
Descentralización del sector salud en América Latina

A. Ugalde^a / N. Homedes^b

^aDepartamento de Sociología. Universidad de Texas-Austin

^bEscuela de Salud Pública. Universidad de Texas-Houston

Correspondencia: Núria Homedes. Escuela de Salud Pública. Universidad de Texas-Houston.

1100 North Stanton. Suite #10. El Paso. Texas 79002.

E-mail:nhomedes@utep.edu

Recibido: 14 de junio de 2000.

Aceptado: 16 de octubre de 2000.

(Decentralization of the health sector in Latin America)

Resumen

Este trabajo analiza la experiencia latinoamericana con la descentralización de servicios de salud. Los autores examinan el significado de la descentralización: geográfica, institucional y de funciones. Se identifican los objetivos que según los promotores de la descentralización la justifican y se documenta que, en general, no se han conseguido. Una revisión de la bibliografía y los estudios llevados a cabo por los autores sugieren que con frecuencia la descentralización ha producido resultados opuestos a los buscados, es decir, ha incrementado la inequidad, ha disminuido la eficiencia y calidad de los servicios, y ha aumentado los costes.

Se señala que la información existente no permite determinar con seguridad si el fracaso de la descentralización se debe a la selección de políticas inadecuadas o a fallos en el proceso de implementación. Se reconoce que la descentralización es un proceso político complejo que no se puede diseñar ni imponer desde fuera y que antes de tomar la decisión de descentralizar es necesario identificar cuál de las muchas modalidades de descentralización se quiere implementar, estimar los costes, anticipar los problemas que se pueden presentar en su proceso de implementación y buscar soluciones a los mismos. Los autores concluyen sugiriendo que los bancos multilaterales han errado al forzar a los países a descentralizar de una manera improvisada sin tener en cuenta los diferentes contextos históricos, políticos y socioeconómicos.

Palabras clave: Centralización. Descentralización. América Latina. Reforma.

Abstract

This paper analyzes the Latin American experience of decentralizing health services within the context of health reform. We examine the meaning of the term decentralization and discuss the various modalities of this concept: geographical, institutional and functional. The objectives that, in general, these objectives have not been achieved. After reviewing the literature and drawing on our own fieldwork, we conclude that in many instances the Latin American decentralization programs have produced results opposite to those intended, i.e., these programs have increased inequality and the cost of services and have reduced efficiency and quality of care.

We point out that existing information is insufficient to determine with exactitude whether the failure of decentralization is due to the selection of inappropriate policies or to failures in the implementation process. Decentralization is a complex political process, policy makers should decide on the modality of decentralization they wish to implement, estimate the costs, identify the potential obstacles that could surface during the implementation phase and provide solutions. We conclude by suggesting that the multilateral banks have erred by pressing governments to improvise the implementation of decentralization programs without taking into account the different historical, political and socioeconomic contexts.

Key words: Centralization. Decentralization. Latin America. Reform.

Introducción

La gran mayoría de países latinoamericanos están embarcados en el proceso de reformar los servicios de salud, y uno de los componentes de la reforma es la descentralización. Las reformas y la descentralización han sido impulsadas y en gran parte financiadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo y, en menor medida, por algunas agencias de desarrollo bilaterales y multilaterales. Los promotores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional de América Latina^{1,2}, al cual atribuyen ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios a las necesidades sentidas de la población.

Si bien es cierto que en la mayoría de los países de la región existe un centralismo administrativo excesivo, es necesario indicar que desde hace varias décadas ha habido políticas descentralizadoras como lo confirma el gran número de institutos y empresas descentralizadas que se crearon en la región. Por ejemplo, solamente en México, antes del proceso de privatización que tuvo lugar en la década de los ochenta había más de 2.000 empresas descentralizadas.

También es importante recordar que en el sector salud hubo una época no muy lejana en la cual en los establecimientos de salud, por ejemplo en los hospitales, existía una autonomía administrativa. Por razones similares a las que se mencionan hoy para justificar la descentralización se decidió entonces centralizarlos. Por ejemplo, en Colombia en los años sesenta el gobierno centralizó aquellos hospitales privados que recibían fondos públicos, que eran la mayoría, para garantizar la calidad de los servicios y el uso adecuado de los recursos hospitalarios. En 1978, en El Salvador una evaluación de los servicios de salud del país para la Agencia Internacional para el Desarrollo de los EE.UU. (USAID) identificaba la descentralización y autonomía hospitalaria como uno de los obstáculos más serios a la planificación de los recursos hospitalarios y a la eficiencia de los mismos³.

De otra parte, hay que señalar que algunos sistemas de salud que se descentralizaron en alguna medida antes del presente movimiento descentralizador no consiguieron una mejora en eficiencia y calidad. Por ejemplo, en Paraguay la desconcentración del Ministerio de Salud empezó en 1940 con la organización de cuatro distritos sanitarios, los cuales podían retener todos los recursos generados de forma local y contratar personal de acuerdo a los criterios establecidos por el nivel central. El primer plan nacional de salud (1957) reconocía ya esta capacidad de los niveles periféricos al definir las funciones de las regiones, distritos y centros de salud⁴. Sin embargo, no hay evidencia que sugiera

que los servicios de salud en Paraguay mejoraran como resultado de esa política.

Este artículo sugiere que el concepto de descentralización se utiliza para referirse a modalidades muy diferentes de organización y que su uso indistinto no facilita el entendimiento ni el análisis de los procesos administrativos. A continuación, se presentan las razones por las que los impulsores de la descentralización consideran que esta estrategia debe implementarse. Posteriormente, se resumen los resultados de los procesos de descentralización que se han identificado en la bibliografía y que en su mayoría son negativos. Por último, se hace una reflexión sugiriendo la necesidad de clarificar las causas de los fracasos: una política puede ser apropiada o inapropiada para la consecución de unos objetivos. Si es apropiada, el fracaso en la consecución de los objetivos responde a fallos en el proceso de su implementación y es importante identificarlos.

Modalidades de descentralización

La palabra descentralización se ha utilizado de forma indiscriminada para referirse a formas organizativas muy variadas. Tradicionalmente, se habla de desconcentración como una forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores, y de devolución como una transferencia de poder decisorio total a unidades gestoras de menor tamaño. Por razones geográficas y/o relacionadas con los niveles de complejidad, en el sector salud se han creado entidades administrativas, por ejemplo distritos o regiones de salud, que pueden o no coincidir con la división político-administrativa (estados, provincias/departamentos y municipios); en estos casos la descentralización significa la desconcentración o devolución de autoridad a estas unidades.

