraparte o no. Los subsidios condicionados aseguran de que por lo menos una mínima parte de los fondos sea destinada a ítems o actividades que el gobierno central considera prioritarias. Ahora bien, como esos fondos son fungibles, puede que los subsidios condicionados simplemente sustituyan fondos locales ya gastados en la misma actividad. Por ejemplo, Uganda creó un subsidio condicionado para la atención primaria de salud, aun cuando en la práctica la definición de atención primaria de salud ha sido más bien amplia (Hutchinson 1999, Jeppson 2001). Los subsidios de contraparte requieren que los gobiernos locales contribuyan en parte o en su totalidad al monto entregado por el gobierno central. Los subsidios de contraparte proveen la máxima certeza de que se mantendrán los gastos para ciertas actividades prioritarias en un esquema de descentralización, pero puede que sean más restrictivas para los gobiernos locales. Los subsidios de contraparte también le entregan incentivos a las jurisdicciones locales para que aumenten los fondos destinados a actividades con efectos en múltiples jurisdicciones, actividades con beneficios para otras jurisdicciones que las que están efectuando el gasto. En salud, pueden haber considerables externalidades positivas entre las diferentes jurisdicciones (Shah 1999).

Preguntas clave:

- ▲ ¿Quién tiene la responsabilidad de financiar determinadas actividades de salud?
- ▲ ¿Las transferencias son simples, transparentes y coherentes con sus objetivos (Shah 1998)?
 - ¿Contienen indicadores cuantificables y condiciones para su renovación en el tiempo?
 - ¿Existe una norma clara para determinar las asignaciones a los diferentes gobiernos locales?

- ▲ ¿Qué porcentaje de cada nivel de recursos del gobierno proviene de subsidios condicionales, subsidios de equiparación, subsidios de contraparte, subsidios cerrados, ingresos generales e ingresos tributarios?
- ▲ ¿Cómo se arman los presupuestos y quién entrega los insumos para armar esos presupuestos?
- ▲ ¿Los gobiernos locales tiene fuertes restricciones presupuestarias? ¿Hay mecanismos durante un año fiscal para que los gobiernos locales reciban fondos adicionales del gobierno central o para solicitar préstamos al sistema financiero?
- ▲ ¿De qué sistemas se dispone para manejar los gastos y que prácticas contables se utilizan? ¿Con qué periodicidad se realizan auditorías? (presupuestarias y contables)

Indicadores clave:

- ▲ *Porcentaje de los ingresos locales que proviene de subsidios para fines específicos, subsidios de contraparte o de nivelación, subsidios cerrados, ingresos generales e ingresos tributarios*
- ▲ *Porcentaje del presupuesto local en transferencias en especie (medicamentos, insumos)*
- ▲ *Existencia de facultad local para gravar, establecer tarifas t generar ingresos propios*
- ▲ *Existencia de sistemas de gestión financiera, sistemas contables y auditorías periódicas*

4.2.3 Gestión presupuestaria y de gastos

La asignación óptima de recursos, o eficiencia asignativa, desde un punto de vista social involucra varios pasos. En primer lugar, el gobierno debe examinar el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad para identificar las áreas prioritarias en materia de salud. En segundo lugar, debe establecer un paquete de intervenciones costo-efectivas (con especial énfasis hacia aquellas intervenciones que corrigen fallas significativas de mercado o marcadas inequidades). En tercer lugar, en coordinación con el gobierno local se deben asignar responsabilidades a las diferentes instancias gubernamentales, estableciendo cuáles áreas son de exclusiva competencia del gobierno central (por ejemplo, las campañas nacionales de salud), cuáles deben ser asumidas por los gobiernos locales en calidad de agentes del gobierno central (por ejemplo, un programa ampliado de vacunación) y cuáles obedecen a las necesidades locales de salud. Finalmente, los gobiernos locales deben determinar la cantidad de recursos disponibles para las actividades de salud y priorizar determinadas intervenciones en función de su costo-efectividad y de criterios de responsabilidad local.

Preguntas clave:

- ▲ ¿A qué tipos de actividades (hospitales, clínicas, actividades de salud pública) destinan los gobiernos locales sus recursos? ¿Cuán importantes son los programas verticales? ¿Existe un paquete definido de servicios básicos en materia de atención primaria, secundaria y terciaria?
- ▲ ¿Cuán importante es el sector privado en la prestación de bien públicos y cuasi públicos? ¿Los gobiernos locales están gastando recursos escasos en actividades que el sector privado ya provee y que, por ende, implican duplicar esfuerzos o mal destinar esos recursos?

- ▲ ¿Los presupuestos son estructurados “de abajo hacia arriba” o de arriba hacia abajo? ¿Están diseñados según un enfoque insumo/oferta o producto/demanda?
- ▲ ¿Existe competencia entre el sector público y las ONG por captar fondos públicos? (Shah 1999)
- ▲ ¿Cuál es la asignación de gastos para los diferentes insumos (por ejemplo, personal; medicamentos, insumos médicos y equipamiento; operaciones y mantención; infraestructura y gastos de capital)?

Indicadores:

- ▲ *Existencia de programas de gestión de gastos, libros de contabilidad de doble entrada*
- ▲ *Existencia de planificación presupuestaria de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo*
- ▲ *Asignaciones per cápita para atención (curativa) privada*
- ▲ *Asignaciones per cápita para atención (primaria) pública*
- ▲ *Participación presupuestaria del gobierno local en la atención para atención (curativa) privada*
- ▲ *Participación presupuestaria del gobierno local en bienes públicos (atención primaria de salud)*
- ▲ *Existencia de un paquete claramente definido de prestaciones esenciales de salud proporcionadas por el gobierno local*
- ▲ *Porcentaje de medicamentos, salarios, operaciones y mantención, gastos de capital en los gastos en salud totales del gobierno local, por nivel de atención*

Se han utilizado varios tipos de herramientas de recopilación de datos para determinar los flujos de recursos generales en los países en desarrollo. Entre ellos cabe señalar los Exámenes de Gasto Público, las Cuentas Nacionales de Salud y, más reciente, las Cuentas Locales de Salud (véase recuadro 4).

4.3 Organizacional

En esta sección se señalan diferentes indicadores para medir y evaluar los cambios en autoridad, transparencia y capacidad para los insumos, procesos y productos organizacionales. Las áreas clave de análisis incluyen los recursos humanos; capacitación y formación de capacidad; medicamentos, insumos y equipamiento; asistencia técnica; operaciones y mantención; entrega de los servicios; y participación de la comunidad. Numerosos documentos entregan directrices para establecer clínicas de salud (MEASURE *Evaluation* 2001; Angeles et al. 1999; Bennett y Modisaotsile 1991), y servicios de salud de distritos bien provisionados (Banco Mundial 1993; Cassels y Janovsky 1995).

4.3.1 Recursos humanos y formación y construcción de capacidad

Un elemento clave en la gestión del sector de salud es la facultad de contratar y despedir personal. La transferencia de decisiones en materia de empleo hacia los niveles locales acelera el proceso de contratación, despido, premiación y control disciplinario de los trabajadores de la salud, lo que permite contar con el personal más productivo y más apegado a los estándares de desempeño que se busca. Por otro lado, puede que los trabajadores que tengan que responder a un ministerio de salud centralizado no sientan el mismo incentivo que si estuvieran siendo directamente supervisados, monitoreados y premiados por encargados de salud locales. La transferencia de decisiones en materia de manejo de personal permite una distribución más racional del personal de salud hacia aquellas áreas y actividades más necesitadas (Kolehmainen-Aitken 1998).

La capacidad humana puede medirse a través de indicadores como la cantidad de personal formado en determinadas áreas (protocolos de tratamientos, gestión, contabilidad, etc.) y la aptitud del personal en cumplir con sus responsabilidades después de los programas de formación. Algunos indicadores específicos pueden ser, por ejemplo, la presencia de materiales para la capacitación y un currículum para la formación (insumo), la cantidad de sesiones realizadas y el porcentaje de cursos de capacitación en los que la metodología es apropiada para la transferencia de aptitudes (proceso), la cantidad de empleados capacitados (producto) y el porcentaje de alumnos con conocimiento en una determinada área que se ajusten a los estándares nacionales (resultado) (LaFond y Brown 2003).

Preguntas clave:

- ▲ Si los encargados de salud no han sido elegidos por su pertenencia a una organización política o elegidos directamente, ¿cómo obtienen ese cargo?
- ▲ ¿Quién contrata, despide, asciende al personal y determina los premios por desempeño?
¿Qué criterio se utiliza para contratar, despedir, premiar o sancionar a los trabajadores de la salud?
- ▲ ¿Los funcionarios públicos han recibido capacitación en materia de gestión (incluida gestión financiera)?
- ▲ ¿Los salarios son similares en los niveles locales y nacionales? ¿Los salarios son pagados puntualmente?
- ▲ ¿Qué posibilidades tienen los encargados de salud y los empleados públicos contratados localmente de desarrollar una carrera funcionaria?
- ▲ ¿Los puestos profesionales son asignados a través de un plan racional de manejo de recursos humanos que tome en cuenta las responsabilidades y habilidades requeridas en los diferentes niveles de la prestación de servicios?
- ▲ ¿Qué porcentaje de puestos profesionales son ocupados (por región)?
- ▲ ¿Los trabajadores son pagados sobre la base de contratos con indicadores de desempeño y bonos por cumplimiento de metas o a través de una escala de sueldos revisada una vez al año?
- ▲ ¿Qué porcentaje de los trabajadores ha recibido capacitación en áreas clave (gestión, diagnóstico clínico, planificación familiar, educación en VIH/SIDA)?

- ▲ ¿Los trabajadores de la salud realizan adecuadamente las tareas que les son asignadas de acuerdo a estándares nacionales y locales cuantificables?

Indicadores clave:

- ▲ *¿En qué consiste el proceso de contratación y despido para los encargados de salud locales?*
- ▲ *Instancia de gobierno que determina los salarios, la contratación y el despido de los funcionarios públicos*
- ▲ *Proporción de funcionarios públicos que reciben capacitación en materia de gestión*
- ▲ *Salario promedio por grado, nivel y región*
- ▲ *Porcentaje del personal que recibe capacitación en áreas clave y que tiene conocimiento siempre actualizados*
- ▲ *Porcentaje de trabajadores de la salud que realizan de manera adecuada tareas relacionadas con estándares nacionales cuantificables de desempeño clínico y diagnóstico*
- ▲ *Salarios pagados puntualmente*
- ▲ *Porcentaje de los puestos llenados en las clínicas y hospitales*
- ▲ *Participación de los gastos del gobierno local en salarios, beneficios, capacitación, supervisión*

4.3.2 Medicamentos, insumos y equipos

Uno de los temas clave que plantea un sistema de salud descentralizado es si la descentralización contribuye a mejorar la asignación de recursos para los insumos clave según las necesidades locales y si la descentralización mejora la capacidad de respuesta por el uso de esos insumos. Los indicadores clave sobre insumos como medicamentos, insumos médicos y equipamiento apuntan a determinar si los establecimientos de salud cuentan efectivamente o no con los insumos necesarios en las cantidades requeridas, si los insumos están vigentes o caducos, si los gobiernos locales son autónomos en cuanto a decidir acerca de la cantidad de medicamentos, insumos y equipamiento que van a adquirir, si los gobiernos locales están obligados a comprar sus insumos a un proveedor central (tiendas médicas nacionales) en lugar de recurrir a proveedores privados alternativos, y si existen mecanismos para asegurar un buen manejo de los insumos (a nivel de distrito y nivel de cada unidad de salud, etc.). Otra consideración importante es si se presta suficiente atención a las operaciones y la mantención en lo relativo a los insumos y el equipamiento. Esto incluye el combustible para los vehículos, presupuestos para mantención rutinaria, mantención y reparación de equipamiento y edificios, mantención general, seguridad y, cada vez más frecuentemente, mantención de los sistemas computacionales y de información.

Indicadores:

- ▲ *Porcentaje de establecimientos con medicamentos esenciales en bodega y sin caducar (por ejemplo, antibióticos, antihelmínticos, anticonceptivos)*

- ▲ *Porcentaje de establecimientos que tienen insumos esenciales (por ejemplo, guantes, jeringas, vendas)*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos con bodegas que cumplan estándares aceptables en términos protección contra robos, ventilación, temperatura y humedad*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos con equipamiento clave al día (por ejemplo, equipamiento de obstetricia, máquinas de rayos X, equipamiento para esterilización)*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos con artículos fuera de existencias; cantidad promedio de artículos agotados*
- ▲ *Porcentaje del personal formado en manejo de existencias de medicamentos, insumos y equipamiento*
- ▲ *Indicador compuesto para bienes básicos y logística*
- ▲ *Participación de los gastos del gobierno local en medicamentos, insumos y equipamiento*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos en buen/excelente estado*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos que tienen salas de espera para hombres y mujeres, salas de espera bajo techo*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos con agua potable y electricidad*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos que han sufrido cortes de luz en los últimos 30 días/ porcentaje de cortes*
- ▲ *Porcentaje de establecimientos/subdistritos/distritos con transporte para trabajos de extensión, emergencias*
- ▲ *Porcentaje del gasto del gobierno local en los trabajos de infraestructura y de capital*
- ▲ *Porcentaje del gasto del gobierno local en la operaciones y la mantención*

Recuadro 5. Encuestas a los establecimientos

Dependiendo del objetivo de la encuesta, las encuestas a los establecimientos de salud proporcionan elementos para la comprensión acerca de la interacción entre los establecimientos de salud, el comportamiento en la búsqueda de salud y los resultados de los hogares. Su principal objetivo es proporcionar información acerca de los productos del sistema de salud, pero también puede incluir información acerca de las conexiones existentes entre los proveedores y la relación entre el gobierno y los proveedores (MEASURE *Evaluation* 2001; Lindelow y Wagstaff 2001).

Las encuestas al personal de salud pueden permitir recopilar información en no sólo la cantidad de empleados en las diferentes categorías, sino también acerca de su capacitación, educación, calificaciones, salarios, uso del tiempo, habilidades interpersonales y tipo de empleo (MEASURE *Evaluation* 2001; Lindelow y Wagstaff 2001). Esta información puede utilizarse en decisiones de política relacionadas con la asignación de recursos. A diferencia de la recopilación rutinaria de datos administrativos, los estudios acerca de la capacidad productiva de los proveedores de atención de salud a partir de encuestas proporcionan información para analizar los costos y las relaciones entre insumos y productos. La calidad de la atención de salud puede evaluarse mediante el análisis del impacto de las dimensiones estructurales de la atención de salud -los insumos- sobre los resultados de salud -los productos. A través de evaluaciones periódicas y *ex post*, las encuestas a los establecimientos de salud han servido como herramientas para evaluar y monitorear los cambios que ocurren como producto de una descentralización (MEASURE *Evaluation* 2001; Lindelow y Wagstaff 2001).

Los datos sobre insumos pueden obtenerse para las encuestas a los establecimientos de salud a través de entrevistas, examen de registros, observación directa, viñetas clínicas y/o observación de las consultas. En todos los niveles puede que la información sea imprecisa o no esté disponible. Los datos obtenidos a través de entrevistas, viñetas clínicas u observación directa pueden estar expuestos a sesgos en cuanto a su presentación o su conveniencia social (Lindelow y Wagstaff 2001).

4.4 Resultados

Nuestro marco conceptual establece varios objetivos clave de una descentralización. Estos pueden agruparse dentro de las categorías de eficiencia, calidad, equidad, accesibilidad, uso, capacidad de respuesta y participación.

4.4.1 Eficiencia técnica y económica

Las medidas económicas de eficiencia muchas veces apuntan a tres tipos de eficiencia –técnica, económica y de asignación de recursos. La eficiencia en la asignación de recursos ya fue abordada en la sección referente a la gestión del gasto y a la asignación de recursos. La **eficiencia técnica** se refiere a la habilidad de los gobiernos o proveedores de salud en transformar los recursos en servicios de salud de la manera más productiva, combinando los diferentes insumos en aras de la maximización de los resultados, sin que haya despilfarro o sobreuso de insumos. Esto significa, por ejemplo, que haya escalas apropiadas de profesionales de la salud, aprovisionamiento regular de medicamentos e insumos médicos, y todo el equipamiento necesario para los servicios ofrecidos en un establecimiento de salud pública o para los servicios de salud pública dirigidos a atender el perfil epidemiológico de una población local. La **eficiencia económica** se refiere no solamente al hecho de operar de la manera más productiva posible, sino en hacerlo con los menores costos de insumos, por ejemplo, medicamentos genéricos en lugar de medicamentos comerciales y asistentes médicos en lugar de médicos para atenciones básicas. En teoría la descentralización puede mejorar la eficiencia técnica si

suprime el exceso de instancias administrativas, si orienta su acción hacia la innovación y el descubrimiento de nuevas técnicas para la prestación de servicios de salud, o si una mayor transparencia y supervisión del personal de la salud y de los planificadores logra disminuir el desperdicio de recursos.

La cuantificación de los costos es esencial por varios motivos. En primer lugar, porque permite determinar los requerimientos de recursos necesarios para prestar servicios clave de salud. No es raro que los planificadores subestimen las implicancias recurrentes de los costos de capital, lo que se traduce en infraestructuras de salud con edificios pero con escasez de medicamentos, insumos médicos, personal o con equipamiento inmanejable. El no reconocimiento de la importancia en asignar fondos para las operaciones y la mantención se traduce muchas veces en la existencia de equipamiento roto y sin reparación posible. Otro motivo es determinar para cuáles servicios de salud es posible producir economías de escala lo que determinará si ciertas actividades no son menos costosas si permanecen bajo un esquema centralizado.

