

Descentralización y equidad:

UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA LATINOAMERICANA*

Monica Riutort • Fabio Cabarcas

Fecha de recepción: 10-06-06. Fecha de aceptación: 17-11-06

Resumen

Se realizó una revisión de los artículos publicados, con el fin de presentar una descripción de los antecedentes históricos de las reformas en salud en América Latina y así establecer una breve presentación del proceso de descentralización en países como Colombia, Brasil, Chile, México y Costa Rica. De esta forma se ilustran las diferentes tendencias en las transformaciones de los sistemas de salud de la región.

Esta revisión de la literatura reveló la necesidad imperiosa de contar con más estudios sistemáticos en esta área. Aunque en teoría, la descentralización puede considerarse un mecanismo poderoso en la promoción de la equidad en la salud, puede resultar insuficiente o perjudicial en el contexto de políticas inciertas que promueven la equidad por parte del Estado. Igualmente, se debe discutir tanto el papel de otros fenómenos afines, por ejemplo la privatización, como la escasez de fondos estatales en salud. Sin embargo, la evidencia respecto de los resultados de la descentralización en América Latina y el Caribe es aún contradictoria y ambigua: no es claro que sus logros puedan alcanzar sus intenciones de mejoras en equidad en salud en la región.

Palabras clave: políticas de salud pública, planeación y administración en salud, inequidades en salud, equidad en salud, atención primaria en salud, descentralización.

Abstract

A literature review of published articles were done to set a description of the historical background of health reforms in Latin America and to provide a brief description of the process of decentralization in countries such as Colombia, Brazil, Chile, Mexico and Costa Rica in order to illustrate different tendencies in the transformations of the health systems in the region. This literature review demonstrated the increasing need of more systematic studies in this area. Although decentralization in theory may be a powerful mechanism to promote equity in health, it may be insufficient or prejudicial in the context of unclear policy intended to promote equity by the state. Moreover, the role of other concomitant phenomena like privatization and shortage of state funding of health must also be discussed. However, the evidence regarding the results of decentralization in LAC is still contradictory and ambiguous. It is not clear that its achievements could reach its intentions of improved equity in health in the region.

Key words: public health policy, health planning and administration, health inequities, equity in health, primary health care, decentralization.



Introducción

El presente documento hace parte de un artículo más extenso en el que los autores trabajan actualmente. Dicho artículo examina la equidad y la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe, centrándose en las experiencias logradas, las lecciones aprendidas y las oportunidades estratégicas que han resultado de la reforma del sector de servicios de salud.

Este documento se elaboró como una contribución preliminar a la discusión sobre los efectos en la equidad a partir de la descentralización del sistema de salud en América Latina y el Caribe.

La descentralización ha sido uno de los aspectos clave de la reforma en salud. Como una revisión de artículos publicados, este texto comienza con una descripción de los antecedentes históricos de las reformas en salud en América Latina y el Caribe. Seguidamente, ofrece una descripción breve del proceso de descentralización en países como Colombia, Brasil, Chile, México y Costa Rica, con el fin de ilustrar las diferentes tendencias en las transformaciones de los sistemas de salud de la región. A continuación, se comenta sobre el impacto de la descentralización sobre la equidad, y se termina con unas conclusiones preliminares basadas en la revisión de la literatura existente.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión temática de la literatura académica sobre este tema. El objetivo es preparar materiales para animar una discusión académica más profunda, en el esfuerzo de la división por educar a los trabajadores de la salud en varios países de América Latina. La selección de artículos para esta revisión tenía como propósito

incluir estudios que evaluaran resultados específicos; cambios en la equidad en salud, reducción o incremento en inequidades relacionadas con las políticas de la reforma en salud; estudios que evalúan políticas de la reforma del sistema de salud y tienen un gran impacto directo o indirecto sobre la equidad en salud; y algunos estudios reportados por pruebas piloto o proyectos demostrativos. Esta revisión temática es parte de las actividades académicas continuas en la División de Programas Internacionales del Departamento de Medicina de Familia y Comunidad en la Universidad de Toronto (Canadá).

Las bases de datos en PUBMED, Scielops y el *Journal Health Policy* incluían artículos desde 1995 hasta abril de 2005. Las palabras clave eran: entrega de servicios de salud, reforma en los servicios de salud, accesibilidad de los servicios de salud, América Latina, región del Caribe, sector de servicios de salud y programas de salud nacional. También se hace referencia a otros documentos considerados significativos para comprender el historial del proceso de reformas. Sólo los documentos más relevantes están referenciados.

Antecedentes del proceso de descentralización

La reforma del sector salud ha sido una —o más bien la— política clave en la región de América Latina y el Caribe durante las dos últimas décadas, con un número de elementos comunes (World Bank, 1993). Estos incluyen mayores limitaciones al papel del sector público, conjuntamente con nuevos incentivos para el sector privado y nuevas formas de relaciones entre lo público y lo privado; descentralización; integración de programas verticales a la entrega predominante; semi-autonomía hospitalaria; mayor diversidad en la financiación de servicios

de salud; nuevos procesos para establecer prioridades y distribución de recursos; nuevos incentivos para los trabajadores de la salud, y orientación a los consumidores sobre suministro de servicios y participación comunitaria (Green y Collins, 2003).