Por descentralización también se entiende la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios. En los últimos años está cobrando mucha vigencia la autonomía hospitalaria y en algunos casos de los centros de salud. Además, como ya se ha mencionado, otra modalidad de descentralización que se ha utilizado mucho en América Latina es la de los institutos y empresas públicas descentralizadas o paraestatales a las que se les otorga la capacidad de tomar decisiones sin tener que consultar con los poderes legislativo y ejecutivo^{5,6}. Ello no impide que muchas de estas empresas públicas descentralizadas estén muy jerarquizadas y tengan sistemas decisorios y administrativos muy centralizados. Éste es el caso, por ejemplo, de muchos institutos de seguridad social.

Es decir, hay una gran variedad de posibles modalidades de descentralizar los servicios de salud. La tabla 1 presenta una matriz que por razones de espacio

Tabla 1. Modelo de descentralización del sector salud

Funciones	Central	Regional	Provincial	Municipal	Comunal	Hospital	Centro de salud	Otros
Fiscales								
Generación de fondos recurrente y/o inversión	100	0	0	0	0	100	100	100
Ordenación del gasto recurrente y/o de inversión	60	20	0	15	5	0	0	0
	0	60	20	0	20	40	30	30
Ordenación del gasto recurrente y/o de inversión	100	0	0	0	0	100	100	100
	50	15	10	10	15	0	0	25
	15	25	30	15	15	60	30	30
Programáticas								
	Centralizado					Autonomía/privatización (?)	Autonomía/privatización (?)	Autonomía/privatización
	Algunas centralizadas	Algunas descentralizadas				Dependencia total a nivel superior	Dependencia total a nivel superior	Dependencia total a nivel superior
	Algunas centralizadas		Algunas descentralizadas			Dependencia del nivel político local o regional	Dependencia del nivel político local o regional	
		Centralizada				Manejo comunitario	Manejo comunitario	
		Algunas descentralizadas		Algunas descentralizadas	Algunas descentralizadas			
Recursos humanos para la prestación del servicio								
	Centralizados	Centralizados				Autonomía	Autonomía	Autonomía
		Parcialmente descentralizados	Parcialmente descentralizados	Parcialmente descentralizados	Parcialmente descentralizados	Dependencia total a nivel superior	Dependencia total a nivel superior	Dependencia total a nivel superior
						Dependencia del nivel político local o regional	Dependencia del nivel político local o regional	
Formación de recursos humanos								
	Centralizados					Manejo comunitario	Manejo comunitario	
		Algunos descentralizados		Algunos descentralizados		Algo de autonomía Centralizado	Algo de autonomía Centralizado	Algo de autonomía Centralizado
Mantenimiento y compra de insumos y equipos								
	Centralizados					Autonomía Centralizado	Autonomía Centralizado	Autonomía Centralizado
	Algunos descentralizados		Algunos descentralizados	Algunos descentralizados				

es simplificada, pero da una idea de la complejidad de la descentralización. La matriz no es estética, a medida que cambian las tecnologías y hay transformaciones políticas, demográficas y económicas irán evolucionando las opciones.

La gestión y administración del sector salud incluye muchas funciones, niveles administrativos e instituciones. Como puede observarse en la tabla 1, se puede descentralizar a varios niveles geográficos (regional, provincial, municipal, comunal) y dentro de cada uno de

ellos en diferentes establecimientos (hospital, centro de salud, centros de diagnóstico, etc.). La descentralización por establecimientos amerita discusión, pero por razones de espacio no podemos discutir las variedades de autonomía institucional que pueden diseñarse.

El número de funciones que se pueden descentralizar es grande. En términos generales, podemos clasificarlas en cinco categorías: fiscales, programáticas, de recursos humanos, de mantenimiento, y compra de insumos. Cada categoría incluye un sinnúmero de funcio-

nes que hay que identificar y decidir si deben ser de control central o si pueden descentralizarse y a qué nivel. A continuación presentamos algunos ejemplos.

Funciones fiscales

La generación de fondos puede descentralizarse total o parcialmente, y la generación de fondos a nivel descentralizado puede estar o no estar reglamentada a nivel central. Las provincias y municipios pueden, a su vez, permitir que las unidades proveedoras de servicios generen fondos propios a través de cuotas de recuperación. Se ha observado que las entidades descentralizadas de mayores recursos económicos tienen capacidad de captar más recursos, tanto de los niveles centrales como de los descentralizados, lo que aumenta la inequidad⁷⁻¹⁰.

Es importante definir quién ordena el gasto. Se puede ordenar dentro o fuera del sector, y dentro del sector lo puede ordenar en todo o en parte el nivel central, las secretarías de salud provinciales o municipales, o las instituciones proveedoras de servicios. Cualquier variedad ofrece ventajas y desventajas. En Colombia el ordenamiento del gasto está reglamentado desde el nivel central a través de fórmulas muy complicadas que limitan la autonomía local^{11,12}.

Funciones programáticas

Otra función del sector salud es la definición de los programas de prevención y promoción. En los niveles locales puede haber una falta de incentivos para ejecutar programas que tienen externalidades. Provincias y municipios pueden decidir no programar funciones con externalidad con la intención de beneficiarse del programa de la jurisdicción vecina, o esperar hasta que la jurisdicción vecina lo haga para evitar un gasto que, de ser hecho por una sola jurisdicción, tendría un coste-beneficio desfavorable. Es en parte por eso que los programas de control de enfermedades transmisibles (malaria, rabia, etc.) se han manejado tradicionalmente de forma centralizada, aunque con anterioridad se conocían como programas descentralizados por su autonomía administrativa en el desempeño de actividades específicas de erradicación. En este caso, igual que en el de los institutos descentralizados, el concepto de descentralización es poco preciso y puede llevar a equívocos.

Recursos humanos

La descentralización del recurso humano incluye la transferencia de decisiones sobre la formación y el manejo del recurso humano. Los programas de formación

de técnicos superiores (médicos, farmacéuticos, ingenieros sanitarios, enfermeras universitarias, etc.) corresponden al Ministerio de Educación y suelen ser nacionales. La formación de personal de apoyo puede transferirse a provincias o municipios (p. ej., los promotores de salud), pero el plan de capacitación puede estar diseñado en un nivel superior. El manejo de personal incluye funciones de planificación de necesidad de recursos, selección, evaluación, transferencia, promoción y despido de personal, formación continuada, determinación de escalas salariales, paquetes de beneficios, etc. Cada una de estas funciones puede estar centralizada o descentralizada a diferentes niveles. Por ejemplo, en Paraguay, los departamentos no tienen capacidad de contratación de personal pero pueden transferir personal dentro de la jurisdicción y despedir. En México los estados pueden despedir pero no contratar sin permiso del Gobierno Federal, con lo cual corren el peligro de que la plaza vacante desaparezca¹³.