La información periódica acerca de los diferentes proveedores le permite a los planificadores monitorear los cambios en términos de eficiencia. Los datos sobre costos también son esenciales para diferentes tipos de análisis económicos, como los análisis de costo-efectividad, de costo-utilidad y de costo-beneficio. Estos tipos de análisis permiten vincular los costos con los impactos hipotéticos y efectivos de las iniciativas desarrolladas en materia en salud.

Preguntas clave:

- ▲ ¿Cuán buenos son los servicios prestados por el sector público? ¿Cuáles costos en materia de servicios de salud pública son más bajos, los del gobierno central o los de los gobiernos locales?
- ▲ ¿A qué nivel es más apropiado prestar servicios públicos, cuasi públicos y privados, en otras palabras, cuáles son las escalas mínimas de eficiencia para la producción de bienes y servicios prestados por el gobierno?
- ▲ ¿El sector público es más o menos eficiente (es decir, entrega mayores resultados para un nivel dado de insumos) que el sector privado en la prestación de bienes y servicios que ambos prestan?

Indicadores:

- ▲ *Costos promedio de la prestación de servicios de atención primaria, de la atención curativa secundaria y terciaria (básica)*
- ▲ *Costo promedio de cada consulta ambulatoria, costo promedio de día-cama (hospitalización) por nivel (hospitales de referencia, hospital de distrito, centro de salud)*
- ▲ *Duración promedio de una estadía*
- ▲ *Tasa de ocupación de las camas de hospital*
- ▲ *Número de doctores y enfermeras por cama de hospital*
- ▲ *Fuentes de datos: cuentas a los establecimientos, sistemas de información de salud*

Recuadro 6. Análisis de eficiencia y costos

Los análisis de costos cumplen varios propósitos. Permiten a los elaboradores de políticas y planificadores determinar el nivel total de recursos necesarios para operar un sistema de salud que funcione, identificar las brechas entre un sistema de salud que funciona y el sistema de salud existente. Los análisis de costos también permiten a los planificadores priorizar determinados modos de prestación de servicio, actividades o estructuras organizacionales. Los planificadores pueden valerse de la información de costos para determinar una adecuada remuneración para los servicios contratados o para calcular los costos previstos de los esquemas de cobertura conjunta de riesgos. Los análisis de costos también sirven como mediciones de insumos para los análisis de eficiencia, tales como los análisis de costo-beneficio y costo-efectividad.

Para evaluar el desempeño de un sistema de salud descentralizado, los planificadores y evaluadores probablemente querrán saber a cuánto ascienden los costos de un paquete básico de intervenciones de salud. Los componentes clave a ser costeados en un sistema de salud descentralizado incluyen: (1) una red de establecimientos de atención primaria de salud (centro de salud, dispensarios y puestos de salud), (2) un establecimiento de referencia, como un hospital de distrito, (3) una estructura administrativa y organizacional, como el equipo de gestión de salud del distrito, y (4) intervenciones adicionales, como los servicios de agua y sanitización, los programas de educación en nutrición y salud y los programas de extensión sobre planificación familiar (Banco Mundial 1993).

Los análisis de costos generalmente diferencian los costos recurrentes de los costos de capital. Los costos recurrentes incluyen ítems como los salarios y beneficios para el personal, materiales e insumos, operaciones y mantención (por ejemplo, combustible, electricidad, seguridad, mantención de edificios, equipamiento y vehículos), y capacitación en materia de servicios. Generalmente, los costos de ítems consumidos o reemplazados en el plazo de un año se consideran costos recurrentes. Los costos de capital incluyen los costos de ítems usados por más de un año, como la construcción de un edificio o la compra de equipamientos y vehículos. Los costos de capital se amortizan durante la vida de cada ítem.

Los problemas más comunes en los análisis de costos son la omisión o subestimación de costos relevantes (particularmente costos recurrentes), costos de insumos que no reflejan su verdadero valor social y asignación de costos comunes cuando los insumos son utilizados en múltiples actividades. Para contabilizar todos los costos relevantes es preciso documentar meticulosamente todos los insumos importantes. En muchos países, el auténtico valor social de los insumos –como los medicamentos y los insumos provenientes de fuentes internacionales– se ve distorsionado por tasas de cambio fijas o controles de precios. Los economistas generalmente se basan en estimaciones de “precios fantasma” para ajustar esos precios de manera que reflejen los costos verdaderos de los insumos. Finalmente, muchos insumos –como los gastos operacionales de los hospitales o las estructuras de gestión de distrito– sustentan varias actividades. Parte de esos costos debe asignarse a la prestación de los servicios. Generalmente, para asignar estos costos comunes se calcula el tiempo dedicado a cada una de las actividades, el porcentaje de pacientes ambulatorios para determinadas condiciones (por ejemplo, vacunas, atención curativa infantil, servicios de maternidad) en relación al total de pacientes ambulatorios.

Los análisis de costos generalmente se basan en datos provenientes de los establecimientos de salud, obtenidos a través de encuestas o sistemas de información sobre gestión. Se debe recopilar datos de todos los tipos de proveedores de salud para poder realizar comparaciones. Para los insumos materiales, como los medicamentos, el foco de la recopilación de datos puede estar en la cantidad, la calidad, la condición o el estado de reparación, el costo de adquisición, y/o el criterio para su asignación. Mediante el análisis de insumos y costos, las encuestas a los establecimientos de salud proporcionan una “foto en detalle de la disponibilidad e idoneidad de recursos y los costos a nivel del establecimiento” (Lindelov y Wagstaff 2001). Esta información, junto con los datos sobre calidad y producción, puede utilizarse para evaluar la calidad, infraestructura, utilización y disponibilidad de la atención de salud.

Fuentes útiles para información sobre análisis de costos:

Creese, A. y D. Parker. 1994. “Cost analysis of primary health care: a training manual for programme managers.” Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Banco Mundial. 1993. “A Framework and Indicative Cost Analysis for Better Health in Africa.” Documento de trabajo sobre recursos técnicos No. 8. División de recursos humanos y pobreza, Africa Departamento técnico de África, Banco Mundial.

4.4.2 Calidad

Las mediciones sobre calidad pueden incluir tanto indicadores sobre insumos como mediciones sobre servicios. En esta sección la calidad es tratada como un producto que refleja las capacidades combinadas de insumos esenciales. Varios de estos indicadores clave sobre calidad en la prestación de los servicios han sido abordados en la sección sobre insumos.

Preguntas clave:

- ▲ ¿Cuán óptimo es el desempeño del sector público en materia de asegurar la existencia de un personal adecuado, medicamentos, productos básicos, insumos médicos y equipamiento?
¿Mejora o empeora el desempeño bajo un esquema de descentralización?
- ▲ ¿Quién establece las normas y los estándares en materia de atención de salud? ¿Qué regulaciones y mecanismos operan para hacer cumplir los estándares y las normas? ¿Existen sistemas para asegurarse de que se está cumpliendo con los estándares y las normas?
- ▲ ¿El sistema de salud local y los establecimientos de salud locales tienen políticas y documentación sobre los siguientes ítems o tópicos?:
 - △ directrices para tratamientos con excepciones para los pobres y las personas en situación de vulnerabilidad
 - △ tarifas e ingresos por pagos de los usuarios
 - △ gestión de los establecimientos
 - △ estándares nacionales para los establecimientos de salud (estructurales, insumos, etc.)
 - △ otras
- ▲ ¿La calidad de los servicios en los establecimientos gubernamentales ha mejorado como efecto de la descentralización?
- ▲ ¿Los pacientes son tratados de acuerdo a las directrices estándares sobre tratamientos y las normas nacionales sobre atención de salud?
- ▲ ¿Existen sistemas para derivar pacientes a centros más especializados o menos especializados, según el caso, para su seguimiento?
- ▲ ¿Existen mecanismos de regulación, supervisión y cumplimiento que aseguren un mínimo cumplimiento en materia de estándares para los establecimientos, desempeño profesional y apego a las normas establecidas?
- ▲ ¿Los gobiernos locales tienen mecanismos para contratar servicios de salud u otros con organismos públicos, privados y no gubernamentales?

Indicadores:

- ▲ *Porcentaje de establecimientos que disponen de pautas escritas para los tratamientos estándares, las políticas de tarificación y mecanismos de exención, la gestión del establecimiento*
- ▲ *Porcentaje de proveedores de servicios que siguen las pautas estándares establecidas para*

los tratamientos; porcentaje de pacientes tratados según estas pautas

- ▲ *Existencia de un programa de seguro nacional o subnacional con procedimientos, estándares y mecanismos de aplicación para asegurar los niveles mínimos de calidad y mejora*
- ▲ *Porcentaje de pacientes que siguen los procedimientos adecuados de derivación con instrucciones de seguimiento proporcionadas desde los niveles superiores hacia los niveles inferiores*

4.4.3 Equidad y accesibilidad

La descentralización puede contribuir a mejorar –o empeorar– dos formas de equidad. La primera es la equidad horizontal o la capacidad de los gobiernos locales de entregar niveles de servicio equivalentes a las personas con necesidades similares. La segunda es la equidad vertical o la habilidad y voluntad de los gobiernos locales para entregar diferentes niveles de servicio a las personas con diferentes necesidades (Banco Mundial 1999).

La descentralización puede mejorar o empeorar la equidad dependiendo de varios factores: la capacidad del gobierno central para redistribuir el ingreso desde las áreas más ricas hacia las más pobres; la capacidad creciente de los gobiernos locales para identificar los pobres y no pobres, la voluntad de los gobiernos locales para asignar fondos a los servicios de salud orientados a los pobres y la capacidad de los pobres de luchar por sus derechos a través de procesos políticos u otros. Al estar más cerca de las poblaciones locales, los gobiernos locales, especialmente aquellos con una participación significativa de la comunidad, podrán focalizar mejor los servicios de salud hacia las subregiones con altas concentraciones de pobres. Asimismo, podrán conocer más de cerca cuáles son los problemas de salud que afectan a los pobres de la región. Por otra parte, en la medida que la descentralización se traduzca en darle más voz a los pobres, éstos podrán defender por sí mismos sus derechos y asegurarla existencia de servicios de salud que respondan a sus necesidades.

Los índices de equidad se establecen en función del nivel de gasto per cápita por regiones de los diferentes niveles de riqueza. Estas mediciones agregadas de riqueza pueden, sin embargo, esconder disparidades en materia de ingreso dentro de las regiones.

A nivel de los hogares, los índices de equidad generalmente apuntan al gasto de los hogares pobres en relación a los hogares no pobres, la participación de los gastos médicos y de salud en los gastos totales de los hogares, y gastos de los hogares en diferentes tipos de atención (curativa versus preventiva; pública versus privada versus tradicional). No existe una proporción ideal para el gasto en salud en relación al gasto mensual total de los hogares. Claramente, si el gasto en salud de un hogar es alto en relación a su gasto total, este hogar corre el riesgo de empobrecer, verse obligado a solicitar préstamos, vender activos o posponer la atención.

El análisis de beneficio-incidencia, que se aborda más en detalle a continuación, vincula la información sobre gastos de diferentes financistas de la salud (públicos y privados) con información acerca de los patrones de uso por parte de los diferentes grupos socioeconómicos.

Preguntas clave:

- ▲ ¿Cuáles son los niveles de gasto per cápita (por el sector público, los hogares, los seguros y los proveedores privados o de ONG) en los gobiernos locales ricos y pobres?

- ▲ ¿Cuál es la carga económica de los pobres en relación a la de los no pobres? ¿Las barreras financieras y físicas de los servicios de salud tienen como efecto que los pobres y otros grupos vulnerables no hagan uso de esos servicios?

Indicadores:

- ▲ *Subsidio de nivelación per cápita, por región, distrito, gobierno local*
- ▲ *Gasto promedio del sector público por región, distrito, gobierno local*
- ▲ *Gasto mensual promedio en salud de los hogares (en atención de salud, atención preventiva) por quintil y decil socioeconómico*
- ▲ *Porcentaje de los gastos mensuales en salud de los hogares en relación a su gasto total*
- ▲ *Prevalencia de enfermedades y condición de salud adversa por quintil y decil socioeconómico*
- ▲ *Uso de servicios esenciales de salud por quintil y decil socioeconómico*
- ▲ *Porcentaje de pobres eximidos de pago por concepto de atención, medicamentos, etc.*
- ▲ *Porcentaje de quintil, cuartil, decil, más pobre cubierto por programas de seguro individuales y colectivos, seguros de salud comunitarios*

Recuadro 7. Evaluación de la equidad vinculando el gasto público con las encuestas de hogares: análisis de beneficio-incidencia

Los análisis de beneficio-incidencia se utilizan para examinar las implicancias distribucionales de las decisiones relativas a la asignación de recursos públicos (Selden y Wasylenko 1992). La metodología consiste en vincular la información relativa al gasto público destinado a los diferentes programas o actividades (hospitales, atención primaria) con microdatos provenientes de las encuestas de los hogares respecto de la utilización de los servicios de salud.

Los análisis de beneficio-incidencia pueden indicar, por ejemplo, que los hogares en el 20 por ciento más pobre de la población constituyen el 30 por ciento de los usuarios de las clínicas de atención primaria, mientras que los hogares del 20 por ciento más rico de la población constituyen sólo el 10 por ciento de los usuarios de las clínicas de atención primaria. Este resultado indicaría que los gastos públicos en atención primaria son progresivos, otorgando mayores subsidios a los pobres que a los no pobres. Tal ha sido el caso de los estudios en Costa Rica (Sauma y Trejos 1990) y Malasia (Hammer, Nabi y Cerone 1992). Si el porcentaje de usuarios fuera el mismo en todos los quintiles –es decir, cada 20 por ciento de la población constituyera 20 por ciento de los usuarios de la atención primaria de salud– la distribución del gasto público sería perfectamente igualitaria (pero no por ello necesariamente equitativa, en caso de que algunos quintiles tuvieran mayores necesidades de salud). Sin embargo, si el porcentaje de usuarios de la atención primaria de salud fuera más alto en el quintil más rico de la población, la distribución de los gastos públicos en la atención primaria de salud sería regresiva, favoreciendo a los no pobres en desmedro de los pobres. Los estudios realizados en Indonesia llegaron a esta conclusión, en gran medida por el sesgo a favor de la atención hospitalaria en las zonas urbanas (van de Walle 1992).

Aun cuando constituye una poderosa herramienta analítica, el análisis de beneficio-incidencia ha sido rara vez utilizado para evaluar la equidad y su relación con los sectores de salud descentralizados, en gran medida debido a los requerimientos de datos y a la necesidad de contar con muestras importantes.

Fuentes:

Selden, T.M. y M.J. Wasylenko. 1992. "Benefit Incidence Analysis in Developing Countries." Documento de trabajo sobre investigación de políticas No. 1015. Washington, DC: Banco Mundial.

Van de Walle, D. 1996. "Assessing the Welfare Impacts of Public Spending." Documento de trabajo sobre investigación de políticas No. 1670. Washington, DC: Banco Mundial.

4.5 Accesibilidad

Las medidas de accesibilidad física apuntan al tiempo y a la distancia que los usuarios deben recorrer para acceder a los servicios de salud. La descentralización puede ayudar a mejorar la accesibilidad física, especialmente en jurisdicciones donde la mayoría de la población vive en zonas rurales, si los planificadores optan por desviar recursos de los centros urbanos más costosos de salud secundaria y terciaria hacia los centros de atención primaria rurales, menos costosos. La descentralización también puede mejorar la accesibilidad física si los planificadores locales usan la información de que disponen acerca de la distribución espacial de sus habitantes para focalizar mejor sus servicios de salud.

El uso de Sistemas de Información Geográfica (GIS, por sus siglas en inglés) permite contar con representaciones cada vez más exactas de la distribución espacial de las poblaciones en relación con la distribución espacial de los establecimientos de salud. Un estudio reciente que se valió de información proporcionada por GIS en Bangladesh, por ejemplo, evidenció que los hogares rurales pertenecientes al quintil más pobre estaban localizados, en promedio, seis kilómetros más lejos del hospital más cercano que los hogares rurales en el quintil socioeconómico más rico (MEASURE *Evaluation* 2003).

La presunción de que todas las personas debieran tener un mismo acceso a los servicios de salud hace caso omiso, sin embargo, de la importancia de ponderar los costos en relación a los beneficios y de la importancia de tomar en cuenta un enfoque de equidad. La distribución óptima de las clínicas dependerá de las elasticidades del tiempo y el precio— la capacidad de respuesta de los individuos ante cambios en distancia (o tiempo) y un mayor uso de servicios de salud— y los costos de construir nuevas clínicas (en relación a usos alternativos de los fondos, incluidos programas de extensión). La distribución óptima de los servicios de salud también dependerá de factores subjetivos no cuantificables como la importancia relativa que una sociedad le confiere al concepto de equidad y a la necesidad de asegurarles un mínimo nivel de atención de salud a los pobres.

También debe tenerse cuidado en no exagerar la importancia del acceso a la salud. Aun cuando el acceso es claramente un factor clave, puede que otras características de los servicios de salud — como el precio y la calidad— o de los individuos —como los niveles de educación, percepciones respecto de la atención de salud, ingreso y riqueza— tengan una mayor influencia que la proximidad física con la atención de salud. Los estudios han demostrado que muchas veces las personas optan por un establecimiento más lejano que les asegure una atención de salud de mayor calidad (Akin y Hutchinson 1999). Los análisis de regresión múltiple (recuadro 11, en la sección 5) permiten sopesar la importancia relativa de las diferentes características individuales, culturales y de salud con respecto a la demanda de atención de salud.