Durante los años 70 y 80, los líderes políticos, usuarios, proveedores e investigadores sabían que los sistemas de servicios de salud en América Latina habían acumulado tal grado de ineficiencia e inequidad que se tenía que hacer algo para revertir la creciente insatisfacción de los usuarios, empeoramiento de la calidad del servicio, y la necesidad de mejorar la equidad y eficiencia de los sistemas (Homedes y Ugalde, 2005). El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial se aprovecharon de la crisis de los años 80 para obligar a los gobiernos latinoamericanos a introducir reformas en salud, como una condición para los préstamos (CEPAL, 1994). Esta introducción pudo haber respondido más a asuntos ideológicos y al interés de las agencias prestatarias internacionales, pero no incluía el perfil epidemiológico, el sistema de salud actual o los recursos y la realidad socio-política del país. El informe del Banco Mundial de 1993, utilizado por muchos países como el principal documento para la reforma, reflejaba un cambio ideológico hacia las tendencias neoliberales o nuevas derechas reinantes. Generalmente, se acepta que las reformas raramente se basaban en evidencia, se organizaban de arriba hacia abajo y muchas veces se imponían externamente (Green y Collins, 2003). Uno de los motores de la reforma en salud en América Latina ha sido la meta de lograr la equidad en salud mediante la descentralización. Las reformas en el sistema de servicios de salud en esta región han promovido la descentralización como una manera de alcanzar múltiples objetivos como eficiencia mejorada, mayor capacidad de respuesta de las condiciones locales y

responsabilidad local frente las prioridades comunitarias (Livak et al., 1998; Mills et al., 1990). Con frecuencia, sin embargo, aún los defensores de la descentralización no alegan que esas políticas tengan la posibilidad de mejorar la equidad en el sistema de salud. Se argumenta más bien que la descentralización de sistemas se inclina a redistribuir los recursos en favor de las áreas más pobres, y que el control y el financiamiento locales pondrán a las comunidades pobres en desventaja, al permitirles a las comunidades ricas financiar más y mejores servicios de servicios de salud.

Otro objetivo de las reformas fue liberar los fondos centrales gubernamentales para poder atender las enormes deudas públicas. Trasladar el peso financiero de los servicios públicos del gobierno central hacia las provincias era una manera rápida de lograr esto. La política de descentralización se introdujo como una medida de democratización, donde el poder de toma de decisión se trasladaba de una burocracia central indiferente e incompetente a las personas, aún en países con regímenes dictatoriales y autoritarios.

Se puede resumir la conceptualización de la descentralización de los servicios de salud en América Latina en los siguientes puntos (Arredondo *et al.*, 2004):

- a. Los individuos que toman decisiones en el nivel local saben y responden mejor a las necesidades de la comunidad y evitan errores costosos, cometidos por burócratas distantes que tienden a ignorar las condiciones locales de salud.
- b. La participación comunitaria en la planeación y supervisión de los servicios locales aumenta la participación y supervisión de las comunidades locales, que a su vez promueve la democracia.



c. Los controles locales y los servicios ajustados a las necesidades contribuyen a una mayor eficiencia en el uso de recursos y producen mayor satisfacción en el usuario.

La equidad en salud

La Sociedad Internacional para la Equidad en Salud desarrolló definiciones para la equidad y la inequidad en servicios de salud, que ahora son aceptadas globalmente:

La equidad en salud ha sido definida como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de salud a través de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Por otro lado, *la inequidad en salud* se define como las diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de salud a través de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Al comenzar con las definiciones, es clave señalar que las inequidades no siempre son inequidades. Whitehead y otros han sugerido que el término inequidad se debe reservar para aquellas diferencias que son innecesarias, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Él propone una serie de preguntas respecto de la equidad; por ejemplo, ¿cuáles son las diferencias que son innecesarias y evitables? Los estudios llevados a cabo por Whitehead identificaron cuatro categorías en las cuales las diferencias en salud son innecesarias, evitables e injustas.

- Las diferencias derivadas de estilos de vida que dañan la salud de un individuo o de un grupo social, donde las elecciones de los mismos se restringen.

- La exposición a ambientes laborales que son insalubres y estresantes.

- El acceso inadecuado a los servicios esenciales para la salud, incluyendo otros servicios públicos.

- La tendencia a que las personas que viven en los estratos sociales más pobres sufran más enfermedad.

También debe diferenciarse la equidad en salud de una población, de la equidad en la entrega de servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud define equidad en salud como la noción según la cual cada individuo y grupo debe gozar del más alto nivel de bienestar físico, psicológico y social permitido por las limitaciones biológicas. Por otro lado, equidad en la entrega de servicios significa que los recursos y servicios del sector salud se distribuyen y suministran de acuerdo con las necesidades de la población y los servicios se financian de acuerdo con la capacidad de pago de la población.

De manera más operacional, se puede decir que cuando se habla de equidad en relación con el estado de salud de una población, se trata de niveles de mortalidad y morbilidad que afectan a los grupos sociales de dicha población. Equidad en la entrega de servicios de salud se refiere a niveles de acceso, utilización y financiación de servicios de salud, que afectan a los diferentes grupos sociales.

Es significativa la diferenciación entre la equidad en salud y la equidad en la entrega de servicios, por la definición de políticas y programas de salud que promueven salud. Por propósitos analíticos, se han organizado los resultados de la revisión teórica de acuerdo con la equidad de distribución de recursos y equidad en acceso a servicios de salud.

El proceso de descentralización y su impacto en algunos países de la región

Aunque la descentralización puede definirse como la transferencia de poder y competencias del gobierno central a los niveles periféricos del gobierno —cambiar el lugar donde se toman las decisiones y ponerlas bajo el control de la comunidad (Guimarães, 2001)—, esto resulta en una gran variedad de procesos en los diferentes países de la región. Primero, se pueden involucrar diferentes niveles geográficos, que incluyen no sólo a las

autoridades departamentales o municipales, sino también, a veces, instituciones o áreas descentralizadas. Adicionalmente, la transferencia puede llevar a diversas funciones que pueden incluir autonomía de decisiones y planeación, autonomía de diseño o ejecución de recursos o posibilidad de recolectar fondos en el nivel local. Es más, se puede usar la palabra descentralización para describir la autonomía que se le otorga a una unidad prestadora de servicio (Homedes y Ugalde, 2002). Generalmente, se puede caracterizar el proceso de descentralización por la agrupación de países en varias categorías, de acuerdo con el grado de transferencia de poder al nivel local.

PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

Desconcentración México, Costa Rica	Devolución Chile, Colombia	Autonomía de las instalaciones de servicios de salud Nicaragua, Perú
<ul style="list-style-type: none"> • Definición de recursos sin basarse en necesidades. • Las autoridades regionales continúan aplicando los criterios de distribución basándose en presupuestos históricos. • El gasto público en servicios de salud ha decrecido por programas de ajuste estructural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se asumía que la región invertía recursos adicionales en servicios de salud. • Esto puede ser positivo si las regiones tienen recursos, pero generalmente están limitados por la capacidad de respuesta de la región. • En escenarios de devolución se exacerban las inequidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • La tarifa pagada por los usuarios en internación hospitalaria tenía diferentes efectos en utilización, según los diferentes estratos socioeconómicos. • Pacientes de mayores ingresos hicieron mayor uso del hospital (35% a 53% más); los de ingresos menores lo hicieron en menor porcentaje (25% a 20% menos) • Las tarifas son altamente regresivas y se sabe que aumentan la inequidad en el uso de los servicios.
<ul style="list-style-type: none"> • La distribución de los recursos no está basada en necesidades. • Las autoridades regionales continúan aplicando los criterios de distribución, basándose en presupuestos históricos. • El gasto público en servicios de salud ha decrecido por programas de ajuste estructural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se asumía que la región invertía recursos adicionales en servicios de salud. • Esto puede ser positivo si las regiones tienen recursos pero generalmente están limitadas por la capacidad de respuesta de la región. • En escenarios de devolución se exacerban las inequidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las tarifas para los usuarios en internación hospitalaria tenían diferentes efectos en la utilización por los diferentes estratos socio económicos. • Los pacientes de mayores ingresos hicieron mayor uso del hospital (35% a 53% más); los de ingresos menores lo hicieron en menor porcentaje (25% a 20% menos). • Las tarifas son altamente regresivas y se sabe que aumentan la inequidad en el uso de los servicios.

Fuente: diseño de los autores.



Inicialmente, algunos países completaron un proceso de devolución que se definió como la completa transferencia de responsabilidades a las unidades administrativas periféricas, incluyendo la transferencia de recursos financieros (Kalk y Fleischer, 2004). Esto ha ocurrido en Chile y Colombia, que fueron los países que siguieron más de cerca los lineamientos del Banco Mundial y otras instituciones internacionales. En ambos países, a la descentralización le siguió una gran transformación del sector salud, con mayor participación del sector privado y un papel regulatorio del Estado. Las funciones transferidas al nivel municipal, que tienen más autonomía en la toma de decisiones y en distribución de recursos, son los servicios primarios de salud (Guimarães, 2001). Adicionalmente, se transfirieron otras funciones específicas; por ejemplo, la administración del servicio hospitalario de primer nivel se transfirió a las áreas en salud que cubren varios municipios en Chile. En Colombia la administración del sector subsidiado también se transfirió al nivel municipal. Estas funciones transferidas pueden ser contratadas por los municipios con otras entidades públicas o privadas dentro del país. Además, la distribución de los recursos se decide por el nivel central en ambos países, aunque en Colombia los municipios tienen la posibilidad de generar recursos financieros por tarifas de sus servicios. En este último país, las funciones son asumidas por el nivel departamental cuando los municipios no pueden proveer suficiente capacidad administrativa (Bossert et al., 2003).

A diferencia de Colombia y Chile, otros países han logrado desarrollar un proceso que puede ser más claramente definido como desconcentración, que es la transferencia de la ejecución de acciones de un nivel del gobierno a otro, sin transferencia de autonomía de decisiones. Esta categoría incluye a países como Costa Rica, que realizó pocas

modificaciones al sistema anterior. Aquí, la manera principal de descentralización fue la transferencia de funciones a entidades autónomas con niveles descentralizados. La reforma puso toda la provisión de servicios de salud en las manos de la Caja Costarricense de Seguro Social (ccss), dejándole al Ministerio de Salud las funciones de supervisión y administración. El servicio de salud proporcionado por la ccss es literalmente gratis para la gran mayoría de la población (Rosero-Bixby, 2004b). A dicha entidad se le encargó el financiamiento y suministro de servicios de salud para la población (Bertodano Id, 2003). En Costa Rica ha habido transferencia de las responsabilidades en el servicio hospitalario, y en los servicios de salud primarios, del Ministerio de Salud a la ccss, pero sin ninguna autonomía de decisiones (Guimarães, 2001). La privatización tiene un papel limitado aunque se han propuesto unos cambios en la esencia de la reforma.

La descentralización en México también se puede describir como desconcentración, pero con un sistema diferente del de Costa Rica. El sistema de México se compone de tres subsistemas principales: 1. Un número de institutos de seguros sociales tipo Bismark que ofrecen seguro en salud para los empleados formales y sus familias; 2. Los servicios del Ministerio de Salud y los servicios limitados de organizaciones no gubernamentales para la población no asegurada; y 3. Un sector privado grande, financiado casi totalmente del gasto de bolsillo (Barraza-Llorens et al., 2002). En México, el sector público y la seguridad social —incluyendo el servicio militar— son responsables de más del 85% de las camas hospitalarias (Fleury, 2000). En dicho país hay una autonomía mixta de fondos en las instituciones descentralizadas, con recursos centrales y locales (Arredondo y Parada, 2000). Allí, el elemento dominante de la reforma era la creación de un sistema