Justificación para las actuales políticas de descentralización

Según sus impulsores, la descentralización se justifica por razones políticas, administrativas y económicas para conseguir los objetivos que se enumeran a continuación^{5,6,14-18}:

Favorecer la participación comunitaria y la democratización

De acuerdo con la declaración de Alma Ata (1978), la participación comunitaria es una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria respondieran a la necesidad de los usuarios y sean aceptados por ellos^{6,19,20}. También se ha sugerido que la participación comunitaria incrementa la posibilidad de que los usuarios exijan cuentas (*accountability*) a los trabajadores de salud, ya que la supervisión y el control de las actividades del personal es más fácil en un sistema de salud descentralizado²: la participación comunitaria en la supervisión de los servicios resulta en una entrega más oportuna de los mismos, en mayor cobertura y mejora la calidad⁴.

Dicho de otra forma, la descentralización hace más flexible la gestión, y permite ajustar los servicios a las necesidades locales. Desde esta perspectiva, la descentralización y la participación comunitaria se complementan¹⁹, aunque la declaración de Alma Ata no sugiere cómo se resuelven los conflictos que se generan cuando los deseos de la comunidad van en contra de los principios técnicos.

Los bancos multilaterales, USAID, las Naciones Unidas y otras agencias de desarrollo incluyen una di-

mensión política entre las razones por las cuales promueven la descentralización. De acuerdo a ellos, la descentralización a través de la participación comunitaria promueve la democracia en países que históricamente han estado gobernados por regímenes autoritarios o dictaduras^{18,21}. Veldhuyen van Zanted y Semidei² señalan el papel de las agencias de desarrollo en promover la descentralización con el objetivo de fortalecer la democracia: «La descentralización... tiene por objetivo construir una sociedad participante a través de las nuevas instituciones democráticas. Este esfuerzo ha sido facilitado, en gran medida, a través del apoyo prestado desde un principio por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos al Ministerio de Salud...».

Según el discurso reformador, el municipio es la unidad político-administrativa en donde se «concreta la descentralización y democratización»²². Desde la OMS, Janovsky²³ afirma: «La participación pública y mayor descentralización son generalmente partes esenciales del proceso de democratización... Los objetivos políticos (de la descentralización) incluyen democracia, participación popular, rendimiento de cuentas (*accountability*), comunicación centro-periferia, apoyo al sistema electoral, etc.».

Mejorar la eficiencia y la calidad

Los servicios de salud de la región adolecen de un gran número de deficiencias administrativas que se han identificado en numerosas evaluaciones²⁴⁻³³. Una lista no exhaustiva incluye: falta de insumos básicos, mantenimiento inadecuado de equipo e instalaciones, injerencias políticas en el nombramiento de personal, uso inapropiado y robo de recursos, absentismo laboral, control excesivo de las decisiones por la profesión médica, carencia de personal técnico de niveles medios, y falta de cumplimiento de horarios. Estos problemas contribuyen en gran parte a la ineficiencia y baja calidad de los servicios. La descentralización debe ayudar a reducir algunos de estos problemas al facilitar un control más cercano por parte de la comunidad del personal y del uso de los recursos, y conocer más de cerca las diferencias administrativas.

Otras razones que contribuyen a los fallos administrativos es la pérdida o «fuga» de autoridad que tiene lugar en todas las organizaciones de cierto tamaño como parte del proceso de transmisión de órdenes desde los niveles superiores a los inferiores, cuanto más grande o más niveles tenga una organización mayor es la fuga. Otro principio de teoría de organizaciones señala que cuando el producto y el proceso de producción están estandarizados y el contexto externo es estable las instituciones o empresas jerarquizadas pueden responder de forma adecuada a las demandas de la población;

si el producto está poco estandarizado y hay cambios fuera de la organización que pueden afectar la sobrevivencia de la misma es necesario que la toma de decisiones se agilice. Ello se consigue descentralizando el proceso decisorio y dando a los niveles más bajos la flexibilidad y la autoridad que les permita responder con la rapidez necesaria a los cambios.

Reducir el gasto del nivel central

Para los gobiernos que están llevando a cabo el ajuste estructural es importante reducir el gasto público central en servicios sociales y así liberar fondos para pagar la deuda externa³⁴. Como se sabe, esta política es parte de las ideas neoliberales propulsadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Con la descentralización, en nombre de la modernización administrativa, los gobiernos centrales transfieren a los provinciales, y éstos a su vez a los municipales, la responsabilidad de la prestación de servicios de salud, pero sólo transfieren una parte de los fondos, con lo cual consiguen liberar los restantes. De acuerdo con Griffin³⁵, economista del Banco Mundial, «la primera etapa de la descentralización del sector salud en Argentina en 1978 estaba dirigida al nivel provincial más que al municipal. Su objetivo primordial fue reducir la carga fiscal del gobierno central más que la búsqueda de eficiencia o equidad».

La reducción del gasto en salud por parte del gobierno central implica un aumento correspondiente de la contribución por parte de las provincias y/o municipios descentralizados. En Brasil, cuando se descentralizó, los gobiernos municipales y estatales aumentaron su participación financiera. Por ejemplo, en Sao Paulo la participación estatal y la municipal pasaron de un 22,8 y un 5,7% en 1980 a un 37,9 y 23,8% en 1990, respectivamente¹⁶. En México varios estados se negaron durante años a ser descentralizados porque no querían asumir la carga financiera que implicaba asumir la responsabilidad de los servicios de salud sin recibir los fondos correspondientes³⁶.

Facilitar la privatización

Algunos autores han señalado que la privatización es una forma de descentralización³⁷, pero esta visión no es compartida por otros³⁸. De hecho, una de las estrategias de descentralización es la autonomía hospitalaria. En estos casos, al pasar el control del hospital o centro de salud a una junta comunal, una fundación u otra entidad sin ánimo de lucro, o a una empresa privada, aun en aquellos casos en los que la financiación siga siendo pública, se puede afirmar que se ha privatizado la gestión. Así lo han intuido los trabajadores

hospitalarios que generalmente se han opuesto a la autonomía hospitalaria por miedo a perder sus privilegios de empleados públicos.