Preguntas clave:

- ▲ ¿Cuán lejos viven los hogares (pobres y no pobres) del establecimiento de salud más cercano, que provea servicios de salud básicos, atención obstétrica de emergencia, planificación familiar, etc.?
- ▲ ¿Cuál es el costo de mejorar el acceso relativo a otras intervenciones que pueden mejorar el uso de los servicios y los resultados en salud?

Indicadores:

- ▲ *Porcentaje de la población (pobre, rural) que vive a X kilómetros de un centro de salud*

- ▲ *Porcentaje de la población (pobre, rural) que vive a X kilómetros de un establecimiento de salud que ofrece servicios específicos (por ejemplo, atención obstétrica, un paquete básico de servicios de atención primaria, planificación familiar y programas de vacunación, transporte de emergencia 24 horas al día)*
- ▲ *Porcentaje de la población que vive a X kilómetros de un hospital*
- ▲ *Número de habitantes por doctor, dispensario, hospital, cama de hospital (por área geográfica)*

4.5.1 Utilización

Puede que la descentralización mejore la calidad y disponibilidad de los servicios públicos de salud, pero esto no garantiza que dichos servicios vayan a ser utilizados. La existencia de ofertas alternativas en el sector privado puede que limite el impacto de las mejoras en cuanto a disponibilidad de servicios en el sector público. Más aún, es preciso que las personas valoren suficientemente los servicios como para estar dispuestas a pagar en tiempo o dinero por su uso.

Los indicadores en esta sección se refieren al uso de los servicios de salud que pueden considerarse como prioritarios en el contexto de un país en desarrollo. Muchos de ellos se obtienen generalmente a través de encuestas generales y estandarizadas, como las Encuestas Demográficas y de Salud (Recuadro 8). Los indicadores deben tomarse como ejemplos. Cualquier indicador de utilización de servicios debe ser adaptado al contexto específico de un país, pero debe ser cuantificable y replicable en otras encuestas.

Preguntas clave:

- ▲ *¿Aumenta la utilización de servicios primarios –aquellos con características públicas o externalidades positivas– como resultado de la descentralización?*
- ▲ *¿Aumenta la utilización de servicios curativos privados como resultado de la descentralización?*
- ▲ *¿Tienen los pobres u otros grupos vulnerables más o menos probabilidades de tener acceso a los servicios en un sistema descentralizado?*

Indicadores:

- ▲ *Porcentaje de niños de entre 12 y 24 meses con todas sus vacunas al día*
- ▲ *Tasa de prevalencia de anticonceptivos en mujeres de entre 15 y 49 años*
- ▲ *Uso de preservativo en último contacto sexual*
- ▲ *Porcentaje de individuos enfermos que solicitan atención curativa a un proveedor de salud moderno (público, privado u ONG)*
- ▲ *Índice de satisfacción del cliente respecto de los servicios públicos*
- ▲ *Indicadores de conocimiento*

Recuadro 8. Encuestas a los hogares y a las comunidades

Para obtener el tipo de información detallada que se requiere para evaluar el impacto de una descentralización sobre los comportamientos y resultados en salud, las herramientas de obtención de datos más poderosas son las encuestas aleatorias realizadas a individuos y a hogares. Estas encuestas recopilan información acerca del uso de los servicios básicos de salud, salud reproductiva, morbilidad y mortalidad recientes y conocimiento, actitudes y prácticas relacionados con los temas más comunes de la salud.

Se han realizado encuestas demográficas y de salud en más de 65 países de bajo y mediano ingreso en el mundo. Estas encuestas utilizan cuestionarios estandarizados que permiten recopilar información sobre las condiciones socioeconómicas, la fertilidad, el uso de anticonceptivos, el conocimiento en materia de planificación familiar, el uso de los servicios de inmunización infantil, la prevalencia de las enfermedades infantiles más comunes y el comportamiento asociado a la búsqueda de tratamiento, la nutrición, la mortalidad y las enfermedades de transmisión sexual señaladas por los individuos y los hogares. En muchos países, los módulos de prestación de servicios también recopilan información acerca de la calidad y disponibilidad de los servicios básicos de atención primaria en las áreas aledañas a los hogares encuestados. Cuando se cruzan los datos de los hogares con los de los establecimientos de salud se dispone de un poderoso mecanismo para evaluar el impacto relativo de la disponibilidad y calidad de los servicios, así como de las características de los individuos y de los hogares, respecto de la posibilidad de que esos servicios sean utilizados.

Otras encuestas comunes son las encuestas de medición de los estándares de vida (LSMS, por su sigla en inglés), que son usualmente realizadas conjuntamente por el Banco Mundial y los departamentos de estadística de los diferentes países, y las encuestas de *cluster* de múltiples indicadores, realizadas por la UNICEF. Aun cuando las LSMS usualmente recopilan información sobre salud proveniente de los hogares, generalmente se centran en los patrones de gasto de los hogares.

Una de las limitaciones más significativas de estas encuestas es que el tamaño de la muestra en instancias locales descentralizadas puede que no sea suficiente para compilar determinados indicadores. Como resultado de ello, puede que se requiera hacer una agregación de los gobiernos locales en las regiones.

Importantes sitios web:

<http://www.measuredhs.com/>

<http://www.worldbank.org/lsmis/>

4.5.2 Participación de la comunidad

La participación de la comunidad muchas veces está directamente relacionada con la sostenibilidad de las reformas de salud. La participación de la comunidad puede ser vista como insumo y como proceso en la producción de salud, proporcionando, por una parte, un mecanismo para la transmisión de información y de las necesidades que deben ser canalizadas hacia los encargados de la salud, y por otra, un mecanismo para que esos mismos encargados de salud respondan por su desempeño. La participación de la comunidad también puede ser vista como un producto o resultado del sistema de salud, al permitir que los ciudadanos tengan opinión en su gobierno, y como un mecanismo para promover las reformas de salud y los objetivos del sistema de salud (Organización Mundial de la Salud 1978). Tal como lo señala un investigador,

La participación puede ser vista como un medio para potenciar las metas de salud en términos de cobertura, acceso y uso efectivo de la atención de salud y mejorar la prevención de las enfermedades. También puede ser concebida como un fin en sí misma,

al establecer redes de solidaridad y confianza dentro de los grupos sociales, formar capacidad institucional, y empoderar a las personas para que entiendan y tengan influencia sobre las decisiones que afectan sus vidas (Loewenson 2000).

Ahora bien, el grado de participación de la comunidad depende de la existencia de instituciones y mecanismos que le den derecho de opinión a los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones. Esto incluye, por ejemplo, la participación en directorios locales de salud, en comités de gestión de las unidades de salud, en los procesos de elaboración de los presupuestos y en los programas de extensión de las comunidades. De no existir instituciones de apoyo y pautas al respecto, los mecanismos de participación de la comunidad pueden transformarse en un simple vehículo para la “captura de poder local” por parte de las élites locales y los grupos de poder. Dos elementos clave a este respecto son la devolución de responsabilidades relevantes a los participantes de la comunidad y la formación de capacidad a nivel local para que la participación de la comunidad tenga un impacto real.

La participación ciudadana en cualquiera de sus formas es un elemento determinante del éxito de una descentralización. Este factor se está transformando en un elemento cada vez más común en los entornos políticos de los países en desarrollo -13.00 unidades de gobierno local son electas hoy en día en América Latina contra sólo 3.000 en 1973- pero esto no significa que el flujo de información no sufra distorsiones. Las políticas de descentralización deben tomar en cuenta las imperfecciones en materia de información y procurar mejorar el grado y nivel de participación ciudadana en la acción de los gobiernos locales. La capacidad de respuesta de los gobiernos locales, uno de los principales fundamentos de una descentralización, no puede potenciarse si no existen mecanismos para transferir la información entre el gobierno local y sus constituyentes (Seddon 1999, p. 18)

Preguntas clave:

- ▲ ¿Qué estructuras existen para supervisar los establecimientos de salud locales? ¿directorios de salud? ¿comités de gestión de las unidades de salud?
- ▲ ¿Cómo se seleccionan los representantes de la comunidad para que participen en los comités de gestión?
- ▲ ¿Las instituciones de presentación local permiten la participación de todos los grupos o promueven que sean manejadas por la élites locales?

Indicadores:

- ▲ *Existencia de directorios de salud locales, compuestos por representantes de la comunidad*
- ▲ *Existencia de directorios en los establecimientos de salud locales, compuestos por representantes de la comunidad*
- ▲ *Existencia de procesos claramente definidos para la selección de representantes de la comunidad en los directorios de salud locales y en los directorios de los establecimientos locales*
- ▲ *Medición del grado de adhesión a los principios de selección*

4.6 Impacto: Resultados en salud

En esta sección se señalan algunos indicadores de salud que pueden ser utilizados para monitorear cambios en el estado de salud de las poblaciones en el contexto de sistemas descentralizados de salud, en otras palabras, para medir la eficacia y el impacto de los programas de salud y de la descentralización. Estos indicadores son importantes para llevar a cabo evaluaciones de impacto de los programas de descentralización. La información puede ser obtenida a partir de datos epidemiológicos y resultados de salud a nivel individual y de diferentes muestras obtenidas en las jurisdicciones descentralizadas.

El objetivo central de una descentralización, al igual que la mayoría de las reformas en los países en desarrollo, es mejorar la salud y el bienestar de la población. Medir los cambios en salud y el bienestar de las poblaciones supone contar con datos detallados sobre los comportamientos en salud los resultados en salud de estas poblaciones. Los indicadores clave de los resultados de los servicios de salud incluyen los índices de mortalidad, al nacer, infantil y adulta, el estado nutricional, los resultados en salud infantil, las tasas de inmunización, la prevalencia de VIH/SIDA, etc.

Preguntas clave:

- ▲ ¿Mejoran los resultados en salud en un sistema descentralizado?
- ▲ ¿Mejoran los resultados en salud para los pobres en un sistema descentralizado?
- ▲ Fuentes de datos: Encuestas epidemiológicas, registros de pacientes, encuestas a los hogares encuestas nacionales y cualquier otra evaluación que exista.

Indicadores

- ▲ *Prevalencia de enfermedades en adultos y niños*
- ▲ *Prevalencia de enfermedades en niños menores de 5 años*
- ▲ *Prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años*
- ▲ *Fertilidad total*
- ▲ *Prevalencia de síntomas de enfermedades de transmisión sexual*

5. Cómo preparar un plan de monitoreo y evaluación

Las definiciones anteriores y el marco conceptual pueden utilizarse para desarrollar un marco de trabajo por etapas para el diseño y la ejecución de un plan de monitoreo y evaluación de la descentralización. El marco de trabajo por etapas comprende varios elementos, entre ellos: (1) definir la naturaleza, el cronograma y los objetivos del proceso de descentralización, (2) identificar los indicadores clave y desarrollar un plan de evaluación de necesidades de datos, (4) recopilar datos (no rutinarios) adicionales, (5) analizar los datos para evaluar el impacto de una política de descentralización, y (6) difundir los resultados para revisar la política y mejorar el desempeño. El marco de trabajo por etapas está emparentado con aquel utilizado en otras guías para el monitoreo y la evaluación (Bertrand, Magnani y Rutenberg 1996).

Paso 1. Definir el tipo, la naturaleza, el cronograma y los objetivos de la descentralización

El paso inicial en un proceso de monitoreo y evaluación es identificar cuáles son las responsabilidades que se descentralizan, a quién y a qué nivel de organización, los objetivos (eficiencia, equidad, calidad, etc.) de la descentralización, el cronograma, y los mecanismos de apoyo (nuevos ministerios y organismos, leyes, estructuras organizacionales). En esta etapa inicial se diseña la estructura completa del plan de monitoreo y evaluación, recopilándose toda la información necesaria para determinar las áreas en que debe centrarse la acción. El objetivo central de esta etapa es entregar antecedentes acerca del proceso de descentralización. El foco puede ser amplio, pero el objetivo central debe ser recopilar el máximo de información acerca de la política de descentralización y de sus objetivos.

Un componente importante de este paso inicial es determinar el cronograma y la cobertura de la ejecución del proceso de descentralización: ¿la descentralización se llevará a cabo en todas las regiones simultáneamente o se desarrollarán preliminarmente experiencias piloto en algunas regiones? Si es así, ¿cómo se determinará cuáles son las regiones que deben seleccionarse preliminarmente? ¿sobre la base de diferencias (cuantificables) en capacidad, determinación política, recursos financieros o en función de una selección aleatoria?

Otro componente importante de este paso inicial es determinar cuáles son los objetivos específicos del programa de descentralización. En los documentos de política, puede que estos objetivos sean vagos –mayor participación de la comunidad, mayor ingerencia de la ciudadanía, más autonomía local. Los investigadores y evaluadores tendrán que definir indicadores que permitan medir estos componentes. Se pueden establecer comparaciones entre cómo está funcionando el programa, cómo debería funcionar y qué avances se han logrado en aras de cumplir las metas de la descentralización.

Puede que en esta etapa sea necesario un estudio para identificar los grupos de interés y los poderes fácticos que serán o se han visto afectados por la ejecución o el cambio de política. En el

sistema de salud, estos grupos de interés muchas veces incluyen a los consumidores, los grupos comunitarios, las compañías de seguro, los proveedores públicos y privados, los administradores de establecimientos y del sistema de salud el personal ministerial y los encargados electos. Durante el desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación, el análisis de los grupos de interés también debe identificar a todos los grupos que presumiblemente se encargarán del monitoreo y la evaluación de los cambios en el sistema de salud. Una vez identificados, se obtiene información acerca de esos grupos a través de entrevistas, grupos de enfoque, reuniones de consulta y de búsqueda de consenso, y actividades de promoción y toma de conciencia acerca de tópicos relacionados con la salud. A partir de esto se puede establecer cuáles son los grupos que apoyan y cuáles se oponen a estas iniciativas y desarrollar estrategias para lograr consensos, integrar ideas y para ganar más apoyo para el plan de monitoreo y evaluación entre todos los grupos de interés.

Este paso también implicara revisar documentos clave del sector de la salud, tanto a nivel nacional como local. Esto puede significar examinar estadísticas clínicas, informes administrativos, entre ellos registros financieros, de inventario, y de personal, agendas, correspondencia, informes oficiales y otros documentos. Los documentos también pueden proporcionar un contexto histórico para el desarrollo de programas y políticas. Ahora bien, los datos obtenidos pueden ser inexactos, no representativos, incompletos o inaccesibles por múltiples razones.

Recuadro 9. Análisis de la división de responsabilidades y grado de control: el marco para el espacio de decisiones

El marco para el espacio de decisiones apunta a determinar las responsabilidades que le corresponden a las diferentes instancias de gobierno e indicar el nivel de control que cada instancia tiene sobre esas responsabilidades. (Bossert 2000b). Esquematiza diferentes áreas de responsabilidades que pueden asignarse al nivel local en cinco categorías y catorce subcategorías (véase Anexo E). Éstas incluyen:

Funciones financieras y de gastos: fuentes de ingreso, asignación de gastos, tarifas

Funciones relacionadas con la organización de servicios: autonomía hospitalaria, planes de seguro, mecanismos de pago, programas y servicios requeridos, programas verticales e insumos y logística)

Funciones relacionadas con recursos humanos: salarios, contratos, función pública

Funciones relacionadas con el acceso

Funciones relacionadas con la gestión pública

Dentro de las cinco categorías principales y las catorce categorías secundarias, las autoridades locales son evaluadas según el grado de control que tienen sobre funciones específicas –limitado, moderado o amplio. En casos de control “limitado”, por lo general las autoridades centrales mantienen el control sobre esas funciones. En casos de control “amplio”, las autoridades locales tienen un control completo o casi completo.

La aplicación de esta metodología en América Latina varió considerablemente entre diferentes países en cuanto al nivel de flexibilidad conferido a los municipios locales para diferentes funciones. Chile, Colombia y Bolivia tendieron a tener un amplio control en materia de contratación de servicios privados y gestión pública, control moderado en materia de asignaciones financieras y muy poco control en materia de recursos humanos, prestación de servicios y focalización de programas prioritarios, que siguieron bajo control central. (Bossert 2000a).

Paso 2. Identificar indicadores clave y desarrollar un plan de evaluación de necesidades de datos

El segundo paso consiste en identificar los indicadores clave que son cuantificables y vincularlos con un plan de evaluación de disponibilidad y requerimientos de datos. Los indicadores deben estar claramente relacionados con los objetivos de la descentralización, ser comparables en el tiempo, priorizar necesidades de información y cubrir aspectos clave del proceso de descentralización. Es importante identificar indicadores que le permitan a los encargados de la elaboración de políticas determinar si el programa de descentralización se está encaminando hacia los objetivos establecidos o ha cumplido con ellos. Esto significa que los indicadores deben incluir información detallada acerca de los insumos de los programas, avances en los procesos, resultados intermedios y, para efectos de la evaluación, resultados claves en salud.

Este paso también implica identificar los recursos disponibles en materia de monitoreo y evaluación; identificar el personal clave y la capacidad humana requerida para efectuar las tareas de monitoreo y evaluación, procesamiento de datos y análisis estadísticos y determinar el tipo de investigación requerida para medir el impacto y los avances de la descentralización. Puede que parte del personal clave ya se encuentre desarrollando programas rutinarios y monitoreo de desempeño en el contexto de sistemas de gestión. Para otros aspectos del análisis, específicamente para las evaluaciones de impacto, puede que sea necesario contratar especialistas de centro académicos y universidades. Las encuestas demográficas requieren mucha experiencia técnica y muchas veces son realizadas con empresas locales contratadas a partir de insumos proporcionados por instituciones académicas y universidades.

