

M. Gloria Molina y Peter Spurgeon*

La descentralización del sector salud en Colombia

Una perspectiva desde múltiples ámbitos¹

Este artículo analiza las características del desarrollo institucional (DI) y la participación comunitaria (PC), como los principales componentes de la descentralización del sector salud en Colombia. Este análisis se enmarca en el contexto de las reformas al sector salud que buscan mejorar la prestación de servicios sanitarios. Se entiende la descentralización como una política pública que interactúa mucho con el entorno político, social, económico y administrativo. El estudio incluye tres estudios de caso desde la perspectiva de los tomadores de decisiones en los ámbitos local, regional y nacional donde se recolectaron y procesaron datos cualitativos y cuantitativos. Los hallazgos sugieren que los tres municipios han progresado en ciertos aspectos de la descentralización del sector salud, pero que no cuentan con un avance integrado del DI y la PC. El sistema político ha desempe-

* Gloria Molina tiene un doctorado en enfermería en la Universidad de Birmingham. Es conferencista e investigadora en la Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Dirección postal: Calle 62 No. 52-19, Medellín, Colombia. Tel.: 57-4. 256-5615, 510-6840; Fax: 57-4. 511-2506. Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co; molinag@epm.net.co. Peter Spurgeon es doctor en Psicología. Se desempeña como director de Gestión y Desarrollo Organizacional y Liderazgo del Management and Organisation Development and Leadership at the Health Services Management Centre de la Universidad de Birmingham. Dirección postal: Park House, 40 Edgbaston Park Road, Edgbaston, Birmingham B15 2TR, Inglaterra. Tel.: 44-0121. 414-7050; Fax: 414-3673. Correo electrónico: P.Spurgeon@bham.ac.uk.

¹ Artículo recibido el 21 de abril de 2005 y aceptado el 21 de Septiembre de 2006. Este artículo forma parte de la tesis *An Examination of the Process of Decentralization of the Health Sector in Colombia*, que Gloria Molina presentó en la Universidad de Birmingham para obtener el doctorado en 2003. Los autores quieren agradecer a la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, y a la Organización Panamericana de la Salud por el apoyo financiero otorgado a esta investigación. Asimismo, agradecen al Centro de Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Birmingham y a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por el respaldo académico prestado. Traducción del inglés de Susana moreno Parada.

ñado un papel importante en este proceso, pues el clientelismo influye en la calidad del personal y en todo el proceso. La mezcla de descentralización y privatización también creó conflictos en la prestación de servicios.

Palabras clave: reforma del sector salud, desarrollo institucional, participación comunitaria, privatización, fallas del mercado, cualitativo, estudio de caso.

*The Decentralisation of the Health Sector in Colombia
Seen from a Multiple Level Perspectives*

This article analyses the characteristics of Institutional Development (ID) and Community Participation (CP) as the main components of decentralisation of the health sector in Colombia. This analysis is framed in the context of health sector reforms that seek to improve the provision of health services. Decentralisation is understood as a public policy, which interacts strongly with the political, social, economic and administrative environment. The study involved three case studies and the perspective of the regional and national decision-makers in which qualitative and quantitative data were gathered and processed. The findings suggest that the three municipalities have progressed in some aspects of the decentralisation of the health sector, but they do not have an integrated development of ID and CP. The political system has played an important role in this process, in which the patronage system influences the quality of the staff and the whole process. The mixture of decentralisation and privatisation has also created conflicts in the provision of services.

Keywords: health sector reform, institutional development, community participation, privatisation, market failures, qualitative, case study.

INTRODUCCIÓN

Colombia está dividida en 32 departamentos y en el año 2000, tenían 1 080 municipios clasificados en siete categorías de acuerdo con su desarrollo económico y social (República de Colombia, 1993). Los municipios más desarrollados (las ciudades más grandes son Bogotá, Medellín y Cali) estaban en el nivel E (0.5%), las otras ciudades grandes estaban en el nivel 1 o 2 (2.8%). Los municipios medianos estaban en el nivel 3 (5.4%) o 4 (11.5%) y los municipios más pequeños y más pobres

estaban en el nivel 5 (32.4%) o 6 (46.2%) (República de Colombia, 2000; Asociación Nacional de Secretarías de Salud, 2000).

En algunos países de América Latina, la descentralización del sector salud forma parte de una reforma más amplia de este sector y de la modernización del Estado. Ésta promueve la descentralización institucional y territorial como un medio para que haya competencia en el sector público y se esté consciente del control de costos, así como para desarrollar un nuevo papel del Estado (Bossert *et al.*, 2000a; Haggard, 1999). Rojas (1999) sugiere que casi todos los países latinoamericanos han adoptado un proceso de descentralización del Estado o de algunos servicios públicos, como salud y educación. Por ejemplo, Colombia, Argentina, Bolivia, Brasil, Venezuela, Chile y Ecuador han creado un marco constitucional que redistribuye los recursos y las responsabilidades entre los diferentes ámbitos de gobierno. Asimismo, la descentralización ha ocurrido al mismo tiempo que la designación de los alcaldes mediante elección y ya no por nominación directa. Por lo tanto, hacia mediados de la década de 1990, prácticamente todos los países de América Latina elegían a sus alcaldes (Rojas, 1999; Montiel, 1998; Nickson, 1995).

Históricamente Colombia había operado un Estado centralizado, pero a fines de la década de 1980 y principalmente con la Constitución Nacional de 1991 (República de Colombia, 1991), el gobierno introdujo un proceso de descentralización del Estado como resultado de las fuerzas políticas, sociales, administrativas y fiscales internas, así como siguiendo los requisitos de los programas de ajuste estructural convenidos con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que promovían la descentralización como una política pública apropiada para mejorar la eficiencia y la efectividad del Estado, a fin de ampliar la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios públicos. En Colombia, la descentralización comenzó en el sector salud y luego en otros servicios públicos, tal como la educación, a fin de construir o mejorar la capacidad institucional en los municipios e involucrar a la comunidad en la resolución de problemas públicos. La devolución ha sido la principal forma de descentralización; la primera elección de autoridades municipales y regionales se realizó en 1988 (Castañeda *et al.*, 1999; Burki *et al.*, 1999; Gastor, 1995; Collins *et al.*, 2000). La descentralización del sistema de salud colombiano inició en 1990, cuando el gobierno emitió la Ley 10, mediante la cual se transferían las

responsabilidades de la prestación de servicios de salud a los gobiernos municipales y departamentales, sin importar su categoría social y económica. Para otorgarles la certificación como entes descentralizados, los municipios y departamentos tenían que cumplir varios requisitos administrativos. El gobierno central dirige, regula y controla el sistema, así una nueva legislación (Ley 100 y Ley 60 de 1993, Ley 715 de 2001) fortaleció el proceso de descentralización. En el cuadro 1 puede apreciarse la distribución de las funciones de la salud pública, la prestación de servicios y la administración de los subsidios para salud según la legislación.

CUADRO 1. COMPETENCIAS EN SALUD DE LOS TRES NIVELES DE GOBIERNO

<i>Gobierno central</i>	<i>Gobierno departamental</i>	<i>Gobierno municipal</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Formular políticas de salud pública, prestación de servicios, población objetivo de los subsidios y un sistema de información sobre salud. • Establecer las prioridades del Plan de Atención Básica de Salud. • Adoptar y proporcionar las vacunas para el plan de inmunización. • Proporcionar asistencia técnica a los departamentos. • Distribuir y controlar los recursos financieros. • Realizar la vigilancia nacional y el control de la salud pública y la prestación de servicios. • Proporcionar servicios de salud altamente especializados en conjunto con otras agencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y distribución de recursos. • Formular el Plan de Atención Básica de Salud departamental. • Administrar la red de servicios de salud por regiones y prestar servicios de salud de segundo y tercer nivel. • Realizar la vigilancia departamental y el control de los servicios de salud, los problemas de salud pública y los recursos. • Proporcionar asistencia técnica a los municipios. • Otorgar registro legal a las instituciones de salud. • Implementar el sistema de información de salud. • Distribuir y controlar los recursos del Régimen Subsidiado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y asignación de subsidios a la población objetivo. • Formular y cumplir el Plan de Atención Básica de Salud: programas preventivos y de promoción de la salud. • Prestar servicios de salud a la comunidad mediante instituciones de su propiedad o contratadas por el municipio. • Realizar la vigilancia y el control de la salud pública, y de los servicios prestados por las organizaciones sanitarias. • Promover la creación de organizaciones comunitarias para participar y controlar la calidad de los servicios. • Implementar el sistema de información sobre salud. • Llevar a cabo la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN) y crear una base de datos de la población de acuerdo con la categoría social y económica. • Asignar los subsidios a la población pobre. • Contratar la prestación de servicios para la población pobre incluidos en el esquema de subsidios.

Fuente: Ley 10 de 1990, Ley 60 de 1993 y Ley 715 de 2001.