En algunos países los planes de descentralización incluyen la privatización de los servicios³⁴. En El Salvador, uno de los objetivos de un proyecto para el sector salud que iba a ser en gran parte financiado por el Banco Mundial por un total de 120 millones de dólares pero que nunca llegó a materializarse, unía en uno de sus tres objetivos principales la descentralización y la privatización³⁹. En este mismo país, y en otros, los planes de municipalización de los servicios de salud contemplan dar a los municipios la libertad de contratar con ONG y con empresas comerciales para la provisión de servicios médicos⁴⁰⁻⁴³.

Resultados de la descentralización

La descentralización no ha aumentado la participación comunitaria. Hay una bibliografía muy extensa que explica la dificultad de dar participación a la comunidad porque las elites nacionales y/o locales no tienen interés en compartir su poder^{34,44,48}. Las elites locales aprovechan su nuevo poder para su propio beneficio. La descentralización no puede resolver este problema. Basándose en su investigación del sector sanitario chileno, Scarpaci¹⁸ hace un comentario que es aplicable al resto de la región: «... raramente habrá una descentralización auténtica, porque a nivel local es una amenaza contra los intereses de las clases dominantes».

Estudios de casos sugieren que la descentralización no ha mejorado la eficiencia, la equidad, la calidad, y la satisfacción por parte de los usuarios. En 1993 Gross et al⁴⁹, en una revisión bibliográfica sobre descentralización, no encontraron ningún estudio que demostrara que la descentralización hubiera mejorado la calidad de la atención primaria. La Forgia y González-Block²¹ concluyen: «La descentralización no mejorará automáticamente la eficiencia, la igualdad, la calidad o la participación colectiva. El gran peligro es que los servicios de salud se pueden descentralizar sin que su funcionamiento cambie o mejore». Collins¹⁷, en sus revisiones de la bibliografía, también sugiere que la descentralización no ha tenido éxito. Más recientemente Bossert⁵, uno de los autores con más experiencia en los procesos de descentralización en países en vías de desarrollo, afirma: «Hoy día las grandes agencias de ayuda al desarrollo tales como el Banco Mundial y USAID, cuyas políticas están dictadas por consideraciones ideológicas, están recomendando la descentralización. Estas políticas de descentralización no están avaladas por ninguna prueba de efectividad».

Hay muchas razones que explican el fracaso de la descentralización en incrementar la eficiencia, la equidad y calidad de los servicios de salud, pero por razones de espacio nos limitamos a dar un par de ejemplos. Es difícil reclutar personal técnico capacitado en muchas provincias y municipios: cuanto más pobres y aislados más difícil. Se han organizado talleres para capacitar personal pero la experiencia enseña que es difícil retener al personal capacitado o atraerlo de fuera cuando las localidades carecen de la infraestructura física y social adecuada a sus expectativas (escuelas, actividades culturales, centros de recreación y comerciales, etc.). Como se ha indicado, la descentralización ha transferido responsabilidades sanitarias del gobierno central a las provincias sin transferir los fondos necesarios. Unas pocas provincias y municipios, generalmente los más ricos, han asumido parte de la nueva carga financiera pero otras muchas, las más pobres, no lo han podido hacer, por lo cual la calidad y equidad de los servicios no han mejorado en muchas jurisdicciones.

Los anteriores comentarios permiten cuestionar el éxito de la descentralización. Al mismo tiempo, un número creciente de evaluaciones de programas de descentralización empiezan a documentar los efectos negativos que ésta está produciendo en los servicios de salud, que a veces son exactamente los opuestos a los objetivos que se proponen los que impulsan la descentralización. Bossert afirma: «... muchas de las evaluaciones de los proyectos financiados por las agencias de desarrollo demuestran no sólo que los objetivos no se alcanzan sino que las condiciones empeoran».

A continuación enumeramos los efectos negativos que aparecen en la bibliografía:

Aumenta el número de decisiones inadecuadas

Se ha documentado que los líderes de las comunidades tienden a asignar el gasto para satisfacer a grupos de interés o para actividades sanitarias que no son siempre recomendables, por ejemplo en gastos en atención médica de alta tecnología en vez de programas preventivos. Los líderes raramente tienen en cuenta la mejora de la salud de la población⁵⁰. En Bolivia, el gobierno central transfirió a los municipios fondos para salud y educación con la intención de que los invirtieran en los sectores sociales que consideraran prioritarios; los alcaldes prefirieron gastarlos en la infraestructura física de otros sectores⁵¹. En Colombia fue frecuente que los alcaldes invirtieran fondos que habían recibido del gobierno central en la construcción de hospitales cuando hubiera sido más apropiado invertirlo en atención primaria⁵². En Perú, las juntas directivas de algunos centros locales de atención de salud (CLAS)

aumentaron las cuotas de recuperación y la venta de medicamentos para tener más ganancias y poder convertir los centros de salud en hospitales⁵³. Durante el gobierno sandinista (1979-1990) en Nicaragua el ministerio repartió letrinas en áreas rurales y hubo quienes prefirieron venderlas para satisfacer otras necesidades que consideraban más perentorias⁴⁵.

Aumento de inequidad

Con la descentralización financiera los estados y municipios más pobres tienen menos recursos que los ricos y se aumenta la inequidad en la globalidad del país. Como se ha indicado, las entidades descentralizadas deben complementar los pocos recursos que el gobierno central o estatal les transfieren. En el ejemplo de Sao Paulo, ya comentado, hay que señalar que éste es uno de los estados más ricos de Brasil, pero se entiende que en Brasil al igual que en otros países, muchas provincias y municipios, ya sea por pobreza o por limitaciones legales de recaudar fondos, no tienen recursos para los servicios de salud⁹. Estudios de casos indican que los ciudadanos de los municipios más pobres tienen menos acceso a los servicios que antes de la descentralización, lo que ha aumentado la inequidad. En México, la descentralización de la Secretaría de Salud afectó negativamente al programa IMSS-Solidaridad, el único programa exitoso de atención de salud para los pobres, al transferirlo del Seguro Social a las secretarías de salud estatales. Las secretarías tenían menos recursos y personal y la calidad de los servicios de IMSS-Solidaridad se deterioraron visiblemente, aumentando la inequidad⁵⁴. Otros estudios en México confirman que en algunos estados que se descentralizaron en la primera etapa (1983-1994) aumentó la inequidad⁷. Datos de Chile también señalan el incremento de la inequidad con la municipalización de los servicios^{8,9,55}.