La evaluación de requerimientos de datos supone vincular los indicadores con datos existentes y recopilados de manera rutinaria con nuevas fuentes de datos provenientes de análisis sobre los grupos de interés, las encuestas demográficas u otras fuentes. En el Anexo E se detallan algunas de las fuentes clave de información para el monitoreo y la evaluación de la descentralización en diversas áreas clave. Los datos se reagrupan en actividades que son parte de los sistemas de información rutinarios o que provienen de procesos especiales de obtención de datos o encuestas periódicas. Los sistemas rutinarios de monitoreo generalmente incluyen datos acerca de los flujos de pacientes en las clínicas y los hospitales públicos, los gastos gubernamentales a través de negociaciones de elaboración de presupuesto obtenidas públicamente, y procedimientos de manejo de bodega e inventario. Los sistemas rutinarios de información de la salud (Recuadro 10), por ejemplo, proporcionan datos a los planificadores locales de la salud acerca de los flujos de pacientes a través de los diferentes tipos de atención de salud, y sobre una gran variedad de áreas de desempeño. Otras herramientas, como las encuestas de hogares o los estudios detallados de costos, se realizan normalmente con menor frecuencia y para otros fines que la evaluación de los procesos de descentralización.

Muchas de las herramientas de obtención de datos son comunes en las categorías de indicadores generales descritas anteriormente. Las entrevistas a informantes clave, por ejemplo, pueden servir para recopilar potencialmente información sobre resultados de política y sobre el grado y tipo de participación de la comunidad. Las encuestas generales a los hogares, por su parte, entregan una de las principales fuentes de datos para medir los avances en materia de salud, que es la meta de la mayoría de las reformas de salud. Las encuestas a los establecimientos de salud proporcionan información sobre insumos técnicos y sobre la calidad de la atención de salud.

También puede obtenerse alguna información rutinaria acerca del desempeño del sistema de salud a través de representantes comunitarios que utilicen sistemas de recopilación de datos

cualitativos. Los informes periódicos sobre el desempeño de las clínicas locales permiten detectar diferencias en el cumplimiento de los estándares establecidos y proporcionar mecanismos adicionales de responsabilización que ayuden a mejorar el desempeño de las clínicas.

Muchas de las herramientas de recopilación de datos para el monitoreo y la evaluación generalmente se encuentran cada vez más disponibles en los países en desarrollo, pero generalmente no son usadas para evaluar específicamente procesos de descentralización. La vinculación de diferentes fuentes de datos es lo que proporciona la fortaleza –y también la dificultad– de realizar un monitoreo y una evaluación adecuados de los programas de descentralización. Por ejemplo, la vinculación de datos acerca de los gastos del sector público, provenientes de los ministerios de finanzas y de salud, con datos de las encuestas a los hogares es una práctica relativamente reciente y poco común en los programas de evaluación. Su objetivo ha sido inicialmente evaluar el beneficio versus la incidencia de los gastos públicos. Sin embargo, estos análisis pueden ser extremadamente útiles para determinar la eficacia de los recursos destinados a mejorar los comportamientos y los resultados en salud.

Los programas de descentralización, al igual que varias reformas al sector de la salud, afectan al sector de la salud en varios niveles – planificación y asignación de recursos, disponibilidad y calidad de los servicios en los establecimientos de salud, y, en última instancia, a nivel individual. En suma, los programas de monitoreo y evaluación requieren datos recopilados desde múltiples ángulos del sector de la salud.

Recuadro 10. Sistemas rutinarios de información de la salud

La información rutinaria de salud se define como “la información que se obtiene en intervalos regulares del año o en períodos menores, a través de mecanismos diseñados para responder a necesidades predecibles de información” (Wilson et al. 2001). Las fuentes de información usualmente utilizadas para diseñar un sistema de gestión de datos rutinarios sobre salud incluyen las estadísticas de los servicios de salud, datos administrativos, datos epidemiológicos y de inspección, datos sobre iniciativas de salud basadas en la comunidad y datos sobre eventos vitales. Junto con servir como herramienta de monitoreo clave entre el proveedor y el paciente en el punto de contacto, esta información constituye un medio para documentar la prestación de servicios, la administración y el financiamiento, la morbilidad, las muertes y los nacimientos e información sobre salud pública. Al empoderar a los administradores y tomadores de decisiones a todos los niveles con información sistemática y regular, los sistemas de información rutinaria en salud apoyan y mejoran la prestación de servicios, el control de enfermedades y el monitoreo del desempeño (Wilson et al. 2001; Sapirie 2001). El seguimiento de los gastos, el monitoreo del desempeño y la evaluación respecto del uso de los servicios y de la cobertura son componentes de los sistemas de información rutinaria de salud y puede ser de gran ayuda para orientar la asignación de recursos y las decisiones de políticas. Dentro de las comunidades, estos sistemas promueven un mayor poder de decisión local, ayudan a identificar las poblaciones destinatarias y sirven como enlace entre los trabajadores de la salud pública y la comunidad. Los sistemas de información rutinaria de salud también han facilitado el proceso de traspaso de responsabilidades, tal como se ha observado en Kenia, Zambia y Baluchistan (Sapirie 2001).

Los sistemas de información rutinaria de salud muchas veces se asocian con determinados problemas. En primer lugar, puede que no hayan sido introducidos o diseñados por los proveedores de servicios sino por instancias superiores del sistema de salud o por organismos cooperantes. Esto muchas veces se traduce en indicadores definidos por fuentes externas, exceso de datos a recopilar por el personal local, recopilación paralela de datos dentro de los establecimientos y el resto del sistema de salud, cantidades importantes de datos que no son utilizados y requerimientos poco claros en materia de presentación (Sapirie 2001).

Los sistemas de información rutinaria de salud a veces también adolecen, al igual que muchas otras fuentes de datos, de información limitada o de baja calidad. Estos sistemas generalmente recopilan información sólo de los usuarios de los establecimientos de salud, omitiendo información de las personas que no tienen acceso a tratamiento o de pacientes que se atienden en el sector privado. Los datos demográficos muchas veces son mal presentados. Más aún, aun cuando puede que la información sobre los flujos de pacientes esté claramente presentada, generalmente no se incluyen antecedentes, especialmente relacionados con el estado socioeconómico.

También puede que sea costoso el arranque y la mantención de sistemas de información de salud. La inversión en computadores y programas de procesamiento de datos y el equipamiento para los sistemas rutinarios de información de salud han supuesto nuevos problemas, tales como los costos iniciales y de mantención, no disponibilidad de piezas de repuesto, capacitación local inadecuada y comunicación defectuosa entre los usuarios y el equipo de apoyo técnico (Sapirie 2001; Wilson et al. 2001).

Importantes sitios web: <http://www.rhinonet.org>

Idealmente, el plan de requerimiento de necesidades de información para monitorear las reformas de descentralización debe desarrollarse antes del inicio de dichas reformas. Esto permitirá contar con: (1) claridad respecto de los requerimientos en materia de datos y con esquemas de investigación que permitirán que se contesten las preguntas apropiadas, y (2) comparaciones antes y después de la descentralización. Ahora bien, puede que esto no sea posible, especialmente si el proceso de descentralización ha sido impuesto desde fuera del sector de la salud. Sea como sea, deben evitarse decisiones precipitadas con respecto a los tipos de investigación. Algunas herramientas de evaluación y de obtención de datos pueden ser costosas; por ello los planes deben priorizar determinados tipos de esquemas de recolección de datos y ser explícitos acerca del uso que se le va a dar a esa información.

Paso 3. Establecimiento de un diseño de investigación para una evaluación de impacto

El monitoreo de un programa de descentralización implica el seguimiento de indicadores cuantificables y coherentes a lo largo del tiempo para determinar los progresos que se perciben dentro de un sector de salud descentralizado. La evaluación de impacto, por otra parte, es un proceso más complejo que el monitoreo, tanto en la cantidad de datos requeridos como en la complejidad de los análisis que supone, puesto que busca determinar no sólo lo que ocurrió sino también por qué y cómo ocurrió. Por este motivo, los investigadores tienen que contar con abundante material de información acerca de todos los factores que pueden influir sobre un resultado, no solamente el programa. Un programa de descentralización, por ejemplo, puede ser ejecutado simultáneamente con otros fenómenos que influyen sobre el sector de la salud, tales como un rápido crecimiento económico, mejores sistemas educacionales que permiten contar con una fuerza laboral más productiva y consumidores más informados, reestructuración del sector público o reforma de la función pública.

Los diseños de las investigaciones sobre evaluación de impacto están determinados por la cobertura del programa, a saber, si el programa cubre a una población entera (cobertura completa) o sólo a subgrupos y subregiones de una población (cobertura parcial). Los programas que cubren sólo un segmento de la población dan pie a que se realicen diseños de evaluaciones experimentales o cuasi experimentales con comparaciones entre esas regiones o gobiernos locales que cuentan con un programa y las que no. Desde la perspectiva de una evaluación de impacto, el estándar más alto para examinar el impacto de la descentralización sería asignar de manera aleatoria las unidades de análisis –regiones, gobiernos locales, poblaciones- a grupos de control y grupos experimentales. Para una evaluación de impacto de una descentralización, los grupos de “tratamiento” involucrarían a los gobiernos locales a los cuales les han sido conferidas ciertas responsabilidades, mientras que los grupos de “control” incluirían gobiernos locales a los cuales no les han sido conferidas ciertas responsabilidades. Con una muestra lo suficientemente amplia de gobiernos locales y un procedimiento de selección aleatoria adecuado, los gobiernos locales, en promedio, en grupos de “tratamiento” descentralizados y grupos “de control” no descentralizados serían idealmente idénticos en todo salvo en lo que respecta a ser o no ser descentralizados.

Si no se utiliza una selección aleatoria, esto puede traducirse en un **sesgo de selección**. Si se seleccionan los gobiernos locales que van a ser descentralizados, por ejemplo, sobre la base de una mejor capacidad humana o institucional, puede que la muestra de gobiernos locales descentralizados sea cualitativamente y cuantitativamente diferente de la muestra de gobiernos no descentralizados al punto de sesgar los resultados de la evaluación. Puede que las jurisdicciones descentralizadas tengan mejores resultados precisamente porque tiene una mayor capacidad humana e institucional y no porque estén descentralizados, aun cuando el hecho de estarlo claramente va a ser asociado con la obtención de mejores resultados.

En realidad, sin embargo, estos diseños experimentales controlados son muchas veces imposibles de realizar, ya sea por razones políticas o porque otras áreas deben ser monitoreadas prioritariamente. Puede que no sea factible realizar una política de descentralización en algunas regiones sin hacerlo en todas. Si la descentralización es llevada a cabo en algunas regiones y no en otras, puede que los planificadores de la salud prefieran desarrollar esta política primero en áreas con fuerte capacidad humana e institucional y esperar a que las restantes regiones aumenten su capacidad humana e institucional antes de emprender una descentralización. Esta selección, aun cuando puede ser razonable, puede que sesgue aquellas evaluaciones mal diseñadas.

Como alternativa a los diseños experimentales, pueden utilizarse diseños cuasi experimentales para realizar comparaciones entre entidades descentralizadas y no descentralizadas – gobiernos descentralizados, hospitales semi autónomos o clínicas con influencia de la comunidad o poblaciones con gobiernos locales. Aun cuando estos diseños no tienen la ventaja de tener una asignación aleatoria de los grupos descentralizados de tratamiento y los no descentralizados/de control, se pueden hacer controles estadísticos para aquellos factores observables que pueden explicar las diferencias no relacionadas con el proceso de descentralización. Muchos métodos de investigación entran en la categoría de diseños cuasi experimentales –diseños regresivos y de discontinuidad, grupos de control parejos “construidos”, o técnicas más rigurosas de regresión multivariada con grupos de control comparados estadísticamente en los cuales se utilizan controles estadísticos – ingreso, nivel de educación, fraccionalización étnica, etc. – para ajustar otros factores no aleatorios y observables que influyen en los resultados. (Rossi, Freeman y Lipsey 1999).

Los programas de cobertura total, por su parte tienen que apoyarse en diseños no experimentales con evaluaciones de tendencias periódicas o diferencias en los resultados vinculadas con diferentes intensidades en los programas. Si un programa de descentralización tiene que cubrir un país entero o una región, sin dejar áreas que puedan servir como control, las evaluaciones y comparaciones se hacen más difícil. Estas últimas tienen claras limitaciones puesto que los cambios observables pueden atribuirse a muchos factores. Se pueden efectuar comparaciones si las medidas de descentralización– por ejemplo, el grado de control fiscal– pueden ser cuantificadas y el grado de profundidad del proceso de descentralización varía según las regiones o jurisdicciones. Se pueden utilizar encuestas transversales para medir los impactos de diferentes intensidades de programas de descentralización sobre resultados focalizados. Los controles estadísticos pueden utilizarse para controlar otros factores que pueden influir sobre los resultados. Si estas encuestas se realizan en múltiples puntos a lo largo del tiempo, por ejemplo se realizan encuestas de panel, se pueden realizar análisis considerablemente más solventes. Ahora bien, si se está llevando a cabo un programa de descentralización uniforme en todas las regiones, se pueden realizar análisis de series temporales, observando las tendencias en mediciones reiteradas de resultados de salud antes, durante y después de la ejecución del programa de descentralización. Éstas, sin embargo, probablemente plantearán serios problemas en términos de tendencias de largo plazo u otros factores externos (Rossi, Freeman y Lipsey 1999; Rehle y Hassig 2001; Adamchak et al. 2000).

Un diseño de investigación sólido también implica generalmente una recopilación periódica y comparable de datos en diferentes momentos antes, durante y después de las intervenciones. Para las evaluaciones de los programas de descentralización, las series temporales y los estudios de panel son considerablemente más efectivos que las evaluaciones que examinan una instantánea de la descentralización en un momento dado. Esto se debe a que son muchos los factores que pueden moldear una situación en un momento particular y es sólo a través de observaciones repetidas que se puede distinguir la influencia singular de reformas como la descentralización.

En Uganda, por ejemplo, el proceso de descentralización ha coincidido con muchos otros cambios en el país: crecimiento económico y liberalización, reforma de la función pública, paz relativa, y reconstrucción tras más de una década de guerra civil. Producto de ello, ha sido difícil atribuir los cambios en los resultados a factores específicos.

En suma, la solidez y validez estadística de las evaluaciones de impacto está determinada por la jerarquía de los diseños de las investigaciones, desde aquellas que adoptan diseños experimentales con participación aleatoria hasta aquellos observacionales y no experimentales, pasando por diseños cuasi experimentales con controles estadísticos para evitar muestras aleatorias.

Paso 4. Recopilar datos adicionales

Muy pocas veces se encuentra disponible toda la información necesaria para una evaluación a fondo de un programa de descentralización o bien sucede que esta información se encuentra en un formato que no permite su uso inmediato para un análisis. Las encuestas de hogares a nivel nacional, que proporcionan información clave sobre una variedad de programas de salud, son costosas y por ende fuera del alcance de muchos países en desarrollo, si se pretende realizarlas una vez al año. En general, también es muy poco probable que sean diseñadas específicamente para evaluar procesos de descentralización. Aun así, las encuestas periódicas (cada 3 a 5 años), como las encuestas demográficas y de salud, son cada vez más comunes en los países en desarrollo. Muchas de estas encuestas, sin embargo, aun cuando son nacional o regionalmente representativas (urbanas, rurales, del norte, sur, este, oeste), generalmente operan con muestras que no son lo suficientemente grandes como para analizar temáticas a nivel de las unidades descentralizadas (distrito o provincia).

Las encuestas de hogares requieren cierta capacidad técnica muchas veces no existente en los ministerios de salud. En algunos casos, lo más fácil es subcontratar empresas especializadas en encuestas o aprovechar los esfuerzos de obtención de datos de otros organismos ajenos al sector de la salud. Las encuestas anuales en Uganda, por ejemplo, realizadas por la Oficina de Estadísticas, examinan los esquemas de ingresos y de gastos de los hogares para monitorear la pobreza, pero también contienen información muy valiosa acerca del uso de los servicios de atención de salud para los problemas básicos de salud (enfermedades, vacunas, salud materna) y resultados clave en salud. En otros países los donantes han optado por contratar a organismos externos para que recopilen datos demográficos relacionados con el impacto de sus programas (MEASURE *Evaluation* 2003).

Puesto que la descentralización generalmente coincide con esfuerzos por formar capacidad técnica y de recopilación de información, es probable que las iniciativas para evaluar la descentralización estén supeditadas al establecimiento de nuevos sistemas de monitoreo, como son los sistemas rutinarios de información para la gestión de la salud y el desarrollo de sitios de vigilancia para la obtención de datos epidemiológicos. Esto puede complicar las evaluaciones, puesto que los cambios en la medición de los resultados en salud a veces reflejan mejoras en la calidad de la información en lugar de mejoras en salud.

Paso 5. Análisis

Los análisis de la descentralización dependerán de los recursos financieros disponibles para realizar evaluaciones, la capacidad de ejecutar diferentes tipos de análisis, el cronograma para realizarlos y la factibilidad de diferentes esquemas de investigación (experimentales y no experimentales).

Idealmente el monitoreo y la evaluación, incluidos la obtención y el análisis de los datos, deben constituir aproximadamente 5 por ciento del presupuesto de un programa o de la salud. En los países donde existe cierta urgencia por atender ciertas necesidades básicas en materia de atención de salud, puede que el monitoreo y la evaluación sean considerados como elementos no prioritarios y que, por ende, los recursos para este efecto sean escasos.

Muchas veces los esquemas de investigación están marcados por limitaciones políticas – la posibilidad de usar grupos comparativos o diseños de cobertura parcial– y por limitaciones fiscales – la factibilidad de financiar una recopilación más exhaustiva de datos. Los analistas pueden verse limitados a ciertas fuentes de datos, que obliguen a establecer determinadas hipótesis o que permitan conclusiones con muchas condicionalidades.