Para cumplir estas funciones, los municipios deben desarrollar la capacidad institucional que les permita administrar los recursos mejorando la eficiencia, la efectividad, la cobertura y la calidad de los servicios de salud. También deben establecer los mecanismos para lograr una participación efectiva de la comunidad en todo el proceso de prestación y control de los servicios de salud. Sin estos requisitos, es difícil implementar el proceso de descentralización.

Entendida como política pública, la descentralización es una acción que lleva a cabo el gobierno a fin de abordar un problema (Dye, 1972), lo cual genera una red de interrelaciones entre distintas actividades, sectores y organizaciones (A. Vargas, 1999; Anderson, 1995; Jenkins, 1978; Hill, 1997). Por ello, su implementación es compleja y requiere la participación, coordinación y negociación entre los distintos actores y sectores involucrados (Ayee, 1994; Walt, 1994; Webb y Wistow, 1982; Powell, 1999; Grindle y Thomas, 1991; Hogwood y Lewis, 1997; Pressman y Wildavsky, 1973). La descentralización implica que el gobierno central transfiere el poder político, los recursos, la toma de decisiones y la administración a organismos tales como agencias locales, unidades subordinadas de gobierno, corporaciones públicas semiautónomas, el gobierno local u organizaciones comunitarias (Cheema y Rondinelli, 1983; Rondinelli, 1990; Collins y Green, 1993; López, 1995). En consecuencia, se requiere que los niveles subnacionales fortalezcan su Desarrollo Institucional (DI) y los mecanismos de Participación Comunitaria (PC). El DI implica crear y fortalecer la capacidad de las instituciones u organizaciones para generar, asignar y usar los recursos humanos y financieros de manera eficiente y efectiva, a fin de lograr los objetivos públicos (Buyck, 1998; Montiel, 1998; Esman, 1998; Paul, 1998). La PC implica un proceso mediante el cual la comunidad participa en la planeación, ejecución, evaluación y decisión de problemas públicos que afectan a los individuos y a la comunidad (Penagos, 1994; World Bank, 1996; Álvarez *et al.*, 2001; Kahssay y Oakley, 1999; Nelson y Wright, 1995; Muller, 1991; Krishna *et al.*, 1997). Desde 1990, el gobierno colombiano ha emitido leyes para transferir las responsabilidades del gobierno central a los gobiernos regionales y municipales, principalmente en materia de salud (República de Colombia, 1990, 1993a, 1993b).

Existen algunos estudios empíricos que se han enfocado en diferentes aspectos del sector salud y en la reforma del Estado en Colombia. Por ejemplo: a) descen-

tralización del Estado y el gobierno local (World Bank, 1995; Angell *et al.*, 2001); *b*) cambios en los recursos financieros para la salud (J. E. Vargas, 1997; Bossert *et al.*, 2000a; DNP y PNUD, 1999); *c*) descentralización del sector salud (La Forgia y Homedes, 1992); *d*) recursos humanos para la salud (Superintendencia Nacional de Salud, 1996); *e*) participación comunitaria y ciudadana (Forero e Hidalgo, 1997; Mosquera *et al.*, 2001), y *f*) Sistema de Seguridad Social para la Salud (Bossert *et al.*, 1998; Cardona *et al.*, 1999; Ministerio de Salud de Colombia, 2001a; Herrera, 1999; Céspedes *et al.*, 2000; Martínez *et al.*, 2001; Plaza *et al.*, 2001; Castaño *et al.*, 2001; Silva *et al.*, 2002). Sin embargo, ningún estudio ofrece un análisis integral del desarrollo institucional y la participación comunitaria, ni de la relación entre ellos, ni en referencia al nivel social y económico de los municipios. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue llevar a cabo dicho análisis integral de la descentralización del sector salud en términos del desarrollo institucional y la participación comunitaria y su relación con la categoría de los municipios.

El marco analítico adoptado para este estudio implica el análisis de varias dimensiones del desarrollo institucional, tales como: efectividad de las principales entidades administrativas de salud en el ámbito municipal, calidad y cantidad de los recursos humanos, el Sistema de Información sobre Salud (sis), el proceso de planificación, la oferta de servicios de salud, la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud (ssss), el sistema de garantía de la calidad, y el sistema de vigilancia y control. La participación ciudadana incluía el número y los tipos de organizaciones comunitarias, su función en la toma de decisiones sobre problemas de salud y los problemas que enfrentan para participar. Se utilizó un enfoque cualitativo, que incluyó tres estudios de caso desde la perspectiva de los tomadores de decisiones en salud en el ámbito local, regional y nacional. Este estudio trata de contribuir al debate nacional e internacional sobre las reformas del sector salud y específicamente al proceso de descentralización.

METODOLOGÍA

Se seleccionaron tres municipios con distintos niveles sociales y económicos como estudios de caso para entender cómo se relacionaba el progreso de la descentrali-

zación con la categoría del municipio. Este enfoque permitió reunir datos tanto cualitativos como cuantitativos de distintas fuentes. El municipio A (MA en el nivel 1) tiene mayor desarrollo económico y social que el municipio B (MB en el nivel 4) y éste tiene más que el municipio C (MC en el nivel 6). Presentan diferencias en términos del tamaño de la población, su distribución rural o urbana, las actividades económicas, algunos indicadores sociales y la infraestructura de salud (cuadro 2). Además, en MA y MB la gente tiene mejores medios de transporte y acceso geográfico más fácil a todas las instituciones de salud que en el MC, donde casi todas las personas tienen que viajar desde el campo hasta la ciudad ya sea caminando o en caballo.

Se entrevistó a 17 personas en el ámbito municipal, incluidos el alcalde, el secretario de salud del municipio, miembros del personal del Departamento de Salud

CUADRO 2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS MUNICIPIOS

<i>Características</i>	<i>MA^a</i>		<i>MB^b</i>		<i>MC^c</i>	
Nivel social y económico del municipio	1		4		6	
Año en que se certificó como municipio descentralizado	1992		1996		1992	
Población (en 2000)	232 365		42 255		7 225	
Hombres	51.6%		48.9%		51.3%	
Mujeres	48.4%		51.1%		48.7%	
Urbanos	95%		71%		28%	
Rurales	5%		29%		72%	
Principal actividad económica	Industria y comercio		Horticultura, Industria		Agricultura	
Tasa de analfabetismo	2.5%		4.3%		9%	
Número de instituciones de salud	9 hospitales con 240 camas, 240 centros de salud (1.03 camas/1 000 personas)		2 hospitales con 105 camas, 15 centros de salud (2.48 camas/1 000 personas)		1 hospital con 6 camas, 3 centros de salud rurales (0.83 camas/1 000 personas)	
	<i>Urbano (%)</i>	<i>Rural (%)</i>	<i>Urbano (%)</i>	<i>Rural (%)</i>	<i>Urbano (%)</i>	<i>Rural (%)</i>
Cobertura de acueducto	100	95	100	65	79	47
Cobertura de alcantarillado	100	90	97	14	100	45
Cobertura de electricidad	100	90	100	99	100	96
Cobertura de teléfono	100	90	95	40	85	10

Fuente: ^a Oficina de Planeación Regional de MA, 2000. ^b Oficina de Planeación Regional de Antioquia 2000. ^c Plan de Salud Municipal de MC 2001-2003.

CUADRO 3. NÚMERO DE ENTREVISTADOS EN LOS TRES ESTUDIOS DE CASO

<i>Entrevistados</i>	<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>	<i>Total</i>
Entrevistados de la administración municipal	6	6	5	17
Representantes de las organizaciones comunitarias	17 (dos grupos de foco)	15 (dos grupos de foco)	12 (dos grupos de foco)	44 (seis grupos de foco)

Fuente: Datos del presente estudio.

Municipal y de la Oficina de Planeación Municipal, directores de hospitales privados y públicos, así como representantes de las compañías de seguros. Además, 44 representantes de organizaciones comunitarias (que debían ser miembros de su junta directiva) participaron en los grupos focales, dos en cada municipio con 6 a 9 personas en cada grupo (cuadro 3). Además, se entrevistó a 8 encargados de tomar decisiones de las autoridades de salud regional (departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda, donde se ubican los tres municipios) y seis del Ministerio de Salud y la Oficina de Planeación Nacional. Se diseñó y probó un protocolo de estudio de caso, guías con preguntas abiertas tanto para entrevistas individuales como colectivas y un cuestionario con preguntas cerradas, a fin de garantizar la validez y la confiabilidad. A los entrevistados se les contactó por fax y luego por teléfono, para obtener su consentimiento personal. A los representantes de las principales organizaciones comunitarias se les contactó por medio de la oficina municipal de desarrollo comunitario, por correo o por teléfono.