único de salud para los no asegurados, que significaba transferir la responsabilidad de las poblaciones no aseguradas desde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y los servicios de salud del Ministerio coordinados por el Estado, hacia nuevas entidades bajo autoridad estatal. Se ha calificado el caso de México como una descentralización incompleta o inexistente en el cual los estados no lograron un nivel significativo de control sobre siquiera un aspecto del sistema, a la vez que se les ha retirado paulatinamente la mayoría de los pocos nuevos poderes que habían ganado (Gershberg y Jacobs, 1998). También se ha limitado la privatización. En 1996, México implementó un paquete de reformas que animaron la descentralización, aumentando la competencia de la institución privada al IMSS, al establecer un sistema dirigido por el mercado para aquéllos quienes se encuentran cubiertos por un seguro de salud, a través de la seguridad social o el pago obligatorio, y un sistema descentralizado de servicios públicos mínimos para los pobres (Laurell, 2001). Estos cambios son similares al tipo de reforma implementada en Chile y Colombia.

Las diferencias entre México y Costa Rica reflejan sólo parte de la variedad entendida como desconcentración, que a su vez adopta diversas formas en otros países. Brasil, por ejemplo, es un caso especial en el proceso de descentralización en la región. Allí, la formulación del proceso de reforma se ligaba a la transición democrática y era un intento por consolidar un sistema de salud único, público, universal y descentralizado, a partir de la idea de la salud como un derecho del ciudadano garantizado por el Estado, aparentemente en contraposición a las dinámicas globales (Almeida, 2002). El sistema está organizado en los niveles federal, estatal, departamental, regional y municipal. El nivel federal legalmente se responsabiliza por la formulación e imple-

mentación de la política de salud nacional. También está a la cabeza de la planeación, evaluación y control de sistema, al igual que de la distribución de recursos. Las funciones al nivel estatal involucran la coordinación del servicio, la distribución de recursos financieros, y las decisiones relacionadas con intervenciones tecnológicas especializadas complejas. Los municipios son responsables del manejo de la entrega de bienes y servicios relacionados con la promoción de la salud, cuidado preventivo, servicios de salud y rehabilitación. Los fondos se distribuyen a cada Estado, de acuerdo con la factura de autorización para la admisión al hospital, siempre respetando los techos cuantitativos y financieros correspondientes. (Almeida et al., 2000). El sistema se compone de tres sub-sectores principales: 1. El sector público, que comprende los servicios de salud financiados y provistos públicamente, incluyendo servicios en los niveles federal, estatal y municipal, y las fuerzas armadas, que tienen sus servicios en el cuidado en salud propios. 2. El sector privado —con y sin ánimo de lucro— contratado por el sector público y pagado a través de sistemas de reembolso, compuestos por los servicios financiados públicamente y provistos privadamente. 3. El sector privado de libre elección, financiado por fuera del bolsillo, o mediante seguro de salud corporativo compuesto por servicios prestados y financiados de manera privada, con diferentes niveles de primas de seguros y subsidios en los impuestos (Almeida et al., 2000).

En resumen, en las últimas décadas los procesos de descentralización en América Latina y el Caribe se han caracterizado por presentar una gran variedad de reformas, lo que ha implicado la transferencia de funciones, recursos o responsabilidades del nivel central al local. Hay gran diversidad de características a la vez de simultaneidad con otros fenómenos como la privatización.



Sin embargo, también hay necesidad urgente de documentar estos cambios y medir el impacto que tienen en el sector salud, debido a la reforma.

Efectos de la descentralización en la equidad en salud

Acceso a servicios

La evidencia disponible en los artículos revisados sugiere que las reformas en salud han tenido, primordialmente, un impacto adverso en la equidad del acceso a la salud entre los diferentes grupos de ingresos. Existe una brecha en los servicios prestados a los habitantes pobres, en comparación con la población rica, situación presente en un gran número de países de la región. Estudios de países como Brasil, México, Guatemala, Jamaica y Perú coinciden con la existencia de inequidades en los servicios ofrecidos a la población rica y a la pobre (Almeida, 2002).

Esta tendencia parece haber aumentado, principalmente, en aquellos países que tienen un proceso de privatización más dinámico, como Chile, donde los diferentes paquetes de servicios son ofrecidos por instituciones privadas, a diferencia del sector público. Esto induce a la segmentación observada en el mercado, tanto entre los individuos de alto y bajo riesgo como entre aquéllos con ingresos más altos y más bajos. Los que tienen ingresos relativamente más bajos, y con relativamente mayor riesgo, escogen el sistema de seguro del sector público y así optan por un servicio de menor calidad, en aras de la economía. De hecho, hay una considerable disparidad en la envergadura y la calidad de la cobertura en salud. En 2002, el 3,2% de los pacientes cubiertos por el sector privado tenían 60 años o más, comparado con el 12% de los pacientes asistiendo a

las instalaciones públicas (Manuel, 2002). Estas diferencias parecen estar más en la forma de la calidad que en el acceso a los servicios. Los ricos se afilian a instituciones privadas y reciben mejores beneficios en salud. Los pobres sólo tienen recursos para utilizar los servicios del sector público con sus menores beneficios. Era muy similar el uso de los servicios a través de los grupos de ingresos; por ejemplo, los gastos incondicionales estandarizados, caso en el cual sólo se diferenciaban en el quintil más rico (Sapelli, 2004). El gobierno de Chile se encuentra en el proceso de reformar el sistema de salud, de nuevo, dándole prioridad a servicios de salud primaria y suministrándole un paquete extendido de servicios de salud a los sectores más vulnerables de la población.