Los bajos salarios del sector público muchas veces también limitan la capacidad técnica, tanto a nivel de gobierno local como de gobierno central, de llevar a cabo rigurosas evaluaciones de impacto, ya que las personas con capacidades técnicas avanzadas tienden a ser captadas por organismos de donantes o por oportunidades de trabajo en el extranjero. Puede que la capacidad local sólo esté disponible en las universidades y otras instituciones académicas, tal vez dentro de las escuelas de salud pública o los departamentos de estudios demográficos o estadísticos.

La descentralización también es generalmente un proceso de largo plazo. Los resultados – especialmente los impactos sobre la salud – puede que no sean detectables en las etapas preliminares del proceso de descentralización o que lo sean de manera diferida.

Existen muchos paquetes de software estadístico para el análisis de datos. Los más comunes entre los científicos sociales e investigadores en salud pública son Epi-Info, SAS, Stata y SPSS. Estos paquetes de software contienen varias funciones estadísticas básicas para realizar análisis sencillos, como son los análisis simples de variables, o análisis más complicados de regresión multivariada. Históricamente, los análisis cuantitativos más sofisticados estaban limitados por la capacidad de los computadores, situación que ya ha sido históricamente superada. Hoy, los análisis tienden a verse limitados exclusivamente por el capital humano.

Recuadro 11. Análisis de regresión multinivel con encuestas a los hogares y a los establecimientos

Para evaluar el impacto de diferentes factores, como los resultados de la descentralización (por ejemplo, un uso mayor o más equitativo de los servicios de salud) un método común de estudio es el análisis de regresión multivariado o el análisis de múltiples niveles. El análisis de regresión multivariado procura medir la relación entre un resultado o una variable dependiente (por ejemplo, el uso de anticonceptivos, la fertilidad, el uso de servicios preventivos de salud) y un conjunto de variables potencialmente explicatorias o independientes (por ejemplo, la riqueza, la educación, el estado civil, la cercanía con un centro de salud). En las evaluaciones de los programas de salud y de los sistemas de salud en los países en desarrollo, las variables de resultado y explicatorias generalmente provienen de las encuestas a los hogares. La ventaja de los análisis de regresión es que se puede controlar simultáneamente múltiples factores que afectan variables dependientes.

El análisis de regresión es particularmente importante para las evaluaciones que utilizan diseños cuasi experimentales en los que los participantes –individuos, gobiernos locales descentralizados, establecimientos de salud– no son seleccionados de manera aleatoria. El análisis de regresión permite observar diferencias cuantificables en participantes seleccionados de manera no aleatoria para incluirlas en modelos junto con las mediciones sobre cobertura de los programas. Por ello, el análisis de regresión, bajo ciertas condiciones, permite calcular el impacto de la descentralización al margen de otros factores que pudieran potencialmente distorsionar el resultado.

A continuación se detallan algunos ejemplos de análisis de regresión:

Los efectos sobre la utilización de servicios de salud que tiene el hecho de pertenecer a un distrito descentralizado o a un distrito con mayor autonomía en relación con el hecho de vivir en un distrito no descentralizado o con menor autonomía

Los efectos de la descentralización sobre los resultados en salud, la eficiencia técnica y de asignación de recursos y otros objetivos deseables de la descentralización para verificar tendencias de largo plazo

los efectos marginales de los gastos públicos en diferentes programas (atención primaria *versus* atención secundaria) para diferentes grupos socioeconómicos (análisis de beneficio-incidencia marginal)

estimaciones de la eficiencia técnica y económica de las clínicas públicas autónomas o de las clínicas en los distritos descentralizados en relación con las clínicas públicas centralizadas.

Un estudio sobre descentralización en Uganda utilizó un análisis de regresión multinivel para medir el impacto del gasto público en salud sobre los comportamientos en materia de atención de los servicios de salud en las localidades descentralizadas (Hutchinson, Akin, y Ssengooba 2002). El análisis evidenció un fuerte impacto de las iniciativas gubernamentales en el uso de servicios de atención curativa pero poco efecto sobre los servicios de vacunación, atención prenatal y acceso a agua potable y sanitización. Específicamente, en materia de atención curativa para niños y adultos, los mayores gastos *per cápita* se asociaron con la posibilidad de que las personas enfermas pudieran recibir atención curativa. Un mayor presupuesto a los programas de salud materno-infantil y a los bienes privados se asoció en general con una mayor posibilidad de que los niños enfermos recibieran atención curativa.

Otros tópicos: selección de muestra y descentralización endógena, focalización de programas

Fuentes de utilidad sobre análisis de regresión: J. Wooldridge 2003; Maddala 1998 y 1983; Johnston y DiNardo 1997. Fuentes de utilidad sobre análisis de multinivel: Angeles y Mroz 2001.

Paso 6. Disseminación de los resultados

El paso final en el trabajo de monitoreo y evaluación es presentar los resultados en un formato que maximice su potencial para influir sobre determinadas políticas y que permita extraer conclusiones claras que puedan ser incorporadas en los diferentes programas. Esto muchas veces supone presentar

análisis técnicamente complejos en un formato fácilmente asimilable por personas que no sean tecnócratas o individuos de diferentes orígenes educacionales. Por ello, la difusión se debería centrar en resultados clave con referencias a análisis y metodologías más complejas. Muchas veces conviene recurrir a especialistas en comunicación para que desarrollen estrategias de difusión de los resultados a los diferentes grupos en diferentes foros.

Un paso final (y continuo) en el esfuerzo de monitoreo y evaluación es utilizar los resultados para evaluar la política de descentralización, corregir flaquezas en las estructuras y los procesos vigentes, suprimir obstáculos en aras de generar impactos y resultados eficaces, y compartir la información con terceros que se encuentren desarrollando procesos similares.

Idealmente, la difusión de resultados debe realizarse a través de presentaciones orales dirigidas a los planificadores y elaboradores de políticas de salud a nivel de gobierno central y local, para que estos resultados puedan ayudarlos a mejorar al funcionamiento del sector de la salud descentralizado. Los resultados también deben difundirse entre los grupos de interés y todos aquellos grupos que pueden producir cambios. Estas presentaciones pueden centrarse en un par de resultados clave, con mención a áreas donde la descentralización ha tenido éxito y otras que requieren ajustes y mejoras. Dependiendo de la audiencia, las presentaciones orales pueden ser muy técnicas, discutiéndose los métodos de obtención de datos, los diseños y análisis de las investigaciones, o limitarse a aspectos no técnicos para que puedan estar al alcance de todas las personas. En ese escenario, se puede remitir a las personas a informes escritos más detallados y complejos.

Los informes escritos deben especificar los métodos de investigación utilizados, tipos de datos obtenidos y de análisis llevados a cabo. Los apéndices pueden utilizarse para presentar resultados más técnicos. Un informe tipo puede incluir los siguientes capítulos:

1. Fundamentos de la descentralización, antecedentes e historia
2. Descripción del plan de evaluación: métodos y fuentes de datos
3. Análisis de los grupos de interés: percepciones acerca de los impactos de la descentralización
4. Análisis de la asignación y de los flujos de recursos
5. Eficiencia en la entrega de servicios: cambios en los costos de prestar servicios, antes, durante y después de la descentralización
6. Utilización de los servicios de salud: Análisis de tendencias y uso de los servicios de salud por región geográfica
7. Análisis de tópicos relacionados con la equidad
8. Sugerencias para el seguimiento

La difusión de los resultados también debiera inscribirse dentro de un cronograma para la revisión de políticas, un plan para obtener más datos y revisar los sistemas de información y sugerencias para futuras evaluaciones.

6. Monitoreo y evaluación de la descentralización: una agenda para el futuro

En esta guía hemos procurado destacar algunos de los temas clave de la descentralización, relacionados con el monitoreo y la evaluación de la descentralización como proceso y como conjunto de intervenciones. Hemos examinado el papel de la descentralización en la introducción de cambios en materia de autoridad, transparencia, capacidad y flujos de información, con el único objetivo de mejorar los resultados en salud. También hemos presentado algunos indicadores y fuentes comunes de información para obtener datos acerca de estos indicadores. Asimismo, hemos establecido un marco muy general para desarrollar un plan de monitoreo y evaluación por etapas de la descentralización.

La experiencias de varios países nos indica que la relación entre descentralización y el logro de resultados mejores y más equitativos no es en absoluto lineal. Esto se debe en parte a la falta de información y de estudios que cuenten con un sólido marco de investigación que permitan establecer conclusiones definitivas acerca del impacto de los procesos de descentralización. Muchos estudios existentes son descriptivos y enuncian los principales cambios. Aun cuando pueden ser clave para monitorear y describir experiencias de descentralización, generalmente carecen de la capacidad de vincular los cambios con resultados e impacto.

La investigación científica acerca del monitoreo y la evaluación de los procesos de descentralización cuenta cada vez con más herramientas. Los donantes internacionales son cada vez más requeridos de documentar avances y logros en sus programas y cada vez más exigentes en cuanto a que los países rindan cuentas por los fondos recibidos. Puesto que las reformas de descentralización se han vuelto cada vez más comunes, cabe esperar que las evaluaciones acerca de sus efectos también lo sean en el futuro.

La presentación anterior nos lleva a formular varias recomendaciones para futuros estudios sobre descentralización, sus insumos, cambios y resultados:

- ▲ *Diseño de las investigaciones:* Se debe prestar mucha atención al diseño de las investigaciones. Aun cuando el diseño de grupos experimentales o de control aleatorios son descartados por las fuerzas políticas y sociales, se debe procurar emplear metodologías científicas en las evaluaciones de los procesos de descentralización. Esto permitirá obtener resultados replicables, conclusiones definitivas y pautas que podrán ser utilizadas en diferentes escenarios.
- ▲ *Indicadores:* Muchos de los indicadores propuestos en esta guía para monitorear los efectos de la descentralización son indicadores estándares utilizados para medir el desempeño del sistema de salud. Eso sí, generalmente son utilizados para otros objetivos que evaluar la descentralización. En algunos casos, se requieren nuevos indicadores. Esto también es válido para muchas de las herramientas de obtención de datos –sistemas rutinarios de información

sobre salud, encuestas a los hogares y encuestas a los establecimientos. Su uso en el contexto de reformas de descentralización permite efectuar exámenes más a fondo del desempeño de la descentralización de un país.

- ▲ *Formación de capacidad en materia de monitoreo y evaluación:* Esperamos que esta guía no sea percibida como un elemento esotérico de escaso valor para los evaluadores e ejecutores de los programas de descentralización en los países en desarrollo. Por el contrario, esperamos que los temas aquí planteados se traducirán en nuevos esfuerzos de monitoreo y evaluación y ayudarán a destacar áreas en las que la formación de capacidad técnica y analítica adicional puede resultar útil.

Anexo A. División hipotética de responsabilidades en un sistema de salud descentralizado

Responsabilidad	Central	Oficinas, provincias, estados regionales	Distritos, municipios locales	Hospitales, establecimientos	Comunidades, grupos ciudadanos y comunitarios
POLÍTICO/LEGAL					
Marco legal	Leyes de descentralización con carácter constitucional	Papel limitado en la elaboración de leyes	No desempeñan ningún papel	Prestación de servicios, según la ley	A través de procesos electorales
Elaboración de políticas	Elaboración de política nacional de salud	Papel limitado en la elaboración de políticas, transmisión de políticas nacionales	Sólo elaboración de políticas locales	Asegurar que las acciones se ajustan a las políticas nacionales, regionales y locales	Desempeñan un papel limitado al nivel local
Planificación estratégica	Preparación de los planes nacionales de salud	Preparación de los planes e informes regionales de salud	Preparación de planes e informes anuales de salud; aplicación de los planes a través de los servicios locales	Aplicación de los planes en los servicios de los establecimientos	Ocasionalmente, como en la planificación "de abajo hacia arriba"
Regulación	Regulación de los proveedores de salud privados con y sin fines de lucro	Aplicación de las regulaciones por parte de los proveedores privados con y sin fines de lucro	Desempeñan un papel muy limitado	No desempeñan ningún papel	No desempeñan ningún papel
	Supervisión de las instituciones de atención de salud y de los institutos de investigación en salud con mandatos nacionales	Supervisión parcial de las instituciones regionales de salud	Supervisión parcial de las instituciones de salud de distrito	No desempeñan ningún papel	No desempeñan ningún papel
	Regulación de los seguros privados y de la seguridad social o de los fondos para la salud	Desempeñan un papel limitado a no ser que existan beneficios locales exclusivos	Monitoreo de los seguros comunitarios	No desempeñan ningún papel	No desempeñan ningún papel
Normas y estándares	Normas y estándares respecto de equipamiento, infraestructura y tecnología de salud	Supervisión de las autoridades de salud de distrito para asegurar el cumplimiento con los estándares nacionales	Supervisión de los establecimientos de salud y los trabajadores de la salud comunitarios para asegurar el cumplimiento con los estándares nacionales	Cumplimiento con normas y estándares	Alguna participación en los directorios para asegurar el cumplimiento con las normas y los estándares establecidos; retroalimentación a las autoridades
Internacional	Enlace con organismos internacionales de salud y organismos cooperantes	Algunos vínculos con organismos internacionales de salud (enfoques multisectoriales)	Algunos vínculos con organismos internacionales de salud (enfoques multisectoriales)	Alguna interacción con ONG internacionales	Alguna interacción con ONG internacionales
FISCAL					
Generación de ingresos	Impuestos nacionales, tarifas	Impuestos estatales, regionales	Desempeñan un papel limitado	Recolección de pagos de los usuarios	En algunos casos, participación en seguros o prepagos comunitarios
Transferencias intergubernamentales	Financiamiento de servicios de salud nacionales, regionales y locales con otros aportes. Asegurar el cumplimiento de las prioridades nacionales a través de donaciones condicionales y de complementación	Financiamiento de servicios de salud locales y regionales	Recolectan fondos locales adicionales	Dependen de aportes gubernamentales	No desempeñan ningún papel
	Financiamiento de investigaciones en salud de interés nacional	—	—	—	—

Responsabilidad	Central	Oficinas, provincias, estados regionales	Distritos, municipios locales	Hospitales, establecimientos	Comunidades, grupos ciudadanos y comunitarios
Gestión del gasto	Asesoría en materia de asignación de recursos, incluidos los fondos de capital	Aprobación de grandes proyectos de capital fuera del sector público	Ejecución de proyectos capitales locales	Las instituciones autónomas tienen muchas prerrogativas en materia de gastos	En algunos casos, participación en la planificación de abajo hacia arriba
	Análisis y formulación del presupuesto público de salud	Compilación de los presupuestos de salud	Gestión y control de los presupuestos locales de salud	—	—
ADMINISTRATIVA					
Recursos humanos	Designación de los encargados superiores. Los encargados administrativos son contratados entre los funcionarios públicos	Contratación de los encargados provinciales de salud (a no ser que sean elegidos)	Contratación de los encargados de distrito	Contratación de personal local de apoyo; actividades de extensión comunitaria ocasionales	En algunos casos, los directorios de establecimiento participan en las contrataciones y los despidos
Supervisión	En algunos casos, supervisión de los encargados regionales de salud	Supervisión de los equipos de salud de distrito	Supervisión y control de los trabajadores de la salud comunitarios	Supervisión del personal del establecimiento	En algunos casos, los directorios de establecimiento participan en la supervisión
Capacitación y formación de capacidad	Capacitación, regulación y planificación del personal de salud	Monitoreo y contratación de personal de salud del sector público	Capacitación en servicios, especialmente apoyo práctico, a los trabajadores de la salud	Capacitación en servicios, especialmente apoyo práctico, a los trabajadores de la salud	No desempeñan ningún papel
Medicamentos, insumos y equipamiento	Adquisiciones a través de centros nacionales de abastecimientos médicos en medicinas, insumos y equipamiento	—	—	Escasa participación directa en adquisiciones; algún poder de decisión sobre los insumos y medicamentos	Ningún papel en la adquisición
	Monitoreo de las políticas farmacéuticas, calidad de los medicamentos y distribución	Distribución de medicinas, insumos y equipamientos a los equipos de salud de distrito	Distribución y monitoreo de medicinas, y equipamiento en los establecimientos de salud locales	Control directo sobre los insumos, incluidos los sistemas de manejo de inventario	En algunos casos, los directorios de establecimiento participan en la supervisión
Infraestructura	Algunas decisiones financieras sobre las grandes inversiones de capital	Algunas decisiones financieras sobre grandes inversiones de capital	Decisiones financieras sobre inversiones de capital menores	Las instituciones autónomas pueden tener algún grado de control sobre las inversiones de capital	Papel limitado
Operaciones y mantención	Elaboración de pautas y asistencia técnica para procedimientos regulares	Elaboración de pautas y asistencia técnica para procedimientos regulares	Asignación de fondos para operaciones y mantención	Asignación de fondos para operaciones y mantención	Papel limitado
Asistencia técnica	Pautas para la planificación de salud regional y local	Planificación y monitoreo del plan de salud regional	—	—	Papel limitado
	Asistencia técnica en los programas	Asistencia técnica en los programas	Asistencia técnica e investigación operacional	—	Papel limitado
	Recopilación y compilación de información rutinaria sobre salud y difusión de nuevas políticas	Recopilación y reenvío de información rutinarias sobre salud a las oficinas centrales y de distrito	Recopilación y reenvío de información rutinarias sobre salud a las oficinas regionales y centrales	Recopilación y reenvío de información rutinarias sobre salud a las oficinas regionales y centrales	Papel limitado