Las entrevistas tanto individuales como colectivas fueron grabadas y luego se transcribieron cuidadosamente y se imprimieron para analizarlas. Se utilizó un análisis cualitativo basado en el proceso de codificación (Glaser y Strauss, 1967; Miles y Huberman, 1994; Yin, 1994), que se resume de la siguiente manera:

a) Análisis individual de cada municipio involucrado:

- Preparación de la transcripción de las entrevistas individuales y colectivas.
- Examen cuidadoso de los datos de cada entrevista e identificación de oraciones clave para cada dimensión del DI y la PC.
- Asignación de códigos (codificación abierta) con palabras clave y oraciones elegidas por el investigador, o citas textuales (Apéndice 1, número de códigos).
- Comparación y agrupamiento de los códigos y conceptos de acuerdo con

temas (por ejemplo, dimensiones de DI y PC), lo que permitió generar categorías descriptivas (codificación axial).

- Realización de comparaciones entre categorías descriptivas, lo que llevó a generar categorías analíticas (codificación selectiva).
- b) Identificación de diferencias y semejanzas entre los municipios.
 - c) Análisis de las entrevistas a los encargados de tomar decisiones de los ámbitos regionales y nacionales utilizando el mismo proceso de codificación.
 - d) Presentación y discusión de los hallazgos preliminares con los entrevistados a fin de garantizar su validez.

Los principales hallazgos se presentan usando el “enfoque de descripción de casos”, el cual permite analizar los datos y presentar los hallazgos basados en el marco analítico definido previamente (Plaza *et al.*, 2001). Por tanto, los conceptos obtenidos se presentan basados en las dimensiones de desarrollo institucional y participación ciudadana adoptadas para este estudio. También se usaron en la entrevista preguntas cerradas, con la escala Likert, a fin de obtener opiniones más concretas sobre aspectos muy específicos, y sus hallazgos se presentaron como índices. En las notas al pie se incluyen algunas “citas textuales o códigos en vivo” como apoyo para los conceptos o las categorías analizadas.

RESULTADOS

DESARROLLO INSTITUCIONAL

El cuadro 4 muestra las principales entidades administrativas en el ámbito municipal. Los entrevistados de los tres municipios clasificaron por separado su efectividad y se obtuvo un índice promedio para cada entidad.

La Dirección de Salud Municipal administra mayoritariamente la prestación de servicios de salud, asigna subsidios a los pobres, vigila y controla las organizaciones sanitarias, y promueve y organiza a la comunidad para que participe en problemas de salud. El Fondo de Salud Municipal es responsable de administrar todos los recursos para la salud, el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud dirige las

CUADRO 4. EFECTIVIDAD DE LAS PRINCIPALES ENTIDADES ADMINISTRATIVAS

<i>Organismos administrativos</i>	<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>
Dirección de Salud Municipal (DSM)	3.6	2.3	1.5
Fondo de Salud Municipal (FSM)	1.9	1.4	1
Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud (CMSSS)	0	0	0
Administradoras del Esquema de Subsidios (AES)	4	2.5	4
Empresas Promotoras de Salud (EPS)	2	3.4	3.5

Fuente: Entrevistas en el ámbito municipal. 5: Muy efectivo; 4: Efectivo; 3: Moderado; 2: Ineficaz; 1: Muy ineficaz; 0: No existe.

políticas públicas de salud municipal, las Administradoras del Régimen Subsidiado son compañías privadas que tienen que proveer servicios a personas incluidas en el esquema de subsidios mediante contratos con el gobierno municipal, y las Empresas Promotoras de Salud son compañías de seguros médicos públicas y privadas que administran el Régimen Contributivo del sistema de seguridad social. Los hallazgos sugieren que casi todas estas entidades obtienen niveles bajos de efectividad en el cumplimiento de sus funciones principales (índices de 1.0 a 3.5); el CMSSS no existe y las principales razones para no establecerlo son las siguientes: *a*) la falta de liderazgo de la Dirección de Salud municipal y de la prestación de servicios, y *b*) la falta de apoyo político por parte del gobierno municipal.

La perspectiva de las autoridades regionales y nacionales de salud reveló que ciertos municipios han progresado en la implementación de algunos aspectos de la descentralización; sin embargo, en muchos municipios la Dirección de Salud Municipal no tenía la capacidad técnica apropiada para cumplir sus obligaciones.² Los municipios no han tenido un apoyo político constante para desarrollar una infraestructura administrativa adecuada. Además, el Ministerio de Salud no ha tenido la capacidad suficiente para proporcionar apoyo técnico a todas las regiones y municipios.

Recursos humanos. El cuadro 5 muestra que MA y MB tienen más personal en la Dirección de Salud Municipal y que los aspectos políticos parecen ser los criterios más importantes para nombrar a los gerentes de salud. En MC, parece que existe un

² “Los municipios carecen de la capacidad institucional para asumir las funciones asignadas” (IN-P). “Los municipios han creado la Secretaría de Salud Municipal y el Fondo de Salud Municipal, pero no tienen la capacidad para emprender la descentralización” (EC-2).

CUADRO 5. CRITERIOS PARA RECLUTAR Y NOMBRAR PERSONAL PARA LA DSM Y ALTOS FUNCIONARIOS DE LOS HOSPITALES

<i>Municipios</i>	<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>
Número de miembros del personal	12	4	2
Criterios para reclutar personal			
• Experiencia en la gestión de salud	2.5	3.2	3.7
• Antecedentes profesionales (cv)	3.0	3.0	3.7
• Relación con el alcalde 4.5	4.2	3.7	
• Relación con el Consejo Municipal	4.0	3.6	3.7
• Presión de los partidos políticos	4.2	4.0	3.3
• Experiencia de trabajo con las comunidades	1.9	2.6	2.7

Fuente: Entrevistas en el ámbito municipal. 5: Muy importante; 4: Importante; 3: Neutral; 2: No es importante; 1: Muy poco importante.

equilibrio entre criterios administrativos y políticos. La experiencia de trabajo con las comunidades no importa mucho en los tres municipios.

El clientelismo ha afectado el reclutamiento de personal en los tres municipios, cosa que ha provocado una falta de personal calificado y altas tasas de rotación.³ Todo el personal de la Dirección de Salud Municipal ha cambiado con frecuencia. Pero una legislación reciente exige que los directores de los hospitales públicos sean nombrados cada tres años siguiendo criterios técnicos. Por tanto, los actuales directores de esos hospitales son profesionales de la salud con capacitación y experiencia considerable en la gestión del cuidado de la salud. Sin embargo, algunos miembros del personal de la Dirección de Salud Municipal involucrados en la toma de decisiones carecen de la capacitación adecuada en materia de salud.

Los hospitales públicos descentralizados se convierten en “empresas sociales del Estado” y se les confiere el estatus de hospitales autónomos. En los tres municipios, el número de personal que atiende a los pacientes y proporciona servicios preventivos en zonas rurales ha disminuido sustancialmente, en especial enfermeras, médicos y dentistas. Al mismo tiempo, el número del personal administrativo ha aumentado a fin de implementar procedimientos administrativos como facturación,

³ “El personal que proviene de disciplinas distintas de la salud, sin capacitación en estos temas, ha hecho más difícil implementar la descentralización” (ER-1). “Algunos secretarios de salud municipales no tienen el perfil académico adecuado para el puesto; por ejemplo, uno de ellos estudió asuntos agrícolas, no sanitarios” (EC-1). “Al personal de salud municipal lo despiden muy seguido. Algunos los cambian cada seis meses. No hay continuidad en el proceso” (EC-1).

CUADRO 6. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE PLANEACIÓN

<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>	<i>Perspectivas regional y nacional</i>
Desde 1997, la planeación sanitaria ha sido parte de la gestión municipal. Se creó un consejo de planeación municipal intersectorial. En 2000, el municipio tenía los principales planes municipales.	El proceso de planeación en el municipio aún es débil. En 2000, el municipio no tenía planes de salud municipales. Las autoridades actuales están iniciando un proceso de planeación basado en la participación.	La falta de proceso de planeación ha sido una debilidad de la administración municipal. Empezó en 2001, y están participando varios sectores.	El proceso de planeación en el ámbito municipal ha sido débil, y ha estado vinculado a la falta de un sis y a la falta de personal capacitado.

Fuente: Entrevistas en los ámbitos municipal, regional y nacional.

auditorías y monitoreo interno. La mayoría del personal tiene contratos cortos (de tres o seis meses) y recibe salarios bajos.

La perspectiva de los encargados de tomar decisiones en los ámbitos regional y nacional coincide con los hallazgos previos de que la Dirección de Salud Municipal no cuenta necesariamente con personal calificado porque el alcalde nombra a estos empleados basado en criterios clientelares.⁴ Además, casi todo el personal de las autoridades de salud municipales tiene contratos de corto plazo.⁵ Por tanto, el personal capacitado mediante los programas de asistencia técnica pronto es despedido y se nombra personal nuevo.