La solución a este problema es la creación de un fondo de solidaridad/compensación que asigne fondos de acuerdo a una fórmula construida con varias variables. Las experiencias de Colombia, Chile y Nicaragua, que son de los pocos países que han establecido fondos de compensación, demuestran que en América Latina la determinación de la cantidad y la modalidad de transferencia son decisiones complejas y difíciles que no siempre consiguen reducir la inequidad^{54,56,57}.

Incluso cuando no hay descentralización financiera y los niveles locales reciben los fondos de niveles superiores, los decisores locales han distribuido los recursos en respuesta a las demandas de los hospitales y centros más poderosos (p. ej., los universitarios), con lo cual las poblaciones más pobres han quedado más desatendidas, y ha aumentado la inequidad intrarregional.

Aumento del gasto

La descentralización aumenta el gasto debido a la organización de las nuevas administraciones, al entrenamiento del personal descentralizado y del personal central que debe reorientar sus actividades, a las subidas de salarios causadas por la homologación del personal que se transfiere de una institución a otra (se calcula que en Colombia el incremento fue del 33%), y al posible incremento de la demanda²¹. El incremento de empleados públicos en las entidades descentralizadas no siempre puede ir acompañado de una reducción de personal en el nivel central, ya sea porque éste tiene que suplir la incompetencia de los niveles descentralizados o porque la legislación impide el despido o traslado de trabajadores del Estado, o por presiones sindicales que se oponen al despido de sus miembros^{11,56}. También hay un aumento del gasto por la pérdida de las economías de escala en la compra de insumos y en contratos para el mantenimiento de equipos sobre todo en áreas de pequeña población.

Reducción de la eficiencia

La descentralización afecta los intereses de muchos trabajadores del sector salud que, de una forma u otra, pueden dificultar su implementación. Se ha reconocido que los administradores centrales no aceptan perder su poder, y que los administradores provinciales una vez que reciben el poder tampoco tienen interés en transferirlo a niveles inferiores, reproduciendo a nivel provincial el centralismo que se intentaba cambiar²². Los empleados públicos que temen perder su empleo, los beneficios laborales, el acceso a traslados, o cambio de actividades no solamente se oponen a los cambios sino que además se desincentivan y disminuyen su eficiencia y productividad durante los períodos de cambio.

Las experiencias de Chile, Colombia y Brasil, países que han avanzado más en el proceso de descentralización, sugieren que la regionalización crea problemas de coordinación y genera ineficiencias al aumentar las referencias innecesarias a niveles superiores^{8,55}. Este problema se agrava cuando cada nivel es financiado por una entidad diferente permitiendo que los inferiores disminuyan su gasto, o satisfagan mejor al usuario, al transferir el cuidado del paciente a un nivel de complejidad superior. La ambigüedad técnica de las referencias hace difícil reglamentarlas incluso cuando hay sistemas adecuados de control y supervisión.

Aun en países poco descentralizados, como Costa Rica, existe este problema entre las unidades descentralizadas a través de la privatización. Según el director médico de una de las cooperativas de salud, como el contrato con la Caja Costarricense de Seguridad So-

cial (CCSS), que financia la cooperativa no normatiza las referencias, hay una tendencia entre los médicos de la cooperativa a referir innecesariamente pacientes a hospitales y especialistas de la CCSS. Hace unos años, al inicio de la cooperativa, sus médicos se referían entre un 5 y 10% de las visitas; hoy día el porcentaje está entre el 20 y 25%, lo que ahorra tiempo al médico y dinero a la cooperativa⁵⁸. Si se tiene en cuenta que el coste per cápita de atención es entre 3 y 5 veces más alto en la cooperativa que en la CCSS, se explica que los usuarios de la cooperativa estén más satisfechos que los de la CCSS.

Otras consecuencias negativas

Los gobiernos provinciales descentralizados pueden tender a endeudarse, como sucedió en Argentina, ya sea por gastar más de lo que ingresan o por préstamos que obtienen pero que después no pueden pagar y que el gobierno central termina asumiendo. El Banco Mundial ha considerado que esta práctica es desestabilizadora para las economías de los países y recomienda que se limite la capacidad de endeudamiento de las entidades descentralizadas por medio de legislación, pero ello limita el poder de las unidades descentralizadas¹.

Un problema de política o un problema de implementación

La teoría administrativa pública distingue dos fases en el proceso decisorio: la primera es la selección de una política y la segunda es su implementación⁴⁴. La política escogida puede ser la adecuada para la consecución de los objetivos deseados, pero sufre modificaciones durante el proceso de implementación ya sea por problemas de ambigüedad, logísticos, fuga de autoridad, obstáculos que interponen grupos de presión, u otros vicios. El resultado es que los objetivos anticipados no se consiguen, o incluso que la situación final es peor que la que existía anteriormente. Naturalmente, también puede suceder que la política escogida sea inapropiada para la consecución de los fines deseados.

Hay muy poca experiencia que permita afirmar que una política específica de descentralización es la adecuada para conseguir los fines propuestos. En América Latina tampoco se han hecho estudios de casos que faciliten el entendimiento del proceso de implementación de políticas de descentralización. Por tanto, cuando en la bibliografía se afirma que la descentralización no ha conseguido los fines esperados, no siempre se puede distinguir si es porque la política no era la adecuada o por fallas en la implementación.

De manera tentativa, y en espera de estudios específicos de políticas de descentralización, se presentan algunos ejemplos de políticas inadecuadas. Los servicios de atención médica necesitan un mínimo de población cuyo número aumenta a medida que lo hace la complejidad del servicio. Por tanto, no todos los municipios, o incluso provincias, pueden ofrecer servicios de cierta complejidad. Esto exige que hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico, etc., proporcionen servicios a varios municipios pequeños, y que hospitales especializados de tecnologías avanzadas presten servicios a varias provincias pequeñas. Éste es un factor limitante para la descentralización administrativa de la atención médica. Para resolver este problema el estado de Sao Paulo creó el Escritorio Regional de Salud (ERSA)¹⁹. El ERSA es una unidad de gasto y un órgano de administración de recursos humanos que agrupa el laboratorio regional, el hospital psiquiátrico y otros hospitales, el servicio ambulatorio de salud mental y los centros de salud. Además, los 65 ERSA dependen para algunas funciones de cinco coordinaciones generales de salud (CRS). Chile también organizó niveles administrativos intermedios cuyos hospitales sirven a varios municipios. La creación de niveles administrativos intermedios es inevitable para la mayoría de las zonas rurales y pequeñas ciudades, e impone serias limitaciones a la descentralización provincial y local de la atención médica al entremezclar los sistemas decisivos políticos y administrativos. Además, es difícil evitar que algunos administradores tengan que responder a dos líneas de autoridad lo cual va en contra de los principios más elementales de la teoría administrativa.