Responsabilidad	Central	Oficinas, provincias, estados regionales	Distritos, municipios locales	Hospitales, establecimientos	Comunidades, grupos ciudadanos y comunitarios
Prestación de servicios	Asistencia técnica en programas, incluidos los programas verticales	Coordinación de las actividades regionales públicas y no gubernamentales	Coordinación y supervisión de todos los servicios de salud gubernamentales, de ONG y privados	A cargo de la prestación de los servicios incluidos en el paquete básico de prestaciones de salud	Programas de extensión comunitarios, toma de conciencia, sensibilización
	Apoyo logístico a los equipos de salud regionales y de distrito	Apoyo logístico a los equipos de salud de distrito	Gestión de todos los establecimientos de salud públicos con responsabilidades locales	Programas de extensión comunitarios, toma de conciencia, sensibilización	—
	Provisión de bienes públicos nacionales: realizar investigaciones y difundir los resultados	—	Diálogo con los beneficiarios de los servicios de salud y sus representantes	—	—
	Programas de información, educación y comunicación (IEC) sobre prioridades nacionales en salud	programas IEC sobre las prioridades regionales en salud	programas IEC sobre las prioridades en salud del distrito	—	—
Participación de la comunidad	No juega ningún papel	Elaboración de políticas para la creación de organizaciones comunitarias	Promoción de la participación de la comunidad en la planificación, ejecución y monitoreo de los servicios de salud	Programas de extensión comunitarios	Participación en los directorios de los establecimientos; los representantes son elegidos en elecciones locales
	—	—	Monitoreo y coordinación, en algunos casos, de programas comunitarios	En algunos casos, organización de programas de salud y previsionales comunitarios	En algunos casos, organización de programas de salud y previsionales comunitarios
	—	—	Promoción de vínculos con departamentos gubernamentales locales	—	—
Hospitales	En algunos casos, supervisión de los hospitales de referencia nacionales semi autónomos y controlados por el gobierno	En algunos casos, supervisión de los hospitales regionales	En algunos casos, supervisión de los hospitales de distrito	En algunos casos, cuasi autonomía	Participación en los directorios de los hospitales

Anexo B. Matriz de responsabilización del sector de salud

Actores del sector de la salud		Usuarios/ pacientes	MDS	Organismos de	Org. de Financ.	Parlamento	Encarg. Gov. local	ONG	Directorios de hospitales	Consejos de salud	Asoc. gremiales	Sindicatos	Prov. de at. de salud	Donant. Intern.	
Entrega información, responde a sanciones	Usuarios/ Pacientes														
	MDS														
	Organismos de control														
	Parlamento														
	Encargados Gov. local														
	ONG														
	Directorios de hospitales														
	Consejos de salud														
	Asoc. gremiales														
	Sindicatos														
	Prov. de at. de salud														
	Donantes internacio- nales														

Anexo C. Preguntas clave relativas al monitoreo y la evaluación de la descentralización en diferentes áreas funcionales y dimensionales

ÁREA FUNCIONAL	Autoridad	Responsabilización	Capacidad	Información
POLÍTICA				
Marco legal	¿El proceso de descentralización está establecido en la ley? ¿Cómo se seleccionan los legisladores?	¿Existen sistemas judiciales y otros aparatos de aplicación de la ley? ¿Qué duración tienen los cargos de los políticos?	¿Los políticos cuentan con la información y el conocimiento necesarios para elaborar leyes relevantes?	¿Los ciudadanos tienen información sobre el desempeño de sus representantes electos?
Elaboración de políticas	¿Quién (nivel nacional, regional, local, comunal) elabora las políticas? ¿Cómo se traducen las políticas en acciones? ¿Quién determina las prioridades nacionales, regionales y locales?	¿Qué mecanismos de retroalimentación existen a nivel nacional, regional, local, comunitario y de establecimientos para revisar las políticas en caso de necesidad?	¿Los encargados subnacionales han sido informados de las prioridades nacionales y las entienden?	¿Las políticas se basan en información confiable y oportuna acerca del desempeño?
Planificación estratégica	¿Quién prepara los planes nacionales, regionales y locales? ¿Cómo se garantiza la incorporación de las prioridades nacionales en los planes regionales y locales?	¿Qué mecanismos existen de retroalimentación para revisar planes nacionales, regionales y locales, si fuera necesario?	¿Los planificadores tienen la formación y las competencias necesarias para analizar información y datos para elaborar planes estratégicos?	¿La planificación se basa en información confiable y oportuna acerca del desempeño?
Regulación	¿Qué regulaciones existen para acreditar y certificar a los médicos, trabajadores de la salud e instituciones médicas?	¿Existen mecanismos (unidades de control de calidad, organismos reguladores) que aseguren que se respeten las regulaciones?	¿Los organismos reguladores tienen suficientes personas capacitadas con los recursos financieros necesarios para ejercer sus funciones?	¿Existe información que permita detectar trabajadores de la salud que no cumplen con estándares mínimos?
Normas y estándares	¿Quién decide las normas y los estándares mínimos de atención?	¿Qué mecanismos u organismos existen para hacer aplicar las normas y los estándares (por ejemplo, acreditación, sanciones, empleo, mecanismos de mercado)?	¿Existen sistemas para compilar y monitorear el cumplimiento con las normas y los estándares establecidos?	¿Existe información acerca del cumplimiento con las normativas y los estándares establecidos?
Coordinación internacional	¿Quién coordina el financiamiento y las prioridades de los donantes?	¿Qué mecanismos existen para asegurar coordinación	¿Los encargados de salud nacionales, regionales y locales tienen la formación suficiente para coordinar, negociar y defender las prioridades y necesidades nacionales?	—
FISCAL				
Generación de ingresos	¿Cuál es la cantidad total de recursos para la salud en las diferentes regiones y gobiernos locales? ¿Están distribuidos de manera equitativa entre las regiones y jurisdicciones? ¿Qué porcentaje de los recursos proviene de las diferentes fuentes de financiamiento (gobierno nacional, gobierno local, ONG, seguros, instituciones autónomas cuasi públicas, sector privado, individuos)? ¿Cuál es la cantidad absoluta (per cápita) de transferencias (financieras y en especie) desde las diferentes fuentes de fondos hacia los gobiernos locales?	¿Qué porcentaje de cada nivel de los recursos gubernamentales proviene de subvenciones específicas, subvenciones de equiparación, subvenciones globales, ingresos generales e ingresos tributarios?	¿Los recursos son suficientes para financiar un paquete básico de prestaciones de salud? ¿Es suficiente la formación de los analistas para presentar adecuadamente los flujos de recursos?	¿Existen sistemas de información que permitan recopilar datos acerca de la capacidad de generación de ingreso y sistemas de cuentas nacionales y locales de salud?

ÁREA FUNCIONAL	Autoridad	Responsabilización	Capacidad	Información
Transferencias intergubernamentales	¿Quién determina (y cuál es) la fórmula para asignar recursos a los gobiernos subnacionales?	¿Las transferencias intergubernamentales están basadas en fórmulas simples y verificables? ¿Qué tipos de transferencias (incondicionales o condicionales) se utilizan para asegurar el cumplimiento de prioridades nacionales?	¿Se desarrollan sistemas de gestión financiera para hacer seguimiento de los flujos de fondos? ¿Los conocimientos de los analistas son suficientemente avanzados para presentar los flujos de recursos?	¿Se publica en los medios de información sobre las transferencias intergubernamentales (nacionales, regionales, locales)?
Asignación de gastos	¿Quién determina (a nivel nacional, regional, local, de comunidad, de establecimiento) cómo se gastarán los recursos financieros en las diferentes prioridades de salud?	¿La información sobre los presupuestos de salud (nacionales, regionales, locales) se publica en los medios? ¿Qué mecanismos (planificación de abajo hacia arriba, conferencias anuales) existen para canalizar los insumos locales en la preparación de los presupuestos? ¿Qué sistemas existen para auditar periódicamente las cuentas financieras locales?	¿Los planificadores están suficientemente capacitados para interpretar datos epidemiológicos, de costos y de eficiencia para tomar decisiones presupuestarias óptimas?	¿Las decisiones sobre gastos están basadas en datos epidemiológicos, de costos y de eficiencia, precisos? ¿Existen sistemas de manejo de información para monitorear el desempeño de los encargados de la salud?
ORGANIZACIONAL				
Recursos humanos	¿Quién, qué nivel (nacional, regional, local, de establecimiento) determina la contratación, el despido, las sanciones o los premios de los trabajadores de la salud y del personal de apoyo?	¿Qué mecanismos (leyes, regulaciones, estándares profesionales) existen para responsabilizar a los trabajadores de la salud? ¿Se exhiben los Derechos de los Pacientes en los establecimientos públicos de salud? ¿Qué mecanismos existen para sancionar a los trabajadores con mal desempeño y premiar aquellos con buen desempeño?	¿Los trabajadores de la salud tienen una adecuada capacitación para cumplir con sus funciones? ¿Cómo se determinan las necesidades de capacitación a nivel nacional, regional, local y de establecimiento?	¿Qué procedimientos (controles de desempeño, observación directa) existen para medir el desempeño de los trabajadores de la salud? ¿Esta información es compartida con los supervisores que pueden sancionar o premiar a los trabajadores de la salud?
Capacitación y formación de capacidad	¿Quién diseña los programas de capacitación? ¿Quién realiza la capacitación? ¿Quién monitorea la calidad de la capacitación?	¿Qué sistemas están disponibles para actualizar periódicamente las habilidades de los trabajadores? ¿Qué sistemas existen para monitorear el grado de aptitud de los trabajadores?	¿Los trabajadores de la salud tienen suficiente capacitación para cumplir con sus funciones?	¿Qué información se recopila acerca del desempeño de los trabajadores, los resultados de los programas de capacitación y otras medidas de formación de capacidad?
Medicamentos, insumos y equipamiento	¿Quién es responsable (a nivel nacional, regional, local, de establecimiento) de la adquisición de medicinas, insumos y equipamiento?	¿Qué mecanismos existen para monitorear las existencias de medicamentos e insumos? ¿Qué mecanismos existen para asegurar mínimos estándares en la adquisición de medicinas e insumos?	¿El personal está capacitado en control de inventario?	¿La adquisición de medicinas, insumos y equipamiento se basa en datos epidemiológicos y de costos?
Infraestructura	¿Quién es responsable de las decisiones sobre importantes inversiones de capital, como, nuevas clínicas, hospitales y oficinas administrativas?	¿El sistema de toma de decisiones funciona a un nivel demasiado local que se traduce en una sobrecapitalización del sector de la salud (por ejemplo, demasiados hospitales)?	¿Existen sistemas para colaborar entre localidades y evitar una sobrecapitalización?	¿Las decisiones sobre inversiones de capital se basan en datos epidemiológicos, de costos y de eficacia precisos?

ÁREA FUNCIONAL	Autoridad	Responsabilización	Capacidad	Información
Asistencia técnica	¿Quién (unidades del ministerio de salud y otros) es responsable de brindar asistencia técnica en áreas clave (salud materno-infantil, VIH, SIDA, enfermedades infecciosas, salud mental etc.)?	¿Existen mecanismos, y cuáles, para obtener retroalimentación acerca de la calidad de la asistencia técnica y el desempeño de los expertos?	¿El ministerio central tiene suficientes expertos para asesorar a las unidades descentralizadas en mejores prácticas e investigación operativa, etc.?	¿Cómo se les transmite a los trabajadores de la salud información sobre prácticas óptimas? ¿Cómo se traducen los resultados de las investigaciones nacionales e internacionales en mejores prácticas revisadas?
Operaciones y mantención	¿Quién es responsable de las decisiones sobre asignaciones financieras destinadas a operaciones y mantención?	¿Qué mecanismos existen para asegurar el funcionamiento adecuado de la infraestructura de salud existente?	¿Los planificadores tienen las habilidades y los conocimientos requeridos para presupuestar y planificar los insumos recurrentes?	¿Los sistemas de gestión financiera dan cuenta de manera adecuada de las amortizaciones y de la depreciación de los costos de capital?
Entrega de servicios	¿Quién es responsable de la prestación de servicios para bienes públicos nacionales, regionales y locales? ¿Quién es responsable de asegurar la prestación de un paquete básico de intervenciones en atención primaria de salud?	¿Quién es responsable de supervisar la prestación de servicios? ¿Qué mecanismos (directorios de establecimiento, mercados) existen para promover la calidad en los servicios?	¿Los trabajadores de la salud tienen los conocimientos y recursos necesarios para desempeñar sus funciones de acuerdo a ciertos estándares mínimos?	¿Existen sistemas de información (y son utilizados) para transmitir información acerca de los flujos de pacientes?
Participación de la comunidad	¿Qué instancias de supervisión, toma de decisiones y planificación existen para incorporar a los ciudadanos al sistema de salud?	¿Qué papeles juegan los grupos comunitarios (elección de encargados locales de la salud, participación en la planificación y el funcionamiento de los establecimientos)?	¿Los grupos ciudadanos tienen las habilidades y los conocimientos necesarios para evaluar el adecuado desempeño del sistema de salud?	¿Los grupos ciudadanos disponen de información acerca de los presupuestos, gastos y productos del sistema para evaluar su desempeño?
Hospitales	¿Bajo qué autoridad (nacional, regional o local, autónoma) se encuentran los hospitales de referencia, regionales y locales?	¿Quién supervisa los hospitales y se asegura de que se cumple con ciertos estándares mínimos y que se prestan servicios esenciales para los pobres?	¿Los hospitales tienen los recursos financieros, humanos y materiales requeridos para proporcionar atención secundaria y terciaria básica?	¿Existen sistemas de información (y son utilizados) para transmitir información acerca de los flujos de pacientes, insumos y desempeño del sistema?

Anexo D. Tipos de indicadores para monitorear y evaluar un proceso de descentralización en diferentes áreas funcionales y dimensionales

Área funcional	Insumos	Procesos	Productos
POLÍTICO/LEGAL			
Marco legal			
Autoridad	Constitución, leyes que delimiten las responsabilidades en un sistema descentralizado y establezcan la base legal para la existencia de las estructuras descentralizadas; Estructuras de gobierno (federal, unitario)	Formulación y aplicación de la Constitución Devolución, delegación desconcentración de responsabilidades según los requerimientos legales	Gestión pública transparente y representativa
Responsabilización	Sistema judicial en funcionamiento Sistema electoral para representantes, encargados de salud, representantes de la comunidad Proceso de designación para los encargados Mecanismos para reintegros	Cumplimiento generalizado de las leyes Elecciones regulares de políticos y encargados de la salud nacionales, regionales y locales	
Información	Sistemas para informar a los legisladores acerca de las prioridades nacionales; Sistemas para que los electores puedan observar el desempeño de sus representantes	Elecciones libres, justas y transparentes según plazos legales acordados	
Capacidad	Capacidad para los legisladores para interpretar información relevante sobre salud: capacidad del electorado de evaluar el desempeño de sus representantes	Formación de capacidad para que un electorado informado elija a sus representantes	
Elaboración de políticas			
Autoridad	División de responsabilidades entre los encargados nacionales, regionales y locales para la elaboración de políticas; control sobre la fijación de prioridades	Políticas coordinadas entre los grupos de interés clave en función de las prioridades nacionales, regionales y locales	Políticas fundadas que responden a las prioridades del sector de la salud y le permiten al gobierno desempeñar su papel de garante
Responsabilización	Sistema electoral para los representantes, encargados de salud, representantes de la comunidad; sistemas para recabar la opinión de todos los grupos de interés	Desarrollo de políticas basadas en consensos de los grupos de interés	
Información	Organismos científicos y de investigación operativa para la generación de información en aras de la formulación de políticas	Uso de información científica y de investigaciones operativas y de sistemas de información rutinarios para desarrollar políticas	
Capacidad	Capacidad para interpretar información científica y de desempeño en aras de la elaboración de políticas	Formación de capacidad para transmitir información acerca del desempeño del sistema	
Planificación estratégica			
Autoridad	División de responsabilidades entre los encargados nacionales, regionales y locales para la planificación; control sobre la fijación de prioridades	Planificación coordinada y que implica formación de capacidad	Planificación nacional y local en salud basada en las prioridades nacionales, regionales y locales

Área funcional	Insumos	Procesos	Productos
Responsabilización	Sistema electoral para los representantes, encargados de la salud, representantes de la comunidad, sistemas de encuesta de opinión para todos los grupos de interés (si/no)	Uso de prioridades y directrices nacionales para determinar las acciones del gobierno local	
Información	Organismos de investigación operativa y científica para la generación de información en aras de la formulación de políticas	Sistemas de retroalimentación; uso de información confiable y oportuna	
Capacidad	Capacidad para interpretar datos financieros y epidemiológicos para la planificación	Capacitación en compilación y uso de datos financieros y epidemiológicos (porcentaje de trabajadores capacitados)	
Regulación			
Autoridad	Existencia de instancias reguladoras para la certificación de personal, regulación de practicantes privados, supervisión de los establecimientos de salud y centros de investigación y para la acreditación	Establecimiento de regulaciones, actualización y difusión	Sectores públicos y privados bien regulados
Responsabilización		Cumplimiento de las regulaciones, supervisión regular	
Información	Estándares de atención de salud, regulaciones y códigos profesionales publicados y difundidos	Uso de sistemas de información para monitorear el cumplimiento de las leyes y regulaciones	
Capacidad	Suficientes recursos humanos con por lo menos capacidad básica para asumir responsabilidades de regulación	Formación de capacidad para desempeñar funciones regulatorias	
Normas y estándares			
Autoridad	Repartición de responsabilidades para establecer normas y estándares; estándares mínimos nacionales publicados para la atención de salud	Distribución y disseminación de estándares nacionales	Proveedores públicos y privados que ejercen sus funciones de acuerdo a estándares conocidos y verificables
Responsabilización	Sistema para evaluar a los trabajadores; existencia de pautas nacionales estándares para los tratamientos, derechos de los pacientes	Examen periódico del desempeño laboral para asegurar cumplimiento con los estándares establecidos	
Información	Sistema para compilar indicadores de desempeño para trabajadores y administradores	Difusión de directrices estándares para los tratamientos y de los derechos de los pacientes en hospitales y clínicas	
Capacidad	Capacidad para poner en práctica normas y estándares	Formación de capacidad técnica para evaluar el desempeño laboral	
FISCAL			
Generación de ingresos			
Autoridad	Sistemas de cobro de impuestos; control sobre decisiones relativas a gravar, prestar y establecer tarifas a los usuarios; financiamiento de bienes públicos; gastos en salud per cápita por región, jurisdicción y grupo socioeconómico Gasto total en salud per cápita (y porcentaje con respecto al total) por gobierno central, regional y local, proveedores privados, hogares, ONG	Cobro de impuestos, pagos de los usuarios y pagos de los seguros	Ingresos suficientes para financiar paquetes básicos de salud y bienes públicos nacionales y regionales