El *proceso de planeación* ha sido una debilidad en los tres municipios. Comenzó recientemente enfocándose en la participación. Parece que MA ha progresado más que MB y que MC (cuadro 6). Igualmente, los tres municipios enfrentan limitaciones parecidas en el proceso de planeación, como la falta de capacitación⁶ y continuidad en el personal, la falta de asistencia técnica, reducción del presupuesto municipal y la falta de sistemas de información adecuados.

El cuadro 7 muestra un resumen de lo encontrado en relación con la calidad del

⁴ “Algunos secretarios de salud municipales no tienen el perfil académico adecuado para el puesto; por ejemplo, uno de ellos estudió asuntos agrícolas, no sanitarios” (EC-1). “La mayoría de los secretarios de salud municipal no han podido entender el proceso de descentralización del sector salud” (EC-3).

⁵ “Al personal de salud municipal lo despiden muy seguido. A algunos los cambian cada seis meses; por ejemplo, a los coordinadores del Plan de Atención Básico de Salud” (EC-1).

⁶ “La falta de conocimiento relacionado con la planeación de asuntos de salud es la razón por la que el proceso de planeación es débil” (EILC-4).

CUADRO 7. CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD

	<i>Municipio</i>		
	<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>
Índice promedio de calidad del sistema de información ^a	2.7	3.0	3.4
Índice promedio de efectividad del sistema de garantía de calidad ^b	3.6	3.7	3.3

Fuente: Entrevistas en el ámbito municipal. ^a 5: Muy bueno; 4: Bueno; 3: Moderado; 2: Malo; 1: Muy malo; NA: No está disponible.

^b 5: Muy efectivo; 4: Efectivo; 3: Moderado; 2: Inefectivo; 1: Muy inefectivo; 0: No existe.

Sistema de Información sobre Salud (SIS) y la efectividad del sistema para garantizar la calidad. Este sistema aún es limitado en los tres municipios. Parece que MC tiene información de mejor calidad que MB y MA. Los encargados de tomar las decisiones regionales y nacionales coinciden en afirmar que el Ministerio de Salud ha introducido cambios frecuentes en la legislación relacionada con el Sistema de Información en Salud y, cuando se implementa algún sistema de información, se aprueban leyes nuevas y los municipios pierden los recursos que habían invertido. Además, los tres municipios carecen de equipo suficiente y personal capacitado para implementar el sistema.

En los hospitales de los tres municipios, la implementación del *sistema de garantía de calidad* comenzó en 1997-1998. El índice promedio de efectividad de este sistema es moderado en los tres municipios (3.3-3.7). Los hospitales se ven obligados a sobrevivir financieramente y, en la práctica, el sistema para garantizar la calidad ocupa un lugar secundario.⁷ De acuerdo con los encargados regionales y nacionales de la toma de decisiones, el Ministerio de Salud ha logrado crear un marco legal, y los hospitales públicos y privados han comenzado a implementar este sistema, específicamente la legislación relacionada con los “requisitos básicos para prestar servicios”.

El *sistema de vigilancia y control* es muy limitado en los tres municipios. La efectividad de las entidades que realizan esas actividades es muy baja en MA y MB. Sólo el *Ombudsman* muestra mejor efectividad en MA. En MC, esas entidades no han logrado ninguna efectividad (cuadro 8).

⁷ “El hospital ha tenido la intención de implementar el sistema para garantizar la calidad, pero la condición económica de esta institución no ha permitido que el proceso sea continuo. La administración del hospital está centrada en los servicios que cobra para sobrevivir económicamente y pagar los salarios” (CIB-3).

CUADRO 8. EFECTIVIDAD DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL

<i>Entidades de vigilancia y control</i>	<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>
Superintendencia Nacional de Salud	2.2	1.1	0
Secretaría de Salud Regional	2.0	0	0
<i>Ombudsman</i>	4.5	0.5	0
Veeduría ciudadana	3.0	0.5	0
Asociaciones de usuarios	0	0.6	0
Índice promedio de las entidades de vigilancia y control	2.3	0.5	0

Fuente: Entrevistas en el ámbito municipal. 5: Muy efectivo; 4: Efectivo; 3: Moderado; 2: Inefectivo; 1: Muy inefectivo; 0: No existe.

La perspectiva de los encargados de tomar las decisiones en los ámbitos regional y nacional reveló que la centralización de la Superintendencia Nacional de Salud ha dificultado abordar las quejas de los usuarios y aplicar sanciones contra las entidades de salud que no han obedecido su mandato legal.⁸

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss). El cuadro 9 muestra que en MA sólo 8% de la población está incluida en el régimen subsidiado y no había datos sobre la población afiliada al régimen contributivo, porque las Empresas Promotoras de Salud públicas y privadas no proporcionan información sobre sus afiliados. En MB y MC un alto porcentaje (28 a 29%) de la población no está afiliada. Además, en los tres municipios existen varias compañías de seguros, lo que da a la gente libertad de elegir.

Además, en los tres municipios, los principales logros del sgsss son los siguientes: mejora en el acceso de los miembros más pobres de la población a los servicios de salud mediante la afiliación al sgsss;⁹ mayor oportunidad para que la población elija la Empresa Promotora de Salud y los hospitales; mejor desarrollo administrativo y rendición de cuentas por parte de los hospitales públicos.

⁸ “La vigilancia y el control están muy limitados en el municipio e incluso en todo el sistema de salud” (EII-2). “No conozco ninguna actividad realizada por las entidades que deben vigilar y controlar el sistema de salud” (EILC-1). “La Superintendencia Nacional de Salud no es capaz de controlar al sector privado y abordar las quejas de los usuarios y de otras organizaciones, porque todo mundo está en Bogotá. Está muy centralizado” (EII-3).

⁹ “Creo que el acceso de los pobres a los servicios de salud ha mejorado bastante” (EILC-1). “Hace no mucho, nadie hubiera imaginado que un campesino muy pobre del pueblo de Anorí, un municipio pobre, pudiera usar los servicios privados en la clínica Las Américas, uno de los hospitales de lujo de la ciudad” (EII-2). “La tarjeta de identificación de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud es como un pasaporte para tener acceso a los servicios de salud” (EIB-2).

CUADRO 9. POBLACIÓN AFILIADA AL SGSSS EN LOS TRES MUNICIPIOS EN EL AÑO 2000

<i>Tipo de esquema</i>	<i>MA 2000^a</i>	<i>%</i>	<i>MB 2000^a</i>	<i>%</i>	<i>MC 2000^b</i>	<i>%</i>
Régimen contributivo (RC)	Sin datos	—	22 324	53	951	13
Régimen subsidiado (RS)	17 975	8	7 753	18	4 243	58
No afiliados	Sin datos	—	12 148	29	2 031	28
Total	232 365		42 225	100	7 225	100
Número de compañías de seguros	12		6		3	

Fuente: ^a Plan de Desarrollo Municipal 2000. ^b Plan de Salud Municipal 2001.

En lo que se refiere a *prestación de servicios*, se ha construido nueva infraestructura privada (hospitales y centros de salud) en MA y MB, y los hospitales públicos han aumentado o mejorado su infraestructura para proporcionar servicios curativos. Los tres municipios proporcionan una gama semejante de atención primaria en salud de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud. MA también proporciona atención de segundo nivel y de emergencia de tercer nivel. Además, en los tres municipios los programas de salud preventiva han enfrentado problemas como consecuencia de la introducción del mercado, las políticas de competencia y la reforma hospitalaria. Los hospitales públicos han reducido su personal y las compañías de seguro privadas han disminuido el número de contratos para ofrecer programas preventivos. Esas acciones han reducido la prestación de servicios tales como revisión prenatal y vacunación. Las cifras nacionales muestran que la cobertura de vacunación ha disminuido en todo el país. En 1995 y 1996, la cobertura de todas las vacunas era mayor que 90%, mientras que en 1997 este porcentaje varió de 75 a 88% (La Forgia y Homedes, 1992; Castaño *et al.*, 2001; Silva *et al.*, 2002; Glaser y Strauss, 1967).

En los tres municipios, los problemas de la prestación de servicios están relacionados con el proceso de contratación. Por ejemplo:

- Algunas EPS no han proporcionado servicios en estos municipios. Los pacientes tienen que acudir a los hospitales de otros municipios, lo que crea barreras geográficas para tener acceso a los servicios de salud.¹⁰

¹⁰ "No todas las Empresas Promotoras de Salud contratan servicios en los hospitales y centros de salud del municipio. Muchas veces, los pacientes tienen que buscar los servicios en otros municipios o en las ciudades

- Algunas EPS y ARS no renuevan sus contratos oportunamente y no han pagado las cuentas de los hospitales a tiempo, lo que ha generado problemas financieros en los hospitales públicos.¹¹ Asimismo, algunos proveedores contratan con las EPS y ARS a precios menores que los costos reales a fin de sobrevivir financieramente en el corto plazo. Esto genera competencia desleal y riesgos financieros a la sostenibilidad financiera de los prestadores en el mediano y el largo plazo.
- La prestación de servicios ha sido fragmentada,¹² por lo que los pacientes deben ir a diferentes organizaciones de salud para recibir un servicio básico. Por ejemplo, los pacientes van a consulta médica en una organización y luego tienen que ir a otra para que les practiquen pruebas de laboratorio y a otra para los rayos X.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (PC)

Los municipios han tenido avances en la creación de varios tipos de organizaciones y mecanismos para involucrar la participación comunitaria en el sector salud. Las organizaciones más numerosas y representativas en los tres municipios son las Juntas de Acción Comunal (JAC): 85 en MA, 24 en MB y 34 en MC.¹³ Sin embargo, de acuerdo con la clasificación dada por los entrevistados del ámbito municipal, todas esas organizaciones no han podido influir efectivamente en la toma de decisiones en materia de salud (índices desde 1.4 hasta 2.1 en el cuadro 9).