Otra modalidad de descentralización que por su naturaleza parece errónea es la descentralización de compras de insumos en países de escasa población, o en jurisdicciones descentralizadas pequeñas (municipios, estados, regiones) en países con mayor población. Como se ha mencionado, economías de escala requieren la centralización de insumos, incluyendo medicamentos⁵⁹.

Igualmente, es cuestionable la descentralización normativa de algunas políticas de salud ambiental y de salud preventiva-promocional a las que se oponen las grandes compañías nacionales y las transnacionales. En la práctica las unidades político-administrativas pequeñas no tienen recursos económicos ni capacidad técnica para establecer normas que vayan en contra de los intereses de las grandes corporaciones. La regulación de las compañías multinacionales es uno de los grandes problemas incluso para los gobiernos nacionales.

Aun en países que optan por un modelo de descentralización, hay funciones que no pueden descentralizarse porque podrían poner en peligro la salud de la población o la identidad del colectivo ciudadano como nación. A modo de ejemplo y sin intentar ser exhaustivos, podemos mencionar las siguientes: las políticas

sobre medicamentos y laboratorios de control de calidad de medicamentos; sobre normativa de la calidad de los servicios, control de las enfermedades transmisibles, salud ocupacional, calidad de agua compartida por varias jurisdicciones, medio ambiente y seguridad vial; sobre criterios que establecen la cantidad y distribución de los fondos de solidaridad; sobre el plan de desarrollo de recursos humanos para la provisión de servicios y su administración; sobre la normativa que regula las actividades económicas que afectan a la salud como pueden ser la producción, transporte y distribución de alimentos, y sobre criterios que rigen la financiación y la capacidad de endeudamiento sectorial.

Fallos en la implementación

El fracaso de algunas políticas de descentralización también resulta por fallos en la implementación. Con frecuencia, la decisión de descentralizar se ha hecho de forma precipitada respondiendo a consideraciones políticas o presiones de los bancos multilaterales y agencias binacionales de desarrollo antes de estudiar detalladamente cuáles de las muchas modalidades de descentralización (presentadas en la tabla 1) son las más adecuadas y factibles en el contexto político y económico del país, antes de identificar obstáculos previsibles y buscar soluciones a los mismos, y antes de capacitar adecuadamente al personal para las nuevas funciones. En otras palabras, el proceso de descentralización se ha caracterizado por una gran improvisación que, sin duda, ha sido en gran parte responsable de los fracasos mencionados.

En Paraguay se creó confusión al no diseñar mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles. No se aclaró de antemano las funciones de las nuevas secretarías de salud dependientes de los gobernadores, cuyas funciones duplicaban las de los directores regionales dependientes del ministerio de salud, lo que generó serias fricciones entre los dos. Tampoco se definió el sistema de financiación y las modalidades de transferencias de fondos². En cambio, se descentralizó la compra de medicamentos, lo que, como se ha indicado, aumenta el precio de los mismos. La Forgia y González-Block²¹ afirman que en Colombia la implementación de la descentralización fue prematura y «todavía hay cierta confusión a nivel local». En El Salvador se inició la descentralización sin ninguna programación ni estudios de factibilidad, y la única preparación fue unas horas de entrenamiento a los jefes de los servicios de salud provinciales. El resultado es que se nombraron a 19 jefes provinciales sin que ni siquiera se diera una desconcentración del ministerio⁶⁰. Como uno de nuestros entrevistados comentó, «no ha cambiado nada, lo único es que ahora hay 19 jefes y antes sólo había uno⁶¹».

En conclusión, aunque está claro que el fracaso de una política puede explicarse por la naturaleza de la misma y en otras ocasiones por fallos en el proceso de implementación, en el caso de la descentralización de los servicios de salud en América Latina no se ha analizado en detalle cuáles de las políticas que ponen en marcha las diferentes modalidades de descentralización han sido inadecuadas y cuáles no han resultado exitosas por fallas en la implementación.

Discusión

Existe suficiente información para afirmar que la descentralización de los servicios de salud, tal como se ha diseñado e implementado en América Latina, no es la solución más adecuada, ni en un futuro próximo parece poder serla, a los problemas de gestión y administración más graves que enfrentan los países de la región. Aún más, la descentralización está incrementando algunos de los problemas y quizá generando nuevos. El fracaso de la descentralización es desafortunado, porque en algunos contextos ciertas modalidades de descentralización/desconcentración presentadas en la tabla 1 pueden resolver algunos de los problemas administrativos de los servicios de salud. Aun durante la segunda fase de descentralización en México (desde 1996 hasta el presente), que es muy limitada, un subsecretario de salud de un estado nos comentaba que la escasa descentralización «es una ventana de oportunidad para hacer ciertas cosas que antes no podían hacerse y que pueden tener un efecto positivo⁶²». Sería una pena que la ventana se cerrase por la improvisación con que se ha llevado a cabo la descentralización.

Para mejorar la administración pública es necesario entender las causas de sus fallos, muchos de ellos son estructurales, y quizá no puedan subsanarse sin que primero se den cambios profundos en los sistemas políticos y jurídicos de los países, cambios que no pueden imponerse desde fuera ni decretarse desde dentro⁶³. Aquellos países que consideren oportuno llevar a cabo alguna modalidad de descentralización deben invertir tiempo y recursos para analizar si, en su contexto, hay una base teórica sólida que permita afirmar que los objetivos buscados se pueden conseguir a través de la política considerada. También hace falta estimar el coste de la implementación y sus fuentes de financiación.

Hay quienes piensan que la única forma de conseguir que las municipalidades adquieran la capacidad administrativa es descentralizando, ya que esto las obliga a desarrollarla o importarla. Esto puede suceder en las municipalidades más grandes pero no es factible en los miles de municipios pequeños de América Latina. Cuando se municipalizó la salud en Colombia un

porcentaje muy alto de los alcaldes que ya eran elegidos por votación y que debían hacerse cargo del sector salud eran analfabetos, y tenían un conocimiento muy limitado por no decir nulo de salud pública.