El servicio de salud en Colombia, con características similares al sistema chileno, parece tener mejor resultado en el acceso a los servicios de la población, aunque el balance no es completamente satisfactorio. Algunos autores mencionan una tendencia positiva, que parece estar más relacionada con un aumento en la cobertura de seguros que en un incremento real en el acceso a los servicios. En un estudio realizado entre 1993 y 1997, el coeficiente de inequidad al acceso al seguro decreció de 0,34 a 0,17. Simultáneamente, se incrementó la cobertura de 23% a 57%, especialmente entre los segmentos más pobres de la población, donde aumentó de 3,7% a 43,7%, como resultado de los subsidios provistos por los gobiernos locales. Sin embargo, el coeficiente de inequidad para la utilización de los servicios de servicios de salud no varió significativamente. También se documentó un aumento en la prevalencia de enfermedad y utilización de servicios entre los asegurados, debido a la selección parcializada de riesgos y peligros morales.

Aunque se comenten algunos posibles efectos positivos en equidad de acceso entre

diferentes grupos de ingresos (Jaramillo, 2002), también se mencionan varias barreras en el acceso. De hecho, esto se muestra en un estudio de corte transversal sobre acceso a servicios de salud en Bogotá, donde entre una cuarta y una quinta parte de la población identificó cuatro barreras principales al acceso: la falta de cobertura universal, la existencia de dos regímenes de afiliación, las limitaciones de los paquetes de servicios de salud y el mecanismo adoptado de copagos (Martínez et al., 2001). La cobertura alcanzada en Colombia está lejos de cumplir con las expectativas a la luz del costo del sistema. Se ha reportado que casi el 40% de la población está en posición de vulnerabilidad (Hernández, 2002). Adicionalmente, la falta de cobertura lleva a un problema serio de equidad. En 1999, seis de nueve departamentos con menos de 37,5% de insatisfacción de necesidades básicas tenían más cobertura de subsidio que el promedio nacional, mientras que 20 de 24 departamentos con más de 37,5% de insatisfacción tuvieron un promedio más bajo de cobertura de subsidio que la media nacional (Málaga et al., 2000); además, la existencia de dos regímenes de afiliación les sirve a los segmentos el acceso a servicios de salud, como resultado de criterios que no dependen de las necesidades de la población sino más bien se basan en el estatus de ingreso o estatus laboral de las personas. Aunque en Colombia hay un paquete universal básico para las personas afiliadas al sistema, la oferta de paquetes privados adicionales significa una diferencia en servicios. Aún el paquete básico de servicios del régimen subsidiado incluye menos servicios que el paquete ofrecido a los que están afiliados directamente (Vargas et al., 2002). Estas diferencias pueden incrementar aún más la inequidad, al permitir la adquisición de paquetes adicionales privados por la población rica. Es más, se informa sobre barreras de acceso para la población pobre, debido a los altos co-pagos de esos servi-

cios incluidos en sus paquetes (Homedes y Ugalde, 2005).

Costa Rica, donde se ha enfatizado menos la privatización, muestra mejores tendencias en equidad de acceso a servicios que Chile o Colombia (Guimarães, 2001). Su ccss tiene el mismo paquete de servicios disponibles para las personas con diferente capacidad de pago (Vargas et al., 2002). Allí prácticamente toda la población tiene acceso a los servicios de salud del ccss. Por ejemplo, 96% de todos los nacimientos en 1999 ocurrieron en los hospitales ccss, 2% en clínicas privadas y el mismo porcentaje en casa (Rosero-Bixby, 2004b). Así mismo, los datos reflejan mejoras sustanciales en acceso —y equidad— al servicio ambulatorio, entre 1994 y 2000, cuando se adoptaron las reformas. La porción de la población cuyo acceso a los servicios de salud ambulatorio era inequitativo declinó del 30% al 22% en áreas pioneras, donde comenzaron las reformas entre 1995 y 1996. En contraste, en áreas donde para el 2001 no se habían presentado reformas, la proporción menos atendida ha aumentado ligeramente de 7% a 9%. Resultados similares se destacan en un índice más sencillo, que se basa en la distancia a las instalaciones más cercanas (Rosero-Bixby, 2004b). De igual manera, el porcentaje de personas sin acceso equitativo a servicios de salud primaria cayó en 15% entre 2000 y 2004, en áreas donde la reforma del sector salud se implementó entre 1995 y 1996, mientras que áreas que aún no habían iniciado la reforma del sector salud en 2000 tuvieron una reducción de sólo el 3% (Rosero-Bixby, 2004a). Así, la equidad en acceso al servicio primario también ha mejorado considerablemente, tal vez porque las primeras reformas se implementaron en áreas menos desarrolladas del país.

A diferencia de Costa Rica, en México la reforma en salud de 1996 podría significar el incremento de una tendencia previa de de-



terio de equidad en acceso a servicios. De hecho, la creación de diferentes paquetes de servicios para el seguro básico obligatorio en salud, una variedad de planes de salud adicional con diferentes primas, co-pagos y tarifas directas por servicios, llevarán a una amplia estratificación en acceso y calidad de servicios. Allí, la tendencia negativa en equidad es una continuación de prácticas pasadas. Por ejemplo, el 10% de los hogares más ricos gastaron 8,5 veces más que el 10% más pobre en 1984, 16,4 veces más en 1992, 18,3 veces más en 1994 y 16,5 veces más en 1996. La información también indica que muchas familias de bajos ingresos no tienen los recursos para pagar el servicio médico: se encontró que el 46% del 10% de los hogares más pobres tenían gastos de servicios médicos, en comparación con el 76% de las familias de alto ingreso. También hay diferencias en el tipo de servicio adquirido. Aún antes de la reforma de 1996 se pueden explicar estas tendencias por una reducción del presupuesto general del IMSS y el fracaso en el pago de fondos por programas descentralizados por el gobierno federal. (Laurell, 2001).