En el grupo focal con representantes de las organizaciones comunitarias en los tres municipios, fue evidente que los participantes no conocían mucho sobre la descentralización del sector salud en sus municipios. Ni siquiera tenían información sobre los problemas de salud del municipio. Sin embargo, la mayoría señaló

más grandes para conseguir precios bajos” (EIB-2). “Las Empresas Promotoras de Salud no usan la infraestructura que tiene el municipio, que no es muy buena” (EILC-4).

¹¹ “Las AES y las EPS no pagan a tiempo a los hospitales públicos, lo que lleva al colapso financiero. Manipulan la negociación de los contratos y pagan los servicios a los hospitales basados en tarifas bajas” (EA-2).

¹² “La fragmentación y la falta de integridad de los servicios de salud ha disminuido la calidad de los servicios” (EILC-3).

¹³ El número potencial máximo de JAC en MA es de 96 (tiene 88 barrios y 8 poblados). MB podría tener 46 (tiene 30 barrios y 16 poblados). MC podría tener 48 (tiene 4 barrios y 44 poblados).

CUADRO 10. NÚMERO DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EN LOS TRES MUNICIPIOS EN EL AÑO 2000

<i>Tipo de organizaciones comunitarias</i>	<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>
Juntas de Acción Comunal	85	24	34
Juntas de Gerentes Municipales	1	0	0
COPACO (Comités de Participación Comunitaria)		1	0 0
Veeduría Ciudadana	1	1	0
Alianza de Usuarios	0	1	0
Asociaciones de Madres Comunitarias	4	2	1
Otras	0	9	16
Total	92	37	51
Número de organizaciones comunitarias por 1 000 habitantes	0.39	0.92	7.20
Índice de efectividad en la toma de decisiones en materia de salud	2.1	1.6	1.4

Fuente: Entrevistas en el ámbito municipal.

problemas relacionados con el esquema de subsidios del Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud y problemas relacionados con el acceso a los servicios de salud, porque algunas compañías de seguros no prestan servicios en sus municipios. Se quejaron porque muchos pobres no habían sido incluidos en el esquema de subsidios, mientras que personas en mejor posición económica fueron incluidos gracias a prácticas clientelistas, en las que los políticos prometen subsidios a fin de obtener votos.¹⁴

Las tres fuentes de información (gerentes municipales, representantes de la comunidad, y encargados regionales y nacionales de la toma de decisiones) coinciden en señalar los siguientes obstáculos que enfrentan las organizaciones comunitarias que participan en la atención a la salud:

- La mayoría de los representantes de la comunidad tienen un conocimiento limitado acerca de problemas de salud que les permita participar de manera efectiva. El gobierno municipal no ha proporcionado información suficiente, ni capacitación o apoyo logístico a los representantes electos.¹⁵

¹⁴ “Los políticos le prometen subsidios a la gente para que voten por ellos” (EGB-3). “Los subsidios se distribuyen entre los amigos del alcalde y los amigos de los miembros del Consejo Municipal” (EGI-2).

¹⁵ “A los gobiernos municipales sólo les interesa elegir representantes porque la legislación los obliga. Pero, una vez elegidos, el gobierno municipal se olvida de nosotros. No recibimos capacitación para desempeñar nuestras funciones” (EGI-1). “Los gerentes no nos han dado información porque piensan que, si aprendemos y

- Hay pocos incentivos para participar y existen aspectos contextuales que pueden afectar la participación comunitaria, tal como la falta de cultura de participación y la presencia de un conflicto armado.

ASPECTOS POLÍTICOS Y ADMINISTRATIVOS QUE HAN AFECTADO LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

El proceso de codificación permitió identificar los aspectos políticos y administrativos que han afectado el proceso de descentralización. Todos estos aspectos están interrelacionados (figura 1).

El análisis permitió generar cuatro categorías analíticas basadas en las categorías descriptivas: *a)* cultura política y capacidad administrativa de los municipios; *b)* papel limitado de las autoridades de salud regionales y nacionales; *c)* conflicto en la prestación de servicios, y *d)* desarrollo de la participación comunitaria. La capacidad administrativa del sector salud está en estrecha relación con la cultura política de los municipios y del país como un todo.

La fluctuación de la voluntad política de los gobiernos municipales, regionales y nacional ha afectado el nivel de progreso de la descentralización.¹⁶ Los cambios frecuentes de ministro de Salud, en ocasiones dos veces al año, han afectado la continuidad del proceso en los ámbitos subnacionales. Además, los políticos que están en las autoridades municipales han apoyado áreas o proyectos particulares que están vinculados con los intereses de su partido político.¹⁷ La implementación de la descentralización de la salud ha dependido principalmente del apoyo de los alcaldes, miembros de los consejos municipales e incluso de miembros de la Asamblea Regional,¹⁸ porque los alcaldes son parte de una cadena de relaciones políticas. Además, en muchos municipios, cuando cambian los gobernantes o la admi-

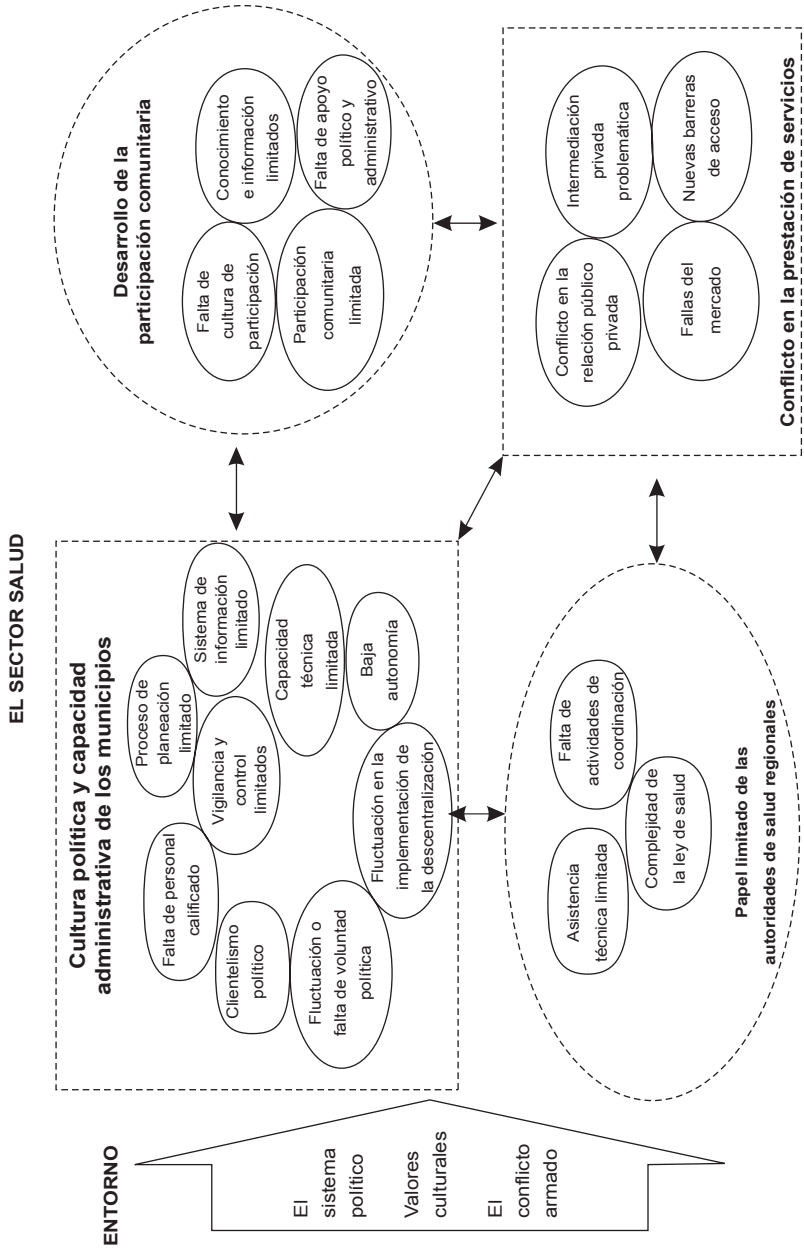
sabemos más, podríamos volvernos una piedra en sus zapatos. Cuando uno sabe cómo deben realizarse los procedimientos, uno puede hacer preguntas. Pero si uno no sabe nada, uno piensa que todo está bien" (EGLC-1).