Muchas de las variables que afectan a la posibilidad o el éxito de la descentralización son específicas para cada país y dependen del contexto histórico-político y cultural de la relación de poder económico entre las diferentes unidades administrativas y el nivel central, y de la capacidad de gestión y negociación de las diferentes estructuras administrativas. Sin embargo, como hemos indicado, hay también otras variables que, sea cual sea el contexto, afectan a la posibilidad y el éxito de la descentralización del sector salud.

Se sabe muy poco sobre los procesos de implementación de políticas sanitarias en América Latina y de las transformaciones que las políticas sufren durante ese proceso. Estudios de implementación pueden identificar las causas por las que una política adecuada se va transformando al implementarse, los actores/decisores que intervienen, su motivación y las posibles soluciones a los problemas de implementación. Estos estudios son complejos, costosos, y llevan tiempo porque, generalmente, exigen una metodología de observación y entrevistas de profundidad o, en lenguaje antropológico, son etnografías institucionales. La experiencia enseña que el no hacerlos tiene un coste muy elevado.

Empezar a descentralizar antes de entender estos procesos puede, como hemos visto, tener consecuencias negativas que disminuyan aún más la eficiencia y la calidad de los servicios, creen mayor inequidad y, al mismo tiempo, pueden ser muy costosos, no solamente por los gastos nuevos en los que se incurre sino por la connotación negativa que imprimen

los procesos de cambio. Nuestro estudio sugiere que la descentralización es un proceso de cambio muy complejo. Los bancos multilaterales han errado al financiar y en ocasiones imponer la descentralización como parte de la reforma del Estado, condicionando la entrega de otros fondos de desarrollo a su ejecución. Antes de desmontar la capacidad planificadora del gobierno central de un país es de sentido común asegurarse de que las nuevas modalidades administrativas son más eficaces que la vigente y que son implementables.

No deja de ser paradójico que mientras se favorece la descentralización y privatización de los servicios públicos en países en vías de desarrollo por razones también de eficiencia y participación comunitaria, el sector privado sanitario por razones también de eficiencia se va centralizando y alejándose cada vez más del usuario. En los EE.UU. la prestación de los servicios de salud está en manos de 4 o 5 aseguradoras de ámbito transnacional que actúan sin ninguna transparencia y sin rendir cuentas a nadie⁶⁴.

A partir de la evidencia presentada, es necesario hacerse la siguiente pregunta: ¿por qué los organismos internacionales siguen financiando y promoviendo la descentralización en los países de la región? No hay una respuesta obvia a esta pregunta. Según han sugerido varios autores citados, la descentralización es parte del ajuste estructural, es decir, un mecanismo a través del cual se liberan fondos de los gobiernos centrales para pagar la deuda externa. La descentralización también facilita la privatización, que es una parte esencial del modelo neoliberal que determina las políticas de los bancos multilaterales. Para el neoliberalismo el sector privado es más eficiente que el público.

Bibliografía

- Burki SJ, Perry G, Dillinger W. Beyond the center. Decentralizing the state. Washington: World Bank, 1999.
- Veldhuyzen van Zantes T, Semidei C. Assessment of health sector decentralization in Paraguay. Technical report núm. 1. Washington: University Research Corporation, 1996.
- Ruiz A, Askin PW, Gibb DC. Health sector assessment. El Salvador. Washington: USAID, 1978.
- Semidei CM, Rojas de Wickzen V, Veldhuyzen van Zantes T. Analysis of decentralization in the health sector of Paraguay at the departmental level. Technical report n.º 3. Washington: University Research Corporation, 1996.
- Bossert T. Decentralization. En: Janovsky K, editor. Health policy and systems development. An agenda for research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.
- Hommes R. Conflicts and dilemmas of decentralization. Reunión anual sobre el desarrollo económico, 1 al 5 de mayo. Washington: Banco Inter-Americano de Desarrollo, 1995.
- González-Block MA, Leyva R, Zapata O et al. Health services decentralization in Mexico: Formulation, implementation and results of policy. Health Policy and Planning 1989; 4: 301-315.
- Duarte D. Asignación de recursos per capita en la atención primaria. Cuadernos de Economía 1995; 32: 117-124.
- Duarte Quapper D, Zuleta Reyes MS. La situación de salud primaria en Chile. Manuscrito inédito, 1999.
- Hernández Álvarez M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Manuscrito inédito, 1999.
- Jaramillo Pérez I. La descentralización del sector salud en Colombia. Manuscrito inédito, 1998.
- Cardona A. Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 1998; 16: 9-26.
- Homedes N, Ugalde A. Descentralización de la salud en México y cooperación transfronteriza (Texas-México). Trabajo presentado en la reunión anual de la Asociación fronteriza México-Estados Unidos. San Antonio, junio de 1999.
- Collins CD. Management and organization of developing health systems. Oxford: Oxford University Press, 1994.