Similar a México, la experiencia en Brasil también demuestra que las personas en los grupos de ingreso menor tienen más dificultades en el acceso a los servicios de salud. Estas diferencias no sólo están en el número sino también en los tipos de servicios. El servicio de salud en Brasil todavía abarca subsistemas duales, que presentan formas distintivas de institucionalización. El servicio privado provee cobertura a brasileños de menor edad, que presentan riesgos menores y que tienen un poder adquisitivo mayor; el sistema unificado de salud provee servicios directos a aquéllos que tienen un poder adquisitivo más bajo —o ninguno en absoluto— y a quienes tienen un poder adquisitivo mayor, pero cuyas necesidades en servicios de salud requieren una mezcla más compleja

de servicios (Elías y Cohn, 2003). De hecho, las tasas de uso por tipo de servicio variaron, destacando las grandes inequidades en calidad del servicio entregado entre los grupos de ingreso. El grupo de mayores ingresos utilizó un 500% más de servicios privados y un 100% más de servicios ambulatorios que el grupo de ingresos más bajos. Por otro lado, las personas en el grupo de ingreso más bajo usaron un 67% más de servicios en centros de salud y un 43% más de servicios de emergencias que el grupo de ingreso más alto. No hubo inequidades sociales en el uso de servicios de internación hospitalaria (Almeida et al., 2000) Estudios referenciados de otros países como Guatemala, Jamaica y Perú coinciden en la existencia de inequidades en los servicios ofrecidos a las poblaciones ricas y pobres (Almeida, 2002).

En adición a la inequidad entre los diferentes grupos de ingreso, el proceso de descentralización muestra efectos contradictorios en la equidad de la utilización de servicios por áreas geográficas. Algunos países parecen tener un efecto positivo en la equidad. Por ejemplo, en Colombia, se nota una utilización más equitativa de servicios entre las áreas rurales y urbanas y entre municipios con diferentes niveles de ingreso (Bossert et al., 2003), aunque haya una alta densidad de recursos de salud en los centros urbanos más grandes (Málaga et al., 2000). Así mismo, aunque se describen las inequidades geográficas en Costa Rica (Vargas et al., 2002), hay evidencia que sugiere que existe un efecto positivo en la reforma al reducir la brecha entre regiones ricas y pobres (Rosero-Bixby, 2004b). Como las diferencias de los procesos entre estos dos países son enormes, las razones de estos descubrimientos requieren mayor discusión. Por ejemplo, una distribución de recursos más equitativa entre municipios en Colombia podría jugar un papel en estos descubrimientos, como se muestra abajo. En Costa Rica, el proceso

de descentralización se centró inicialmente en esas áreas con menos acceso, lo que parecía ser una política adecuada debido a los resultados en la reducción de la inequidad geográfica.

Una tendencia positiva también se puede notar en Brasil, donde el gobierno local se convirtió en un prestador más fuerte del servicio y se disminuyeron las diferencias interregionales en la oferta de servicios. La intensidad de estos cambios, sin embargo, difería considerablemente de una región a otra. A pesar de las medidas regulatorias para aumentar la eficiencia y reducir las inequidades entre el sistema de salud, la entrega de servicio de internación hospitalaria, en 1996, permaneció altamente desigual por las regiones geográficas, manteniendo a los habitantes de las áreas menos desarrolladas con menores posibilidades de tener acceso al servicio apropiado. Igualmente, en ciudades del interior —en el sur oriente—, existe una oferta de médicos mucho mejor que en las regiones menos desarrolladas. Esta distribución de médicos, enfermeras y dentistas resulta en un déficit en las regiones y ciudades más pobres y en una sobreoferta en las más ricas. (Almeida et al., 2000). La reforma parece mejorar la equidad geográfica, aunque todavía se presenta una gran diferencia entre las regiones. (Viana et al., 2002).

A diferencia de Colombia, Costa Rica y Brasil, los efectos en equidad geográfica de acceso de servicios en otros países son menos promisorios. Por ejemplo en Chile, los resultados de la descentralización en términos de equidad geográfica son menos claros. Aunque existen diferentes políticas para controlar el problema, varios estudios muestran que no hubo cambios o resultados negativos en las reformas en relación con las tendencias previas en la utilización de servicios, entre municipios pequeños y grandes, y entre áreas rurales y urbanas (Bossert

et al., 2003; Homedes y Ugalde, 2005). La cobertura de seguro en salud presentó variaciones geográficas mayores. El servicio médico ambulatorio y la internación hospitalaria, en el sector público, presentaron variaciones geográficas significativas. De acuerdo con los informes de pacientes dados de alta de los hospitales nacionales de referencia, sólo el 20% de la capacidad total de servicios de salud se usa, para atender al 60% de la población chilena que vive en las regiones por fuera del área metropolitana. Y, las áreas rurales y más pobres se cubren preferiblemente por el sector público, mientras que el privado se concentra en las regiones urbanas y más ricas (Arteaga et al., 2002).

La experiencia de México sugiere que hay mucha mayor diferencia entre áreas geográficas debido a la reforma. Allí se inició originalmente la descentralización en trece (13) estados, en 1985, y se estancó en 1987, dados los efectos negativos en la entrega del servicio y por los agrios conflictos entre las autoridades locales de salud y la población, causados por el virtual cierre de los hospitales rurales (Laurell, 2001).

Distribución de recursos

La relación entre descentralización y mejoras en equidad geográfica en la distribución de recursos es inconsistente. Por ejemplo, la primera incentivó una distribución de recursos de salud más equitativa entre los municipios ricos y los pobres en Colombia (Bossert et al., 2003; Homedes y Ugalde, 2005), aunque se ha hecho mención a una mayor capacidad de negociación de nuevos recursos en municipios ricos al igual que en el sector privado. (Guimarães, 2001). En Costa Rica, donde hay un fondo centralizado para distribución de recursos, se ha informado que hay una mejor capacidad redistributiva (Guimarães, 2001).