¹⁶ "En este municipio, algunos aspectos de la descentralización han progresado, porque el alcalde y los miembros del concejo municipal los han apoyado" (EII-2).

¹⁷ "Los alcaldes apoyan sólo los proyectos que les permiten sus jefes políticos" (EC-1). "Al consejo municipal no le permiten apoyar proyectos que no sean relevantes para los intereses de su partido político" (EC-1).

¹⁸ "Cada gobierno trae políticas nuevas que representan sus intereses. Esas políticas no coinciden necesariamente con las políticas implementadas por el gobierno anterior" (EC-2).

FIGURA 1. FACTORES POLÍTICOS Y ADMINISTRATIVOS QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD



Fuente: Entrevistas en los ámbitos municipal, regional y nacional.

nistración municipal, el personal saliente borra los archivos, lo que ha limitado la existencia de una memoria institucional.¹⁹ Los datos sugieren que el clientelismo político determina la calidad del personal empleado en la Dirección de Salud Municipal, lo que a su vez afecta el desarrollo de los procesos administrativos, toda la capacidad técnica y la autonomía de los municipios.

El Ministerio de Salud y las autoridades regionales de salud han llevado a cabo programas de asistencia técnica, pero han tenido un papel limitado. Esos programas no han cubierto todos los municipios y su efectividad ha sido reducida en vista de una alta rotación de personal en el ámbito municipal. Si bien los hallazgos sugieren que el conflicto armado no estaba relacionado claramente con la descentralización, es posible que pueda influir en el proceso, pero es necesario recopilar y analizar los datos de manera más precisa sobre este asunto en específico. Existen pruebas de que el personal de los distintos ámbitos de gobierno no ha podido visitar algunos lugares con fines de asistencia técnica, por razones de seguridad.

Ha habido conflictos en la prestación de servicios. El Sistema General de Seguridad Social en Salud le dio mayor participación al sector privado como comprador (EPS y AES) o prestador (hospitales privados y centros de salud), a fin de mejorar la eficiencia, la efectividad y la calidad de los servicios de salud. Pero pocas Empresas Promotoras de Salud y Administradoras de Régimen Subsidiado han estado funcionando de acuerdo con los objetivos del sgsss. La reforma ha permitido que el acceso a los recursos públicos sea más fácil para el sector privado que para los hospitales públicos; sin embargo el primero no ha asumido responsabilidad con los más pobres. Por tanto, el sector privado ha ganado mayor poder que el sector público, las autoridades sanitarias, los hospitales públicos, los pacientes y la comunidad. Además, la falta de capacidad técnica de los municipios y el limitado desarrollo de la vigilancia y el control del sector salud en los ámbitos nacional, regionales y municipales han dificultado el control del sistema.²⁰ Asimismo, el desarrollo de la par-

¹⁹ “No ha habido un proceso de conexión entre los funcionarios de un periodo gubernamental y el siguiente. En algunos municipios, cuando el nuevo gobierno y su nuevo personal toman posesión de sus puestos en el municipio, no encuentran archivos. Los miembros del personal anterior se llevaron todo” (ER-3).

²⁰ “La falta de control ha permitido que el sector privado se fortalezca a expensas de recursos públicos” (EM-3). “Las compañías de seguros han estado haciendo lo que se les antoja, y no lo que exige la ley” (EM-3). “El sector privado impone las reglas del juego para proteger sus intereses lucrativos” (EA-2).

ticipación comunitaria se ve afectado por factores analizados previamente, como la falta de cultura de participación y el limitado apoyo político y administrativo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La descentralización del sector salud, como parte de una reforma más amplia del Estado y dentro del contexto de un modelo económico neoliberal, ha sido un proceso difícil, que ha implicado un cambio en la cultura administrativa y política del gobierno municipal y de todo el país. Este estudio reveló que los municipios han progresado en la implementación de algunos aspectos de la descentralización, aunque no ha sido un proceso integral. Este nivel de progreso no está relacionado con la categoría social y económico de los municipios. La Dirección de Salud Municipal no ha tenido el personal apropiado ni la capacidad técnica para cumplir sus obligaciones. Estudios previos de otros países latinoamericanos y de Colombia mostraron poco o nulo progreso en la capacidad gerencial de los municipios (Rondinelli, 1990; Ministerio de Salud de Colombia, 2001b; Profamilia, 2000; Granados y Gómez, 2000; Hartmann, 1999; Mascareño, 1996). Otros estudios revelaron que la falta de personal calificado y el desarrollo limitado del Sistema de Información en Salud fue una limitación importante para alcanzar la capacidad institucional del sector salud (Castañeda *et al.*, 1999; Burki *et al.*, 1999; Forero e Hidalgo, 1997; Cardona *et al.*, 1999; Yepes y Sánchez, 2002; Banco Mundial/Banco Interamericano de Desarrollo, 1998; Collins *et al.*, 2002; Bossert *et al.*, 2000b; Nigenda y Machado, 2000; Ferrelli *et al.*, 1997; Gershberg, 1998; Perry, 1999; Christiansen, 2002).

Los municipios no han tenido un apoyo político continuo para desarrollar una infraestructura administrativa adecuada para manejar el sector salud. Además, el clientelismo ha afectado la descentralización del sector salud, que puede entenderse dentro de la relación de los partidos políticos con el Estado en Colombia (Angell *et al.*, 2001; Nieto, 1997; Zambrano, 1996; Arrubla, 1996). Las instituciones públicas están subordinadas a la relación entre el Estado y los partidos políticos; pues son un medio para que los gobernantes obtengan o retengan el poder. Por tanto, los altos funcionarios y algunos gerentes de nivel medio y miembros del personal de las organizaciones públicas pueden ser despedidos de manera instantánea, en cual-

quier momento, de acuerdo con los intereses políticos del grupo gobernante. Estos aspectos han tenido un efecto directo en la calidad y la continuidad del personal de salud. Además, los recursos invertidos en asistencia técnica y capacitación del personal pueden haberse perdido porque el personal de la Dirección de Salud Municipal ha tenido contratos de corto plazo. Por tanto, el clientelismo afecta la capacidad del gobierno municipal y de sus autoridades sanitarias para movilizar recursos políticos, económicos, sociales y técnicos, y también para obtener credibilidad y autonomía (Willis *et al.*, 1999). También afecta la capacidad del gobierno municipal para crear vínculos entre los diferentes grupos interesados a fin de promover la cooperación y cumplir los objetivos de la descentralización del sector salud (Grindle y Thomas, 1991; Pressman y Wildavsky, 1973).

El Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano incluía el fondo de redistribución (FOSYGA) y un paquete de salud obligatorio como mecanismos para controlar las fallas del mercado (Castaño *et al.*, 2001; Bertranou, 1999). Sin embargo, los hallazgos sugieren que ha habido conflictos entre los grupos interesados y varias fallas del mercado en la prestación de servicios de salud principalmente de parte de las Empresas Promotoras de Salud y las Administradores del Esquema de Subsidios. Las fallas del mercado surgen porque el sector privado participa más y no está regulado por el gobierno, así como también porque los municipios no han conseguido la capacidad administrativa para manejar la relación público-privado. Las fallas del mercado están vinculadas con los intereses lucrativos de las entidades privadas, lo que ha creado barreras de acceso a los servicios, como también se ha encontrado en otros países como Canadá (Purohit, 2001) y la India (Di Matteo, 2000). Este aspecto contribuye al debate internacional sobre el riesgo de mezclar políticas de descentralización, privatización, desregulación y competencia, ya que podría provocar que algunos actores rechazaran la descentralización como una consecuencia de las fallas del mercado generadas por la privatización (Batley, 1996; Collins, 1987; Scott, 2001). Si bien el Sistema de Seguridad Social en Salud fortalece la descentralización, la aplicación de algunos aspectos desbordan el espacio territorial y el principio de autonomía de los municipios. Por ejemplo, los alcaldes tienen menos o nulas oportunidades de controlar a las Empresas Promotoras de Salud a las que está afiliada la población del municipio mediante el esquema por contribuciones. El énfasis


en la eficiencia económica puede afectar la calidad y el acceso a los servicios. Este enfoque de la eficiencia sólo ha provocado una reducción en el personal o la contratación de personal menos calificado a fin de reducir los costos. Por tanto, la mezcla de privatización, competencia y mecanismos de mercado parece afectar en la práctica los principios y los objetivos de la descentralización. Es necesario crear un enfoque de colaboración entre los grupos interesados y no un enfoque competitivo.