Área funcional	Insumos	Procesos	Productos
Responsabilización	Sistemas de rendición de cuentas y gestión financiera	Uso de procedimientos de gestión contables y financieros básicos; auditoría periódica de las cuentas de los gobiernos nacionales y locales	
Información	Sistemas de gestión financiera;	Uso de sistemas de gestión financiera para documentar flujos de fondos	
Capacidad	Sistemas para capacitar en básica rendición de cuentas, recopilación de pagos de los usuarios	Capacitación en contabilidad y teneduría de libros Capacitación de los proveedores en recopilación de los pagos de los usuarios, documentación	
Transferencias intergubernamentales			
Autoridad	Fórmula para asignar recursos (basado en población, salud) Porcentaje del ingreso proveniente de: - subvenciones específicas - subvenciones de contrapartida - subvenciones de nivelación - subvenciones condicionales, incondicionales	Fórmula utilizada para asignar recursos a las diferentes jurisdicciones	Sistema de transferencias que permitan disponer de suficientes fondos para financiar los programas y responder a las prioridades locales
Responsabilización	subvenciones condicionales, de contrapartida utilizadas para cumplir con prioridades nacionales Subvenciones de nivelación utilizadas para promover equidad vertical	Uso de procedimientos básicos de gestión en materia de contabilidad y finanzas; auditoría periódica de las cuentas nacionales y locales de gobierno	
Información	Publicación de información sobre transferencias (montos, plazos) en medios de comunicación importantes	Uso de la información pública sobre transferencias para responsabilizar a los encargados y a los trabajadores de la salud	
Capacidad	Sistemas para capacitar en rendición de cuentas básica, gestión financiera	Capacitación en contabilidad y teneduría de libros Capacitación de los proveedores en recopilación de pagos de los usuarios, documentación	
Gestión de gastos y presupuesto			

Área funcional	Insumos	Procesos	Productos
Autoridad	Paquetes de servicios definidos que incluyen prioridades nacionales	Porcentaje de gasto y gasto per cápita en: - atención curativa privada versus atención pública - Atención primaria versus secundaria versus terciaria versus otras -Participación del gobierno a nivel nacional, regional y local en la atención curativa pública -Participación del gobierno a nivel nacional, regional y local en los gastos de medicinas, salarios, operaciones y mantención, capital y otros	Asignación racional de recursos para la atención primaria, secundaria y terciaria, basada en la distribución nacional, regional y local de los costos y beneficios
Responsabilización	Uso de planificación de abajo hacia arriba para involucrar a todos los grupos de interés	Presupuesto elaborado con participación de los grupos de interés según los datos disponibles sobre costos y cargas de enfermedad	
Información	Paquetes definidos de servicios basados en costos, evaluaciones técnicas de eficacia	Recopilación de datos epidemiológicos, de carga de enfermedades y de costo y eficacia para ser utilizados en la elaboración de presupuestos	
Capacidad	Sistemas para combinar datos sobre costos, carga de enfermedades, eficacia	Capacitación en la fijación de prioridades, uso de costos y manejo de datos sobre carga de enfermedades para elaborar presupuestos	
ORGANIZACIONAL			
Recursos humanos			
Autoridad	Nivel de gobierno que determina el empleo Procedimientos claros para contratar, despedir, elegir a -los encargados de la salud - plana mayor - gestores de clínicas y hospitales - profesionales médicos - personal no médico Porcentaje de puesto en hospitales y clínicas (por tipo) ocupados	Contratación basada en el uso del establecimiento y las necesidades en salud (no nepotismo, tribalismo, etc.)	Personal de salud asignado, basado en los costos y en las necesidades de la capacidad técnica y de gestión para desempeñar sus funciones con los incentivos necesarios para ello
Responsabilización	Responsabilidad de despedir, premiar y sancionar según el desempeño	Despido, premios y sanciones en función del desempeño	
Información	Sistemas de flujos de información para las necesidades de contratación; desempeño de los trabajadores de la salud	Monitoreos y supervisiones regulares basados en objetivos de desempeño cuantificables	

Área funcional	Insumos	Procesos	Productos
Capacidad	Sistemas para pagar puntualmente a los trabajadores de la salud Salario promedio por escalafón Sistemas para actualizaciones regulares de conocimientos	Pago puntual de los salarios y de los bonos Capacitación y actualización de habilidades Porcentaje de funcionarios públicos que reciben capacitación en gestión	
Capacitación y formación de capacidad			
Autoridad	Institutos nacionales para capacitar a los trabajadores de la salud	Formación de trabajadores de la salud calificados. Cantidad, porcentaje de médicos, enfermeras, trabajadores de la salud capacitados cada año	Una fuerza de trabajo capacitada para desempeñar funciones esenciales en la prestación de servicios y en materia de gestión
Responsabilización	Procedimientos de acreditación para los institutos de capacitación	Revisiones periódicas de los contenidos de la capacitación; revisiones periódicas del desempeño; Porcentaje de trabajadores de la salud que desarrollan de manera adecuada tareas relacionadas con estándares nacionales de desempeño clínico y diagnóstico	
Información	Bases de datos sobre requerimientos de capacitación	Uso de bases de datos sobre necesidades de capacitación para establecer prioridades nacionales, regionales y locales	
Capacidad	Sistemas para actualizar los conocimientos de los instructores	Capacitación de los capacitadores	
Medicamentos, insumos y equipamiento			
Autoridad	Sistemas para la adquisición de medicinas, insumos y equipamiento basados en el uso y las necesidades	Adquisición de medicinas, insumos y equipamiento a través de licitaciones competitivas y controles de calidad	Gestión eficiente de los insumos de servicios para minimizar desperdicio y pérdida
Responsabilización	Sistemas para el control de existencias de medicamentos a nivel nacional, regional, local y de establecimiento	Uso de sistemas de control de inventario a todos los niveles	
Información	Bases de datos de manejo de medicamentos a todos los niveles	—	
Capacidad	Porcentaje de hospitales y clínicas que tienen: - medicamentos básicos y no expirados disponibles - insumos clave (por ejemplo, guantes, jeringas, vendas) - bodegas en condiciones aceptables - equipamiento en buen estado (por ejemplo, rayos X, equipos de esterilización) - agua potable, electricidad, Indicadores compuestos para los bienes básicos	Uso racional de medicinas e insumos de acuerdo a directrices nacionales Porcentaje de hospitales y clínicas que se han quedado sin existencias en los últimos 6 meses (por jurisdicción) Porcentaje de hospitales y clínicas en buena o excelente condición (por jurisdicción) Porcentaje de hospitales y clínicas que han sufrido cortes de luz en los últimos 30 días (por jurisdicción) Porcentaje de personal clave en el manejo de existencias de medicinas, insumos y equipamiento	
Infraestructura			

Área funcional	Insumos	Procesos	Productos
Autoridad	Responsabilidad en las decisiones clave (hospitales, clínicas, oficinas)	Decisiones acerca de las grandes inversiones de capital realizadas con plena participación de los grupos de interés basada en la información sobre uso y necesidades	Asignación racional de recursos para infraestructura destinada a la atención primaria, secundaria y terciaria basada en la distribución de los costos y beneficios a nivel nacional, regional y local
Responsabilización	Rendición pública de cuentas para los principales proyectos de capital y obras públicas: procedimientos de auditoría para monitorear el uso de fondos	Celebración de referéndum y elecciones para los principales proyectos y obras públicas; organización de auditorías periódicas de los contratistas y de los procedimientos de subcontratación	
Información	Sistemas de información financiera y sistemas de rendición de cuentas	Uso de información sobre uso y necesidades para planificar las inversiones de capital	
Capacidad	Capacidad técnica para emprender grandes proyectos de capital	—	
Asistencia técnica			
Autoridad	Responsabilidad de difundir información sobre mejores prácticas y normas para la atención de salud	Difusión de las mejores prácticas y del conocimiento científico entre los practicantes	Asistencia técnica relevante y puntual de los organismos del gobierno central con ventaja comparativa en investigación científica y operativa
Responsabilización			
Información	Acceso a investigaciones operativas y conocimiento científico internacional		
Capacidad	Instituciones científicas, departamentos ministeriales con conocimiento actualizado sobre mejores prácticas en tecnología médica		
Participación de la comunidad			
Autoridad	Existencia de juntas locales de salud, equipos de gestión en hospitales y clínicas con representación local	Juntas de salud locales y equipos de gestión que se reúnen regularmente y desempeñan las funciones que les han sido asignadas	Participación de la comunidad en la gestión, la toma de decisiones, la planificación y la elaboración de políticas de acuerdo a las necesidades y prioridades locales
Responsabilización	Sistemas que determinan la representación en las juntas y en los equipos	Uso de procesos claramente definidos para seleccionar a los representantes y evaluar el desempeño	
Información	Sistemas para evaluar el desempeño de los representantes	Representantes con mandato para desempeñar correctamente sus funciones y responsabilidades	
Capacidad	Representantes de la comunidad con las habilidades y los conocimientos requeridos para asumir funciones de gestión, planificación, toma de decisiones y elaboración de políticas	—	

Anexo E. Matriz de datos

Área funcional	Temas clave	Fuentes de datos	
		Rutinarios	Periódicos o recopilación especial de datos
POLÍTICA			
Marco legal Elaboración de políticas Planificación estratégica Regulación Normas y estándares Coordinación internacional	Antecedentes sobre factores contextuales que influyen sobre la descentralización; sistemas legales, políticos y regulatorios; sistemas electorales para encargados de la salud y otros políticos; cronograma para la descentralización; sistemas para canalizar la opinión de los ciudadanos y responsabilizar a los encargados de la salud y políticos; transparencia en la gestión pública, planificación y elaboración de políticas	Documentos (Constitución, documentos estratégicos sectoriales) que indiquen los marcos legales y las responsabilidades de las diferentes instancias de gobierno	Entrevistas a informantes clave, discusiones de grupos de enfoque, encuestas cuantitativas breves con cuestionarios estructurados
FISCAL			
Generación de ingresos	Recursos financieros totales (per cápita) para el sector de la salud y las fuentes (gobierno central, gobierno local, ONG, privados) Equidad del financiamiento entre regiones geográficas y grupos de pobres y no pobres	Información presupuestaria publicada por el Ministerio de Finanzas	Gastos de los hogares Encuestas de Medición de los Estándares de Vida (EMEV) Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) Cuentas Nacionales y Locales de Salud Estudios sobre el gasto público
Transferencias intergubernamentales	Transparencia de las transferencias, fórmulas usadas para determinar las transferencias; difusión pública de las transferencias; condicionalidad de las transferencias y autonomía local	Periódicos y medios, documentos gubernamentales de los ministerios de finanzas y del gobierno local	Cuentas Nacionales y Locales de Salud
Asignación de gastos y presupuesto	Grado de control en la toma de decisiones financieras descentralizada; capacidad para tomar decisiones informadas; asignación de recursos en las áreas y en los niveles prioritarios (atención primaria, secundaria, terciaria); financiamiento de paquetes básicos de salud; planificación de abajo hacia arriba; asignación de insumos recurrentes y de capital	Presupuesto y gastos de los gobiernos nacionales y locales Sistemas de gestión financiera Información sobre programas de capacitación en gestión de gastos	Cuentas Nacionales y Locales de Salud
ORGANIZACIONAL			
Recursos humanos	Asignación del personal y determinación de las necesidades del personal; sistemas de evaluación de desempeño	Documentos gubernamentales sobre repartición del personal Sistemas rutinarios de información de salud Sistemas de administración de establecimientos	Módulo de Disponibilidad de Servicio de las encuestas demográficas y de salud EDS MEASURE + Evaluación de los proveedores de servicios; encuestas en los establecimientos Entrevistas a los clientes que salen de los centros

		Fuentes de datos	
		de salud	
Capacitación y formación de capacidad	Nivel de capacitación de los trabajadores de la salud y actualizaciones periódicas	Universidades nacionales e institutos de capacitación Ministerio de salud	Estudios especiales sobre evaluación de necesidades de capacitación
Medicamentos, insumos y equipamiento; operaciones y mantención	Existencias de medicinas, insumos, y equipamiento. Sistemas para su gestión	Sistemas de información de salud rutinarios Sistemas de manejo de medicamentos	Módulo de Disponibilidad de Servicio de las encuestas demográficas y de salud EDS MEASURE + Evaluación de los proveedores de servicios; encuestas en los establecimientos, inventarios
Infraestructura/hospitales	Organización de los servicios; autonomía hospitalaria; asignación de recursos a la atención primaria, secundaria, terciaria	Presupuestos y gastos gubernamentales	Estudios especiales sobre necesidades de infraestructura Cuentas Nacionales y Locales de Salud
Participación de la comunidad	Existencia y desempeño de las juntas de salud locales y de los comités de gestión de los establecimientos; participación en elecciones locales	Sistemas de información para la gestión de establecimientos	Entrevistas a personas con opinión formada: Líderes políticos Encargados de salud Líderes comunitarios Encuestas a las comunidades
Acceso, utilización y equidad	Distancia con respecto a la atención de salud, comportamiento respecto del tratamiento según los diferentes grupos socioeconómicos	Sistemas de información para la gestión de establecimientos Registros de los establecimientos	Encuestas a los hogares Sistemas de Información Geográfica (GIS)
Eficiencia y calidad	Eficiencia técnica y económica, cambios en la calidad de la atención de salud	Sistemas de gestión de los establecimientos	Encuestas a los establecimientos, estudios de costos
Impacto: Incidencia Sobrevida Calidad de vida	Impacto de la descentralización en los resultados de salud	Encuestas epidemiológicas, registros de pacientes, sitios de vigilancia, encuestas a los hogares, censos nacionales: cualquier evaluación existente.	Encuestas a los hogares EMEV EDS

Anexo F. Funciones de espacio de decisiones

FUNCIONES FINANCIERAS Y DE GASTOS	
Fuentes de ingreso	Decisiones acerca del lugar del que provienen las fuentes, a saber, ¿podrán las autoridades locales asignar sus propias fuentes de ingreso a la salud?
Asignaciones de gastos	Decisiones acerca de cómo asignar fondos: por ejemplo, ¿podrán las autoridades locales asignar fondos a diferentes programas prioritarios? ¿a los hospitales <i>versus</i> a la atención primaria?
Tarifas	Decisiones acerca de los cobros locales: podrán las autoridades locales fijar tarifas, y en caso de poderlo, pueden determinar los niveles y cambiarlos?
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	
Autonomía hospitalaria	¿Las autoridades locales le conferirán autonomía a los hospitales y determinarán hasta qué grado?
Planes de seguro	¿Las autoridades locales crearán, manejarán y regularán los planes de seguro locales?
Mecanismos de pago	¿Las autoridades locales seleccionarán las formas de pago a los proveedores, por ejemplo, por capitación, sueldo o tarifa por servicio?
Programas y servicios requeridos	¿Hasta qué punto la autoridad central definirá los programas y los servicios que deben prestar los establecimientos de salud locales?
Estándares de servicios	¿Hasta qué punto la autoridad central definirá los estándares de servicios, como los estándares de calidad para los establecimientos?
Programas verticales, insumos y logística	¿Los programas verticales siguen bajo control de las autoridades centrales o son transferidos al gobierno local? ¿Los medicamentos y otros insumos son proporcionados por el gobierno central o caen bajo la responsabilidad de las autoridades locales?
FUNCIONES RELACIONADAS CON RECURSOS HUMANOS	
Salarios	¿Las autoridades locales podrán fijar la escala de salarios? Podrán determinar el monto de los bonos?
Contratos	¿Las autoridades locales podrán contratar personal a corto plazo y establecer términos de contrato y niveles de indemnización?
Servicio público	¿Las autoridades locales podrán contratar y despedir al personal permanente sin tener que contar con la aprobación de instancias superiores? Las autoridades locales podrán transferir al personal?
FUNCIONES RELACIONADAS CON EL ACCESO	
Reglas de acceso	¿Las autoridades locales podrán decidir quién tiene acceso a establecimientos y quién tiene cobertura?
FUNCIONES RELACIONADAS CON LA GESTIÓN PÚBLICA	
Reglas relacionadas con la gestión pública	¿Los encargados locales tienen que responder ante el electorado local? ¿Los encargados locales tendrán poder de decisión acerca de: el tamaño y la composición de los directorios de hospital? el tamaño y la composición de las oficinas locales de salud? el tamaño, la composición y las reglas relativas a la participación de la comunidad?