Una relación menos clara se evidencia en Chile y Brasil, donde parece presentarse una tendencia a mantener las inequidades en la distribución de los recursos. Aun así se ha descrito un probable papel positivo de un fondo, para una redistribución más equitativa de recursos en Chile, donde la tendencia se ha mostrado estable (Bossert et al., 2003) o contraria (Guimarães, 2001; Homedes y Ugalde, 2005). En ese caso, el análisis del financiamiento de cuidado primario, sin embargo, sugiere que los municipios que distribuyen los fondos más altos per capita no son los que tienen las más grandes necesidades de servicios de salud (Arteaga et al., 2002). Adicionalmente, en Brasil, una mirada a la distribución estimada de recursos por región, de acuerdo con la población, demuestra que las áreas más pobres tienen las tasas diferenciales más bajas (Almeida et al., 2000).

En México se ha encontrado una tendencia negativa más clara en la equidad geográfica de distribución de recursos (Ugalde y Homedes, 2002). En ese país la inequidad entre regiones posiblemente aumente, a pesar de la previa distribución geográfica injusta de recursos privados, tanto para el sistema de seguridad social como para los sistemas descentralizados del Estado. Igualmente, las reformas de 1996, siguiendo la lógica de la competencia, podrían afectar a las áreas pobres mientras que la mayor capacidad financiera de estados ricos les permitirá introducir más servicios (Laurell, 2001).

En general, en sólo una minoría de los países de América Latina y el Caribe, en los cuales se han implementado reformas, hay evidencia de un decrecimiento de inequidades en los recursos de distribución entre las áreas geográficas (Infante et al., 2000). Adicional a esta inconsistencia en equidad geográfica de distribución, se ha informado más consis-

tentemente sobre la equidad de distribución de recursos entre los diferentes niveles de atención. En Colombia, por ejemplo, hubo una redistribución de recursos financieros con una mayor participación de servicios de primer nivel (Jaramillo, 2002). En Chile, los fondos por atención primaria también se garantizan, aunque otros tipos de servicios tienen más inequidad (Guimarães, 2001).

Comentario y conclusión

La descentralización, definida como la transferencia de poder y competencias del gobierno central a los niveles periféricos del gobierno, ha desencadenado una gran variedad de procesos en los diferentes países de la región. El proceso de descentralización en países como Colombia, Brasil, Chile, México y Costa Rica, ilustra acerca de las diferentes tendencias en las transformaciones de los sistemas de salud en la región. Aunque estas tendencias son contradictorias, todo parece indicar que la descentralización no es la vara mágica para solucionar los problemas en equidad de los sistemas de salud, según lo promueven algunas instituciones internacionales.

En Colombia se ha informado sobre unos efectos positivos en equidad; sin embargo, no son claros y deben ser estudiados con cuidado. Inicialmente, aunque algunos autores describen un efecto positivo, en términos de equidad de acceso entre diferentes grupos de ingreso y áreas geográficas, otros están de acuerdo con el hecho de que varias barreras no sólo se mantienen sino que son creadas dentro del sistema. Algunas de esas barreras son la falta de cobertura universal, la existencia de dos regímenes de afiliación, las limitaciones de los paquetes de servicios de salud y mecanismos adoptados como copagos.

Así mismo, como el posible incremento descrito se relaciona directamente con el aumento de la cobertura en afiliación y la creación del sector subsidiado, se debe tener en cuenta algunos aspectos. De manera significativa, el sistema anterior difería en términos del papel del seguro, dado que la mayoría de la población no necesitaba estar asegurada para poder acceder a los servicios provistos por el Ministerio de Salud. Esto significa que la equidad real deberá basarse en la comparación del acceso a los servicios. Y no es claro que esto haya aumentado en Colombia.

El efecto más claro en la distribución de recursos y equidad geográfica en Colombia tiene que analizarse al considerar los costos de los servicios. Ha habido un incremento de dos (2) a cuatro (4) veces en la cantidad de recursos financieros del sistema, pero los resultados no son proporcionales a esta variación. El papel de la intermediación del sector privado en Colombia tiene que ser estudiado para poder explicar la ineficacia del sistema.

El papel de la sociedad, entre descentralización y privatización, debe verse en el caso de Chile, donde se encuentran efectos negativos en equidad de acceso, y permanencia de inequidades de distribución de recursos. La población de Chile se encuentra fragmentada en términos de los sectores público y privado en salud, y el proceso de descentralización no lo ha podido corregir.

Con un proceso de privatización más reducido, Costa Rica es el país que presenta el efecto de beneficio más claro de descentralización en términos de acceso a los servicios y distribución de recursos. Sin embargo, se debe discutir el sentido de la intención de unos stakeholders en ese país en introducir cambios que siguen las sugerencias del Banco Mundial.

Efectos negativos también han acompañado la descentralización en México, país en el que se ha notado un aumento de inequidad de acceso y distribución de recursos. Los efectos contradictorios son visibles en Brasil, donde pese a algunos avances, las inequidades son aún muy marcadas. A diferencia del caso colombiano, en estos países se ha presentado una reducción de los recursos financieros en salud, descrita especialmente en el IMSS. Esto se acompaña de la crisis económica en ambos países que implementaron medidas de ajuste, desde los lineamientos de la ideología neoliberal de las organizaciones internacionales.