En los campos social y político, existe al parecer una falta de valores democráticos que estén vinculados con la democracia de representación tradicional. Construir nuevos valores sociales congruentes con una democracia participativa demanda tiempo y esfuerzo continuos. Este aspecto puede explicar el limitado desarrollo de la participación comunitaria, que también se encontró en otras regiones de Colombia y en otros países como Filipinas (Mosquera *et al.*, 2001; Yepes y Sánchez, 2002; Ramiro *et al.*, 2001).

Los hallazgos de este estudio nos permiten llegar a algunas conclusiones generales:

- Si bien los municipios han alcanzado cierto progreso en la implementación de algunos aspectos del desarrollo institucional y la participación ciudadana, este progreso no está relacionado con su nivel social y económico. Los municipios no han tenido un desarrollo integrado del proceso de descentralización.
- Parece que la voluntad política de parte del gobierno municipal para apoyar el proceso de descentralización y la influencia del clientelismo político han sido los principales determinantes del desarrollo de ésta. Las fluctuaciones de la voluntad política han impedido el desarrollo continuo de la descentralización.
- El acceso de los pobres a los servicios de salud ha mejorado en los tres municipios mediante su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, ha habido conflictos entre compradores y proveedores en el proceso de contratación. Se han identificado varias fallas del mercado y los usuarios están enfrentando nuevas barreras en sus esfuerzos por tener acceso a los servicios de salud. El sector privado se ha vuelto tan poderoso que es difícil controlarlo, lo que también está relacionado con la limitada capacidad técnica de la mayor parte de municipios y el bajo desarrollo del sistema

de vigilancia y control. La mezcla de descentralización y privatización ha dificultado más el proceso de implementación. Sin embargo, es necesario un análisis más específico y profundo del papel del sector privado, las fallas del mercado, la relación público-privado en el sector salud y el impacto en la salud y el sistema de salud. En este sentido, se está llevando a cabo un proyecto cualitativo de investigación de varios casos para analizar los patrones de la relación público-privado entre las organizaciones de salud de las seis ciudades capitales del país.

- El desarrollo de la participación comunitaria dentro del sector salud aún es limitado. Parece estar relacionada con el limitado conocimiento y acceso a la información sobre salud por parte de la comunidad y el poco apoyo del gobierno municipal dentro de un entorno de carencia de cultura de participación. Es un proceso que lleva tiempo lograr y que implica un cambio político y social más amplio, de una democracia representativa a otra de participación, en el que está trabajando Colombia. 

APÉNDICE 1. NÚMERO DE CÓDIGOS OBTENIDOS
MEDIANTE EL PROCESO DE CODIFICACIÓN ABIERTA

<i>Temas</i>	<i>MA</i>	<i>MB</i>	<i>MC</i>	<i>Responsables regionales y nacionales de la toma de decisiones</i>	<i>Total</i>
Efectividad de las entidades administrativas	22	14	8	21	65
Recursos humanos	48	25	18	40	131
Proceso de planeación	12	21	8	10	51
Sistema de información de salud	12	14	9	8	43
Oferta de servicios	16	26	15	8	65
Sistema de seguridad social en salud	52	62	28	25	167
Sistema de garantía de calidad	8	12	5	12	37
Sistema de vigilancia y control	25	32	12	19	88
Aspectos que han afectado la descentralización	42	35	25	164	266
Participación comunitaria					
• Gerentes	18	15	12	18	63
• Representantes de la comunidad	45	35	38		118
Total	300	291	178	325	1 094

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, S. E., E. Dagnino y A. Escobar (2001), "Introduction: The Cultural and Political in Latin American Social Movements", en L. Morgan, "Community Participation in Health: Perpetual Allure, Persistent Challenge", *Health Policy and Planning*, vol. 16, núm. 3, pp. 221-230.
- Anderson, J. E. (1995), "Public Policy Making: An Introduction", en M. Howlett y M. Ramesh, *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems*, Ontario, Oxford University Press.
- Angell, A., P. Lowden y R. Thorp (2001), *Decentralising Development. The Political Economy of Institutional Change in Colombia and Chile*, Oxford, Oxford University Press.
- Arrubla, M. (1996), *Colombia hoy: perspectivas hacia el siglo XXI. Síntesis de la historia política contemporánea*, Bogotá, T. M.

- Asociación Nacional de Secretarías de Salud (2000), *Base de Datos de Municipios y Departamentos Certificados hasta el 2000*, Bogotá, Ministerio de Salud.
- Ayee, J. R. A. (1994), *An Anatomy of Public Policy Implementation. The Case of Decentralisation Policies in Ghana*, Evesbury, Aldershot.
- Banco Mundial/Banco Interamericano de Desarrollo (1998), *Descentralización en Colombia. Nuevos desafíos*, RE3-98-002, Washington, World Bank.
- Batley, R. (1996), "Public-Private Relationships and Performance in Service Provision", *Urban Studies*, vol. 33, núms. 4-5, pp. 723-751.
- Bertranou, F. M. (1999), "Are Market-Oriented Health Insurance Reforms Possible in Latin America? The Cases of Argentina, Chile and Colombia", *Health Policy*, vol. 47, núm. 1, pp. 19-36.
- Bossert, T., W. Hsiao, M. Barrera, L. Alarcon, M. Leo y C. Caseres (1998), "Transformation of Ministries of Health in the Area of Health Reform: The Case of Colombia", *Health Policy and Planning*, vol. 13, núm. 1, pp. 59-77.
- Bossert, T. J., M. Chawla, D. Bowser, J. Beauvais, U. Giedion, J. J. Arbelaez y A. López (2000a), "Applied Research on Decentralisation of Health Systems in Latin America: Colombia Case Study", *Health Sector Reform Initiative* 32, AC.HSR.
- Bossert, T., O. Larrañaga y F. Ruiz (2000b), "Decentralisation of Health Systems in Latin America", *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, vol. 8, núms. 1-2.
- Burki, S. J., G. E. Perry y W. R. Dillinger (1999), "Mas allá de centro", *La descentralización del Estado*, Washington, Banco Mundial.
- Buyck, B. (1998), "The Bank's Use of Technical Assistance for Institutional Development", en L. Montiel, *Institutional Development of Local Government in a Developing Country. The Case of Venezuela*, tesis doctoral, Universidad de Birmingham.
- Cardona, A., P. Arbelaez y B. M. Chávez (1999), "Impacto de la reforma de Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en Colombia", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 16, núm. 1, pp. 20-40.
- Castañeda, T., G. Beeharry y C. Griffin (1999), "Decentralisation of Health Services in Latin American Countries: Issues and Some Lessons", *Decentralisation and Accountability of the Public Sector*, Washington, World Bank, World Bank Latin American and Caribbean Studies.

- Castaño, R. A., J. J. Arbeláez, U. Giedion y L. G. Morales (2001), *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*, Serie Financiamiento del desarrollo 108, Naciones Unidas, CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile.
- Céspedes, J. E., R. Martínez, S. Olaya, J. Reynales, C. Uribe, R. A. Castaño, E. Garzón, C. Almeida, C. Travassos, F. Basto y J. Angarita (2000), “Reforma de la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”, *Revista de Salud Pública*, vol. 2, núm. 2, pp. 145-164.
- Cheema, G. S. y D. A. Rondinelli (1983), *Decentralisation and Development*, Beverley Hills, Sage.
- Christiansen, T. (2002), “Summary of the SWOT Panel’s Evaluation of the Organisation and Financing of the Danish Health Care Services”, *Health Policy*, vol. 59, pp. 173-180.
- Collins, C. D. (1987), *Local Government and its Reform in Colombia between 1974 and 1986*, tesis doctoral, Institute of Local Government Studies, Universidad de Birmingham.
- Collins, C. y A. Green (1993), “Decentralisation and Primary Health Care in Developing Countries: Ten Key Questions”, *Journal of Management in Medicine*, vol. 7, núm. 2, pp. 58-68.
- Collins, C. D., J. Araujo y J. Barbosa (2000), “Decentralising the Health Sector: Issues in Brazil”, *Health Policy*, vol. 52, pp. 113-127.
- Collins, C. D., M. Omar y E. Tarin (2002), *Decentralisation, Health Care and Policy Process in the Punjab, Pakistan in the 1990s*, consultado en Internet: www.inter-science.wiley.com.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) y PNUD (1999), *Informe de Desarrollo Humano para Colombia*, Bogotá, Tercer Mundo.
- Di Matteo, L. (2000), “The Determinants of the Public-Private Mix in Canadian Health Care Expenditures, 1975-1996”, *Health Policy*, vol. 52, pp. 87-112.
- Dye, T. R. (1972), *Understanding Public Policy*, New Jersey, Prentice-Hall.
- Esman, M. (1998), “Strategies and Strategic Choices for Institutional Development”, en L. Montiel, *Institutional Development of Local Government in a Developing Country. The Case of Venezuela*, tesis doctoral, Universidad de Birmingham.
- Ferrelli, R., C. R. Serrano, P. P. Balladelli, A. Cotinois y J. Quinteros (1997), “Strengthening Local Health Care Management in Bolivian Districts Through Participatory