Fuente: Bossert 2000b

Anexo G. Referencias

- Adamchak, S.E., K. Bond, L. MacLaren, R.J. Magnani, K. Nelson, y J. Seltzer. 2000. *A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs*. Focus on Young Adults. Washington, D.C.
- Agyepong, I.A. 1999. "Reforming Health Service Delivery at District Level in Ghana: The Perspective of a District Medical Officer." *Health Policy and Planning*, 14(1): 59-69.
- Akin, J. y P. Hutchinson. 1999. "Determinants of Health Care Facility Choice and the Phenomenon of Bypassing Facilities." *Health Policy and Planning* 14(2): 135-51.
- Akin, J.S, P.L. Hutchinson, y K. Strumpt. Forthcoming 2004. "Decentralization and Government Provision of Public and Private Goods: The Public Health Sector in Uganda." *Journal of Development Studies*.
- Alvarez, R. 1990. "Implementing Decentralization of Health Services: A Case Study from Mexico." In Mills, A., J.P. Vaughan, D.L. Smith, and I. Tabibzadeh (eds.). *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Angeles, G., J.F. Stewart, R. Gaete, D. Mancini, A. Trujillo, and C. Fowler. 1999. *Health Care Decentralization in Paraguay: Evaluation of Impact on Cost, Efficiency, Basic Quality and Equity, Baseline Report*. MEASURE Technical Evaluation Technical Report Series No. 4. Centro Demográfico de Carolina, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- Angeles, G. and T. Mroz. 2001. "A Guide to Using Multilevel Models for the Evaluation of Program Impacts," Documento de trabajo de MEASURE *Evaluation* WP-01-33-en. Centro Demográfico de Carolina, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- Arredondo, A. y I. Parada. 2001. "Financing Indicators for Health Care Decentralization in Latin America: Information and Suggestions for Health Planning." *International Journal of Health Planning and Management* 16:259-276. John Wiley & Sons, Ltd.
- Artigas, J. 1990. "Health Services Decentralization in Spain." In Mills, A., J.P. Vaughan, D.L. Smith, and I. Tabibzadeh (eds.). *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Aucoin, P. y R. Heintzman. 2000. "The dialectics of accountability for performance in public management reform." *International Review of Administrative Sciences* 66(1): 45-55.
- Awio, G y D. Northcott 2001. "Decentralization and Budgeting: the Uganda Health Sector Experience." *The International Journal of Public Sector Management* 14(1): 75-88.
- Bennett, S. y I. Modisaotsile. 1991. "The costs and financing of selected PHC activities in Botswana." Bamako Initiative Technical Report Series, pp. 6-40.

- Berman, P. 1997. "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications." *Health Economics* 6: 11-30.
- Bertrand, J.T., R.J. Magnani, y N. Rutenberg. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill: The EVALUATION Project, Universidad de Carolina del Norte.
- Blas, E. y M.E. Limbambala. 2001. "The Challenge of Hospitals in Health Sector Reform: The Case of Zambia." *Health Policy and Planning* 16: 29-43. Oxford University Press.
- . 2001. "User-Payment, Decentralization and Health Service Utilization in Zambia." *Health Policy and Planning* 16: 19-28. Oxford University Press.
- Bossert, T. 2000a. "Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia." No. 29, Data for Decision Making Project, Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative. Boston: Harvard School of Public Health.
- . 2000b. "Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems in Latin America." No. 30, Data for Decision Making Project, Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative. Boston: Harvard School of Public Health.
- Bossert, T. y J. Beauvais 2002. "Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space." *Health Policy and Planning* 17(1): 14-31.
- Bossert, T., M.B. Chitah, y D. Bowser. 2003. "Decentralization in Zambia: Resource Allocation and District Performance." *Health Policy and Planning* 18(4): 357-369.
- Brinkerhoff, D. 2003. "Accountability and Health Systems: Overview, Framework and Strategies." Bethesda, MD: Partners for Health Reform *plus*, Abt Associates Inc.
- Brinkerhoff, D. y C. Leighton. 2002. "Decentralization and Health System Reform. Insights for Implementers." Bethesda, MD: Partners for Health Reform *plus*, Abt Associates Inc.
- Burki, S.J., G. Perry, y W. Dillinger. 1999. "Beyond The Center: Decentralizing The State." Estudios sobre América Latina y el Caribe del Banco Mundial. Washington DC: Banco Mundial.
- Campos-Outcalt, D., K. Kewa. y J. Thomason. 1995. "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* 40(8): 1091-1098.
- Cassels, A. y K. Janovsky. 1992. "A time of change: health policy, planning and organization in Ghana." *Health Policy and Planning* 7(2): 144-154.
- . 1995. "Strengthening health management in districts and provinces." Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Collins, C. y A. Green 1994. "Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries." *International Journal of Health Services* 24(3):459-475.
- Creese, A. y D. Parker. 1994. "Cost analysis of primary health care: a training manual for programme managers." Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Dillinger, W. 1994. "Decentralization and Its Implications for Urban Service Delivery." Documento para el debate sobre Gestión urbana y finanzas municipales No. 16. Washington, DC: Banco Mundial.
- Faguet, J. 2001. "Does Decentralization Increase Responsiveness to Local Needs? Evidence from Bolivia." Documento de trabajo sobre investigación en políticas No. 2516. Washington, D.C.: Banco Mundial, Grupo de investigación sobre el desarrollo, Economía pública.
- Gonzalez-Prieto, G. y M. Alvarez. 1999. "Descentralización en Salud en la República Argentina." Washington, D.C.: Banco Mundial. Procesado.
- Goodman, R.M., M.A. Speers, K. McElroy, S. Fawcett, M. Kegler, E. Parker, et al. 1998. "Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement." *Health Education and Behavior* 25(3): 258-278.
- Griffin, C. 1999. "Empowering Mayors, Hospital Directors, or Patients? The Decentralization of Health Care." Capítulo 5 en Burki, S.J., G.E. Perry y W.R. Dillinger (eds.). *Beyond the Center: Decentralizing the State*. Washington: D.C.: Banco Mundial.
- Hammer, J. S., I. Nabi, and J. A. Cerone. 1992. "Distribution Impact of Social Sector Expenditures in Malaysia." World Bank Conference on Public Expenditures and the Poor: Incidence and Targeting. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Hutchinson, P.L. 1999. "Decentralization of Health Services In Uganda: Moving Toward Improved Delivery of Services." In Hutchinson, Paul in collaboration with Demissie Habte and Mary Mulusa. *Health Care in Uganda: Selected Issues*. Discussion Paper No. 404. Washington, D.C.: Banco Mundial
- Hutchinson, P.L. 2002. "Decentralization in Tanzania: The View of the District Health Management Teams." MEASURE Evaluation Working Paper No. WP-02-48-en. Centro demográfico de Carolina del Norte, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- Hutchinson, P.L., J.S. Akin, and F. Ssengooba. 2002. "Impact of Decentralization on Health Behaviors and Health Outcomes in Uganda." MEASURE *Evaluation* Project, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- Jeppson, A y S. Okuonzi. 2000. "Vertical or Holistic Decentralization of the Health Sector? Experience from Zambia and Uganda." *International Journal of Health Planning and Management* 15: 273-289. John Wiley & Sons, Ltd.
- Jeppson, A., P. Ostergren, and B. Hagstrom. 2003. "Restructuring a Ministry of Health-an Issue of Structure and Process: A Case Study from Uganda." *Health Policy and Planning* 18(1): 68-73. Oxford University Press.
- Jeppson, A. 2001. "Financial Policies Under Decentralization in Uganda." *Health Policy and Planning*. 16(2) 187-192. Oxford University Press.
- Johnston, J. y J. DiNardo, 1997. *Econometric Methods*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Khaleghian, P. 2003. "Decentralization and Public Services: The Case of Immunization." World Bank Documento de trabajo sobre investigación en políticas 2989, Grupo de investigación sobre el desarrollo. Washington, D.C.: Banco Mundial.

- Kolehmainen-Aitken, R. 1998. "Decentralization and Human Resources: Implications and Impact," Boston: Management Sciences for Health.
- LaFond, A. y L. Brown. 2003. "A Guide to Monitoring and Evaluation of Capacity-Building Interventions in the Health Sector of Developing Countries." MEASURE Evaluation Manual Series, No. 7. Centro demográfico de Carolina del Norte, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- Leighton, C. y J. Knowles. 1997. "Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators." Special Initiative Report No. 1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Inc.
- Lindelov, M. y A. Wagstaff. 2001. "Health Facility Surveys: An Introduction." Documento de referencia para el Taller del Banco Mundial sobre encuestas a los establecimientos de salud. 12 de diciembre 2001. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Litvack, J. J. Ahmad, y R. Bird. 1998. "Rethinking Decentralization in Developing Countries." Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Lowenson, R. 2000. "Public Participation in Health Systems in Zimbabwe." *IDS Bulletin* 31(1): 14-20.
- Maddala, G.S. 1983. *Limited Dependent and Qualitative Variables in Econometrics*. Cambridge University Press.
- Maganu, E.T. 1990. "Decentralization of Health Services in Botswana." In Mills, A., J.P. Vaughan, D.L. Smith, and I. Tabibzadeh (eds.). "Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences." Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- MEASURE Evaluation 2001. "Quick Investigation of Quality (QIQ): A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning." MEASURE Evaluation Manual Series, No. 2. MEASURE Evaluation. Centro demográfico de Carolina del Norte, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- MEASURE Evaluation. 2003. "2001 Rural Service Delivery Partnership Evaluation Survey." Centro demográfico de Carolina del Norte, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- Mills, A. 1990. "Decentralization concepts and issues: a review." In Health System Decentralization: Concepts, issues and country experience. In Mills, A., J.P. Vaughan, D.L. Smith, and I. Tabibzadeh (eds.). "Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences." Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- . 1994. "Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices?" *Public Administration and Development* 14: 281-292.
- Murray, C.J.L., R. Govindaraj, y P. Musgrove. 1994. "National Health Expenditures: A Global Analysis." *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 72(4): 623-638.
- Musgrave, R.A. 1983. "Who Should Tax, Where, and What?" In McClure, Charles (ed.). *Tax Assignment in Federal Countries*. Canberra: Centro de investigación sobre relaciones financieras federales, Universidad nacional de Australia.

- Ndiaye, J. 1990. "Decentralization of Health Services in Senegal." In Mills, A., J.P. Vaughan, D.L. Smith, and I. Tabibzadeh (eds.). "Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences." Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Oates, W. 1972. *Fiscal Federalism*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Oyayo, C. y S. Rifkin 2003. "Health Sector Reforms in Kenya: an Examination of District Level Planning." *Health Policy* 64: 113-127.
- Peters, D.H., K. Kandola, A.E. Elmendorf, y G. Chellaraj. 1999. "Health expenditures, services, and outcomes in Africa: basic data and cross-national comparisons, 1990-1996." Red de desarrollo humano, División de salud, población y nutrición, No. 19578, Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Pokharel, B. 2001. "Decentralization of Health Services: Assignment Report: 20 de agosto–17 de octubre 2000." New Delhi: Organización Mundial de la Salud, Oficina regional para el Sudeste Asiático.
- Prud'homme, R. 1995. "The Dangers of Decentralization." *The World Bank Research Observer* 10(2): 201-20.
- Ramiro, L., F. Castillo, T. Tan-Torres, C. Torres, J. Tayag, R. Talampas, and L. Hawken. 2001. "Community Participation in Local Health Boards in a Decentralized Setting: Cases from the Philippines." *Health Policy and Planning* 16 (Suppl2): 61-69.
- Rehle, T. y S. Hassig. 2001. "Conceptual Approach and Framework for Monitoring" In Rehle, T., T. Saidel, S. Mills, and R. Magnani (eds.). *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for Program Managers and Decision Makers*. Family Health International.
- Robalino D.A., O.F. Picazo, and A. Voetberg. 2001. *Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence from a Cross-country Analysis*. Documento de trabajo sobre investigación de políticas 2565, Banco Mundial.
- Rondinelli, D.A., J.R. Nellis, and G.S. Cheema, 1983. "Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experience." Documentos de trabajo del personal Número 581. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Rondinelli, D.A. 1999. "What is Decentralization?" In Litvack, J. and J. Seddon (eds.). "Decentralization Briefing Notes. Washington, D.C.: Instituto del Banco Mundial.
- Rossi, P.H., H.E. Freeman, y M.W. Lipsey. 1999. *Evaluation: A Systematic Approach*. Sexta edición. Newbury Park: Sage Publications.
- Sapirie, S. 2001. "Overview: Restructuring and Strengthening Existing Routine Health Information Systems (RHIS): Issues and Ideas," In MEASURE Evaluation and JSI Research and Training Institute. "The RHINO workshop on issues and innovation in routine health information in developing countries." The Bolger Center, Potomac, MD, USA 14 al 16 de marzo 2001. Arlington, VA 22209, USA.
- Sauma, P. y J.D. Trejos. 1990. "Evolucion reciente de la Distribucion de Ingreso en Costa Rica (1977-1986)." San Jose: Instituto de Investigaciones en Ciencias Economicas, Universidad de Costa Rica. Mimeo.

- Schwartz, J.B. 1998. "Health Care Financing Assessment Framework," Processed. Documento preparado para el Proyecto Integrated Community Health Services (ICHSP). República de Filipinas: Departamento de Salud.
- Schwartz, J., D. Guilkey, and R. Racelis, 2002. "Decentralization, Allocative Efficiency and Health Services Outcomes in the Philippines." MEASURE *Evaluation* Working Paper WP-02-44. Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.
- Schrijvers, G. 1990. "The decentralization of the Netherlands health services." In Mills, A., J.P. Vaughan, D.L. Smith, and I. Tabibzadeh (eds.). "Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences." Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Seddon, J. 1999. "Participation, Civil Society and Decentralization." In Litvack, J. and J. Seddon (eds.). "Decentralization Briefing Notes." Washington, D.C.: Instituto del Banco Mundial.
- Selden, T.M. and M.J. Wasylenko. 1992. "Benefit Incidence Analysis in Developing Countries." Documento de trabajo sobre investigación de políticas No. 1015. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Shah, A. 1998. "Balance, Accountability, and Responsiveness: Lessons about Decentralization." Washington, D.C.: Banco Mundial.
- . 1999. "Intergovernmental Transfers and Grants." In Litvack, J. and J. Seddon (eds.). "Decentralization Briefing Notes." Washington, D.C.: Instituto del Banco Mundial.
- Silverman, J. 1990. "Public Sector Decentralization: Economic Policy Reform and Sector Investment Programs." Africa Technical Department Division Study Paper No. 1, Banco Mundial.
- Stigler, G. 1957. "Tenable Range of Functions of Local Government." In "Federal Expenditure Policy for Economic Growth and Stability." Washington, D.C.: Comité económico, Subcomité de política fiscal. Pp. 213-19.
- Tang, S. and G. Bloom. 2000. "Decentralizing Rural Health Services: A Case Study in China." *International Journal of Health Planning and Management*, 15:189-200. John Wiley & Sons, Ltd.
- Tanzi, V. 1996. "Fiscal Federalism and Efficiency: A Review of Some Efficiency and Macroeconomic Aspects." Bruno, M. and B. Pleskovic (eds.). "Conferencia anual del Banco Mundial sobre economía del desarrollo 1995." Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Tiebout, C. 1956. "A Pure Theory of Local Expenditures." *Journal of Political Economy* 64(5): 416-24.
- van de Walle, D. 1992. "The Distribution of the Benefits from Social Services in Indonesia, 1978-1987." Documento de trabajo sobre investigación de políticas No. 871, Economía pública, Departamento de economía nacional. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- . 1996. "Assessing the Welfare Impacts of Public Spending." Documento de trabajo sobre investigación de políticas No. 1670. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Weist, D. 1999. "Information and Monitoring in Decentralized Systems," In Litvack, J. and J. Seddon (eds.). "Decentralization Briefing Notes. Washington, D.C.: Instituto del Banco Mundial.

- Willis, G., C. Garman, y S.Haggard 1997. "The Politics of Decentralization in Latin America." La Jolla, CA: Departamento de ciencias políticas, Universidad de California, San Diego.
- Wilson, R., J. Rohde, R. Puchert, y C. Hedberg. 2001. "South Africa's district health information system: case study from Eastern Cape Province." "The RHINO workshop on issues and innovation in routine health information in developing countries." The Bolger Center, Potomac, MD, USA 14-16 Marzo 2001. Arlington, VA 22209, USA.
- Wooldridge, J. 2003. "Introductory Econometrics: A Modern Approach." Mason, OH: Thomson South-Western.
- World Bank. 1987. "Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform" Washington, D.C.
- . 1993a. "World Development Report 1993: Investing in Health." Washington, D.C.
- . 1993b. "A Framework and Indicative Cost Analysis for Better Health in Africa." Documento de trabajo sobre recursos técnicos No. 8, División de recursos humanos y pobreza, Departamento técnico sobre África. Washington, D.C.
- . 1994. Philippines Devolution and Health Services: Managing Risks and Opportunities." Departamento Nacional I, División de población y operación de recursos humanos, Oficina de Asia del Este-Pacífico. Informe No. 12343-PH.
- . 1999. "Entering the 21st Century: World Development Report 1999/2000." Washington, D.C.
- . 2000. "World Development Report: Attacking Poverty." Washington, D.C.
- . 2003. "Decentralization of Health Care in Brazil: A Case Study of Bahia." Human Development Sector Management Unit, Brazil Country Management Unit, Latin America and the Caribbean Region, Report No. 24416-BR. Washington, D.C.
- WHO, Organización Mundial de la Salud. 1978. "The Declaration of Alma-Ata," International Conference on Primary Health Care." Alma-Ata, USSR, 6 a 12 de septiembre 1978.
- . 1981. "Health for All by the Year 2000." Ginebra.
- . 2001. "World Health Report: Health Systems, Improving Performance." Ginebra.