Para resumir aunque la descentralización, en teoría puede ser un mecanismo poderoso para promover la equidad en salud, igualmente puede resultar insuficiente o perjudicial en el contexto de políticas poco claras, dirigidas a promover la equidad por parte del Estado. Adicionalmente, se debe estudiar el papel de otros fenómenos afines como la privatización y la escasez de fondos estatales en salud. Sin embargo, la evidencia de los resultados de la descentralización en América Latina y el Caribe es todavía contradictoria y ambigua. No es claro que sus logros puedan alcanzar sus intenciones de mejoría en la equidad en salud, en la región. Esta revisión de la literatura demostró la necesidad imperiosa de llevar a cabo estudios más sistemáticos a este respecto.

Bibliografía

- Almeida, C., 2002. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90". *Cad Saude Publica*. 18(4): 905-25.
- Almeida, C., Travassos, C., Porto, S. & Labra, M.E., 2000. "Health sector reform in Brazil: a case study of inequity". *Int J Health Serv*. 30(1): 129-62.



- Arredondo, A. & Parada, I., 2000. "Health financing changes in the context of health care decentralization: the case of three Latin American countries". *Rev Saude Publica*. 34(5): 449-60.
- Arredondo, A., Parada, I., Orozco, E. & García, E., 2004. "Impact of decentralization on health financing in Mexico". *Rev Saude Publica*. 38(1): 121-9
- Arteaga, O., Astorga, I. & Pinto, A. M., 2002. "Inequalities in public health care provision in Chile". *Cad Saude Publica*. 18(4): 1053-66.
- Barraza-Llorens, M., Bertozzi, S., Gonzalez-Pier, E. & Gutierrez, J.P., 2002. "Addressing inequity in health and health care in Mexico". *Health Aff (Millwood)*. 21(3): 47-56.
- Bertodano Id, I., 2003. "The Costa Rican health system: low cost, high value". *Bull World Health Organ*. 81(8): 626-7.
- Bossert, T.J., Larranaga, O., Giedion, U., Arbeláez, J.J. & Bowser, D.M., 2003. "Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile". *Bull World Health Organ*. 81(2): 95-100.
- CEPAL, 1994. "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe". Serie Documentos Reproducidos, 41. Pan-American Health Organization, Washington, DC.
- Céspedes-Londoño, J., Jaramillo-Pérez, I. & Castaño-Yepes, R., 2002. "The impact of social security system reform on health services equity in Colombia". *Cad Saude Publica*. 18(4): 1003-24.
- Elías, P.E. & Cohn, A., 2003. "Health reform in Brazil: lessons to consider". *Am J Public Health*. 93(1): 44-8.
- Fleury, S., 2000. "Reshaping health care systems in Latin America: Toward fairness?" In: S. Fleury, S. Belmartino & E. Baris (editors), *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and México*. International Development Research Centre, Ottawa.
- Gershberg, A.I. & Jacobs, M., 1998. Decentralization and Recentralization: Lessons from the Social Sectors in Mexico and Nicaragua. Working paper # 379. Inter-American Development Bank, Washington, D.C. Retrieved Jun, 2005, from the World Wide Web: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-379.pdf>
- Green, A. & Collins, C., 2003. "Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change". *Int J Health Plann Manage*. 18 Suppl 1: S67-78.
- Guimarães, L., 2001. "Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo". Serie Informes Técnicos No. 76. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud., Washington, DC.
- Hernández, M., 2002. "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia". *Cad Saude Publica*. 18(4): 991-1001.
- Homedes, N. & Ugalde, A., 2002. "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica". *Gac Sanit*. 16(1): 54-62.
- Homedes, N. & Ugalde, A., 2005. "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America". *Health Policy*. 71(1): 83-96.
- Infante, A., de la Mata, I. & López-Acuña, D., 2000. "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias". *Rev Panam Salud Pública*. 8(1-2): 13-20.
- Jaramillo, I., 2002. "Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia". *Gac Sanit*. 16(1): 48-53.
- Kalk, A. & Fleischer, K., 2004. "The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control". *Lepr Rev*. 75(1): 67-78.
- Laurell, A.C., 2001. "Health reform in Mexico: the promotion of inequality". *Int J Health Serv*. 31(2): 291-321.
- Livak, J., Ahmad, J. & Bird, R., 1998. *Rethinking decentralization in developing countries*. World Bank Sector Studies. World Bank, Washington (DC).
- Málaga, H. et al., 2000. "Equidad y reforma en salud en Colombia". *Revista de Salud Pública*. 2(3).
- Manuel, A., 2002. "El sistema de salud chileno: 20 años de reformas". *Salud Pública Mex*. 44(1): 60-8.
- Martínez, P., Rodríguez, L. & Agudelo, C., 2001. "Equidad en la política de reforma del sistema de salud". *Revista de Salud Pública*, 3(1).
- Mills, A., Vaughan, J., Smith, D. & Tabibzadeh, I., 1990. *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. World Health Organization, Geneva.

- Rosero-Bixby, L., 2004a. "Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental". *Rev Panam Salud Pública*. 15(2): 94-103.
- Rosero-Bixby, L., 2004b. "Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study". *Soc Sci Med*. 58(7): 1271-84
- Sapelli, C., 2004. "Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system". *Soc Sci Med*. 58(2): 259-65.
- Ugalde, A. & Homedes, N., 2002. "Descentralización del sector salud en América Latina". *Gac Sanit*. 16(1): 18-29.
- Vargas, I., Vázquez, M.L. & Jane, E., 2002. "Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica". *Cad Saude Publica*. 18(4): 927-37.
- Viana, A.L., Heimann, L.S., de Lima, L.D., de Oliveira, R.G. & Rodrigues Sda, H., 2002. "Significant changes in the health system decentralization process in Brazil". *Cad Saude Publica*, 18 Suppl: 139-51.
- Whitehead, M., 1992. "The concepts and principles of equity and health". *Int J Health Serv*. 22(3): 429-45.
- World Bank, 1993. *World Development Report; Investing in Health*. World Bank. Oxford University Press, Oxford.