- Operational Research”, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 12, pp. 29-50.
- Forero, C. y C. Hidalgo (1997), *Descentralización y participación ciudadana*, Bogotá, Tercer Mundo.
- Gastor, L. (1995), *Management Skills in Decentralised Environment*, Institute of Local Government Studies, the Local Government Management Boards, Birmingham, University of Birmingham.
- Gershberg, A. I. (1998), “Decentralisation, Recentralisation and Performance Accountability: Building an Operationally Useful Framework for Analysis”, *Development Policy Review*, vol. 16, pp. 405-431.
- Glaser, B. y A. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Granados, R. T. y M. C. Gómez (2000), “La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y balance”, *Revista de Salud Pública*, vol. 2, núm. 2, pp. 97-120.
- Grindle, M. y J. Thomas (1991), *Public Choices and Policy Change. The Political and Economic Reform in Developing Countries*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Haggard, S. (1999), “The Politics of Decentralisation in Latin America”, *World Bank Latin American and Caribbean Studies, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean. Decentralisation and Accountability of the Public Sector*, Washington, pp. 9-31.
- Hartmann, L. F. (1999), *Decentralising Health: The Experience and Policy Lessons in Bolivia*, mimeografiado, Washington, The World Bank.
- Herrera, V. (1999), “Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática”, *Revista de Salud Pública*, vol. 1, núm. 3, consultado en Internet: www.medicina.unal.edu.co/revistas/vol3n2.htm.
- Hill, M. (1997), *The Policy Process*, Nueva York, Michael Hill Publisher.
- Hogwood, B. y G. Lewis (1997), “Why ‘Perfect Implementation’ is Unattainable”, en M. Hill, *The Policy Process*, Londres, Michael Hill Publisher, pp. 217-225.
- Jenkins, W. I. (1978), *Policy Analysis: A Political and Organisational Perspective. Government and Administration Series*, Londres, Martin Robertson.

- Kahssay, H. M. y P. Oakley (1999), *Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice*, Ginebra, WHO.
- Krishna A., N. Uphoff y M. J. Esmán (1997), *Reasons for Hope: Instructive Experiences in Rural Development*, West Hartford, CT, Kumarian Press.
- La Forgia, G. M. y N. Homedes (1995), *Decentralising Health Services in Colombia. A Review of Progress and Problems*, Washington, World Bank.
- López, M. R. (1995), *Fiscal Decentralisation in Latin America*, Washington, World Bank.
- Martínez, P., L. A. Rodríguez y C. Agudelo (2001), “Equidad en la política de reforma del sistema de salud”, *Revista de Salud Pública*, vol. 3, núm. 1, pp. 13-39.
- Mascareño, C. (1996), *Municipalización de los servicios sociales en América Latina*, Caracas, CLAD.
- Miles, M. y A. M. Huberman (1994), *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, 2a. ed., Thousand Oaks, Sage.
- Ministerio de Salud de Colombia (2001a), *Municipio Centinela: Evaluación de la implementación del Sistema General de Seguridad en Salud 1997 – 1999*, Bogotá, Ministerio de Salud.
- (2001b), “Situación de salud en Colombia”, *Boletín de indicadores básicos 2000*, Bogotá, Ministerio de Salud.
- Montiel, L. (1998), *Institutional Development of Local Government in a Developing Country. The Case of Venezuela*, tesis doctoral, Universidad de Birmingham.
- Mosquera, M., Y. Zapata, K. Lee, C. Arango y A. Varela (2001), “Strengthen User Participation Through Health Sector Reform in Colombia: A Study of Institutional Change and Social Representation”, *Health Policy and Planning*, vol. 16, núm. 2, pp. 52-60.
- Muller, F. (1991), *Pobreza, participación y salud: casos latinoamericanos*, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Nelson, N. y S. Wright (1995), *Power and Participatory Development: Theory and Practice*, Londres, Nici N.
- Nickson, A. (1995), *Local Government in Latin America*, Boulder, COL/Lynne Rienner, Londres.
- Nieto, J. R. (1997), “Desarrollo y salud: la experiencia contemporánea en Colombia y América Latina. Utopía siglo XXI”, *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas*, vol. 1, núm. 1, pp. 51-61.

- Nigenda, G. y M. H. Machado (2000), "From State to Market: The Nicaraguan Labour Market for Health Personnel", *Health Policy and Planning*, vol. 15, núm. 3, pp. 312-318.
- Paul, S. (1998), "Institutional Development in The World Bank Projects: A Cross-Sectoral Review", en L. Montiel, *Institutional Development of Local Government in a Developing Country. The Case of Venezuela*, tesis doctoral, Universidad de Birmingham.
- Penagos, G. (1994), *Descentralización administrativa*, Bogotá, Librería del Profesional.
- Perry, G. E. (1999), "Challenges of Decentralisation: Accountability, Efficiency, Equity and Financial Soundness", *The World Bank Latin American and Caribbean Studies, Annual Bank Conference on Development in Latin America and Caribbean. Decentralisation and Accountability of the Public Sector*, Washington, World Bank, pp. 431-432.
- Plaza, B., A. B. Barona y N. Hearst (2001), "Managed Competition for the Poor or Poorly Managed Competition? Lessons from the Colombian Health Reform Experience", *Health Policy and Planning*, vol. 16, núm. 2, pp. 44-51.
- Powell, M. (1999), *An Analysis of Policy Implementation in the Third World*, Ashgate, Aldershot.
- Pressman, J. y A. Wildavsky (1973), *Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland*, Londres, Berkeley-University of California Press.
- Profamilia (2000), *Encuesta nacional de demografía y salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia*, Bogotá, Profamilia.
- Purohit, B. (2001), "Private Initiative and Policy Options: Recent Health System Experience in India", *Health Policy and Planning*, vol. 16, núm. 1, pp. 87-97.
- Ramiro, L., F. Castillo, T. Tan-Torres, C. Torres, J. Tayan, R. Talampas y L. Hawken (2001), "Community Participation in Local Health Boards in a Decentralised Settings: Cases From the Philippines", *Health Policy and Planning*, vol. 16, núm. 2, pp. 61-69.
- República de Colombia (1990), Ley 10.
- (1991), Constitución Nacional.
- (1993a), Ley 100.
- República de Colombia (1993b), Ley 60.
- (2000), Ley 617.

- Rojas, F. (1999), "The Political Context of Decentralisation in Latin America", *World Bank Latin American and Caribbean Studies, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, Decentralisation and Accountability of the Public Sector*, pp. 9-31.
- Rondinelli, D.A. (1990), *Decentralizing Urban Development Programs. A Framework for Analysing Policy*, Office of Housing and Urban Programs of the US, Washington, Agency for International Development.
- Scott, C. (2001), *Public and Private Roles in Health Care Systems*, Buckingham, Open University Press.
- Silva, L., V. Herrera y C. Agudelo (2002), "Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud en siete municipios colombianos", *Revista de Salud Pública*, vol. 4, núm. 1, pp. 1-20, consultado en Internet: www.medinina.unal.edu.co/ist/revistas/v4n1/v4n1a1.htm.
- Superintendencia Nacional de Salud (1996), *Recursos Humanos de Salud en Colombia*, Bogotá, Ministerio de Salud.
- Vargas, A. (1999), *El Estado y las políticas públicas*, Bogotá, Almudena.
- Vargas, J. E. (1997), "Descentralización de los servicios de salud en Colombia", *Revista Planeación y Desarrollo*, vol. 28, núm. 1, pp. 20-45.
- Walt, G. (1994), *Health Policy: An Introduction to Process and Power*, Londres, Zed.
- Webb, A. y G. Wistow (1982), *Whither State Welfare?: Policy and Implementation in the Personal Social Services*, Londres, Royal Institute of Public Administration.
- Willis, E., C. Garman y S. Haggard (1999), "The Politics of Decentralisation in Latin America", *Latin America Research Review*, vol. 34, núm. 1, pp. 7-56.
- World Bank (1995), *Local Government Capacity in Colombia. Beyond Technical Assistance*, Washington, World Bank.
- (1996), "Reflections from the Participation Sourcebook", 40, 1996, consultado el 14 de agosto de 2002 en Internet: www-esd.worldbank.org/html/esd/env/publicat/dnotes/dn400296.htm.
- Yepes, F. y L. H. Sánchez (2002), *La descentralización de salud en Colombia. Estudio de casos y controles*, Bogotá, ASALUD, inédito.
- Yin, R. K. (1994), *The Case Study Research. Designing and Methods*, 2a. ed., Londres, Sage.

Zambrano, P. F. (1996), “La invención de la Nación. Contradicciones del sistema político colombiano”, *Revista Análisis 3, Conflicto Social y Violencia en Colombia*, 56 CINEP.