15. Mills A, Waughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Ginebra: World Health Organization, 1990.
16. Cheema GS, Rondinelli DA, editores. Decentralization and development. Beverly Hills: Sage Publications, 1983.
17. Collins CD. Decentralization. En: Javosky K, editor. Health policy and systems development. An agenda for research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996; 161-168.
18. Scarpaci JL. Primary-care decentralization in the southern cone: shantytown health care as urban social movement. En: Weil C, Scarpaci JL, editores. Health and health care in Latin America during the lost decade: insights for the 1990s. St. Paul: University of Minnesota Latin American Series, 1992; 229-274.
19. Acevedo Mercadante O, Yunes J, Chorny AH. Descentralización y municipalización de los servicios de salud en Sao Paulo, Brasil. Boletín Oficina Panamericana de la Salud 1994; 126: 381-396.
20. Winkler DR. The design and administration of intergovernmental transfers, fiscal decentralization in Latin America. Washington: World Bank, 1994.
21. La Forgia GM, González-Block MA. Descentralización en salud: lecciones de la experiencia. Discussion paper n.º 2. Inter-American Development Bank. Washington: Banco Interamericano para el Desarrollo, 1995.
22. Del Valle López A. Descentralización de los servicios de atención primaria de salud a nivel municipal. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, 14 al 17 de octubre de 1998.
23. Janovsky K. Decentralization and health systems change: a framework for analysis. Revised working document. National Health System and Policies Unit. Division of Strengthening of Health Services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1995.
24. ANSAL. Health sector reform in El Salvador: towards equity and efficiency. Executive summary. San Salvador: USAID, 1994.
25. Ugalde A, Homedes N. Physicians and underutilization of primary rural health services: the case of the Dominican Republic. En: Ugalde A, Alubo O, editores. Physicians and health care in the third world. Studies in Third World Societies, n.º 55. Williamsburgh: College of William and Mary, 1994; 65-84.
26. Sanguinety J et al. Informe final. Estudio sectorial de salud. Manuscrito inédito. San José, Costa Rica: Detec, 1988.
27. Becht J, Bravo J. Evaluation report: project Concern International. Bolivia primary health care development and training. USAID documento PDAAT 884. Washington: USAID, 1984.
28. Angell A, Graham C. Can social sector reform make adjustment sustainable and equitable? Lessons from Chile and Venezuela. J Latin American Studies 1995; 27:189-210.
29. Fernández Y. El proceso de descentralización y la autonomía hospitalaria: caso del hospital Rísquez en Venezuela. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid 14 a 17 de octubre de 1998.
30. World Bank. Venezuela. Health sector review. Informe n.º 10.713-VE. Washington: The World Bank, 1992.
31. World Bank. Argentina. Population, health sector review. Informe n.º 6.555-AR. Washington: The World Bank, 1987.
32. World Bank. Panamá. Health sector study. Informe n.º 6.225. Washington: The World Bank, 1996.
33. World Bank. Health care in rural El Salvador. Informe núm. 16.768-ES. Washington: The World Bank, 1997.
34. Collins CD. Decentralization and the need for political and critical analysis. Health Policy and Planning 1989; 4:168-171.
35. Griffin C. Empowering mayors, hospital directors, or patients? The decentralization of health care. En: Burki SJ, Perry G, Dillinger W, editores. Beyond the center. Decentralizing the state. Washington: World Bank, 1999.
36. Ugalde A, Homedes N. Descentralización como parte del proceso de reforma sanitaria en América Latina. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre Reforma del Estado y de la Administración para el Desarrollo (CLAD). Madrid, 14 al 17 de octubre de 1998.
37. Rondinelli DA. Implementing decentralization programmes in Asia: a comparative analysis. Public Adm Develop 1983; 3: 181-207.
38. Collins CD, Green AT. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. Int J Health Services 1994; 24: 459-476.
39. Banco Mundial. Project identification document. Manuscrito, 7 de noviembre de 1995.
40. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Documento guía para la reforma del sector salud en El Salvador. Borrador para discusión. Grupo de Reforma del Sector Salud. San Salvador, enero de 1995.
41. Verdugo JC. Los riesgos de la reforma del sector salud y el papel de la sociedad civil en Guatemala. Entre una economía de guerra y una de mercado. Trabajo presentado en el seminario taller Desarrollo Humano y Salud en la Nueva Economía Global. Experiencias, Oportunidades y Riesgos en las Américas. Galveston, Texas, 26 al 28 de octubre de 1998.
42. Icó H. El papel de la sociedad civil ante el sistema integral de atención en salud, SIAS. Trabajo presentado en el seminario taller Desarrollo Humano y Salud en la Nueva Economía Global. Experiencias, oportunidades y riesgos en las Américas. Galveston, Texas, 26 al 28 de octubre de 1998.
43. Nieves I, La Forgia G. Guatemala NGO contracting. Trabajo presentado en la reunión del Banco Mundial «The Challenge of Health Reform: Reaching the Poor». San José, Costa Rica, 24 a 26 de mayo de 2000.
44. Ugalde A. A study of decision making in the health sector of Colombia. Ginebra: World Health Organization, 1970.
45. Ugalde A. Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención de la salud. En: Menéndez EL, editor. Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso de Nicaragua, 1978-1989. México: Instituto Mora, 1999; 29-45.
46. Macdonald JJ. Primary health care. Medicine in its place. Londres: Earthscan Publications, 1993.
47. Brownlea A. Participation: myths, realities and prognosis. Social Science and Medicine 1987; 2: 605-614.
48. OPS. Participación de la comunidad en la salud y desarrollo en las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. Publicación Científica n.º 473. Washington: OPS, 1984.
49. Gross R et al. Clinic decentralization: an Israeli model and evaluation strategy. J Management Med 1993; 7: 11-21.
50. Holley J. Estudio de descentralización de la gestión de los servicios de salud. Territorio de Capinota, Bolivia. Latin American Health and Nutrition Sustainability Project. Washington: University Research Corporation, 1995.
51. Ruiz Mier F, Giussani B. Descentralización y financiamiento de la provisión de servicios de salud en Bolivia. Informe de consultoría a CEPAL, ACDI y ODA, 1996.
52. La Forgia GM, Homedes N. Decentralization of health services in Colombia. A review of progress and problems. Manuscrito inédito. Washington: World Bank, 1992.

53. Altobelli L. Community management of health facilities. Trabajo presentado en la reunión del Banco Mundial «The challenge of health reform: reaching the poor». San José, Costa Rica, 24 a 26 de mayo de 2000.
 54. Gershberg AI. Decentralization and recentralization: lessons from the social sectors in Mexico and Nicaragua. Final report. Submitted to the Inter-American Development Bank. RE2/SO2, 15 de enero de 1998.
 55. Larrañaga O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Serie Financiamiento y Desarrollo. Proyecto Cepal/GTZ Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe. Unidad de financiamiento. Santiago de Chile: Ministerio de Salud/FONASA, 1999.
 56. Osorio Gómez JJ. Experiencia colombiana en la reforma de la seguridad social. Trabajo presentado en la reunión de Reforma del Sector Salud. Santiago, Chile, 26 al 29 de octubre de 1999.
 57. Jané Camacho E. Sistemas de salud y desarrollo. Manuscrito inédito, 1999.
 58. Entrevista de los autores al director médico de la cooperativa de Tibás, mayo de 2000.
 59. Barillas E. La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 1997; 1: 246-249.
 60. Ugalde A, Selva Sutter E, Castillo C, Paz C, Cañas S, Oakes M et al. Reconstruction of the health sector in El Salvador after the 1981-1992 war. A report for the European Union. Contrato núm. TS3-CT94-0305 (DG 12 HSMU). San Salvador, septiembre de 1996.
 61. Entrevista de los autores con un jefe de un servicio provincial descentralizado. San Salvador, noviembre de 1995.
 62. Entrevista de los autores con un subsecretario de salud de un estado, agosto de 1998.
 63. La Forgia G, Levine R, Díaz A, Rathe M. Fend for yourself. Systemic failure in the Dominican health market and prospects for change. Manuscrito inédito, 1999.
 64. Court J, Smith F. Making a killing. HMOs and the threat to your health. Monroe: Common Courage Press, 1999.
-