

La certificación como indicador de descentralización en salud.

UNA MIRADA A LA LUZ DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS EN MUNICIPIOS COLOMBIANOS*

Diana Pinto • Gabriel Carrasquilla • Fabián Armando Gil
• Constanza Collazos • Julio Rincón

Fecha de recepción 07-02-05 • Fecha de aceptación 20-05-05

Resumen

En este artículo se describen los resultados de una encuesta llevada a cabo durante los años 2003-2004 para determinar el cumplimiento de los criterios para la certificación de descentralización en salud otorgada por el Ministerio de la Protección Social en una muestra representativa de municipios colombianos. A la luz de los hallazgos se evalúa la validez de la certificación como indicador de descentralización y como alternativa se construye una escala de descentralización en salud. Se encuentra que a pesar de estar certificados, los municipios no cumplen con todos los criterios. Aunque el número de criterios cumplidos parece relacionarse al estar certificado, no es claro haya diferencias en el tipo de criterios cumplidos por los municipios certificados y no certificados. La escala propuesta podría capturar diferencias tanto cuantitativas como cualitativas en cuanto al cumplimiento de criterios. Los resultados del estudio cuestionan si el estado de certificación refleja de manera adecuada el grado de descentralización municipal.

Palabras clave: descentralización, salud, certificación, municipalidades, escala, indicadores de servicios.

Abstract

This article describes the results of a survey carried out during the years 2003-2004 to determine compliance with requisites to receive the Ministry of Social Protection's certification as decentralized in health in a representative sample of Colombian municipalities. The results are used to evaluate the validity of certification status as an indicator of decentralization and to construct an alternative decentralization scale. The study finds that despite being certified, municipalities do not meet all certification criteria. Although the number of fulfilled requisites seems to be related to certification status, there are no clear cut differences between certified and non certified municipalities in the type of requisites that are met. The proposed scale seems to capture both quantitative and qualitative differences in met requisites. The findings of the survey question whether certification status itself can be used as an indicator that adequately reflects the degree of health decentralization in municipalities.

Key Words: decentralization, health, certification, municipalities, scale, health service indicators.

* Investigación realizada durante 2002 – 2004 por el Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad Javeriana, Universidad del Valle y Cosesam, y financiada por Colciencias (proyecto 6221-01-11818 CT 178-2002).

Introducción

Un elemento común en las reformas a los sistemas de salud impulsadas en los países en desarrollo en las últimas décadas ha sido la aplicación de la descentralización como una estrategia de transferencia de la autoridad fiscal, administrativa y política para la planeación, administración y prestación de servicios desde el nivel central hacia el local (Bossert, *et al.* 2000; 1998; Rondinelli, 1999).

En teoría, la descentralización del sector salud tiene el potencial de mejorar la calidad y la eficiencia en la producción y asignación de servicios, de lograr una mayor transparencia y rendición de cuentas en relación con el manejo de los recursos y de incrementar la equidad, ya que permite que las autoridades incorporen las preferencias y condiciones locales en la toma de decisiones, genera espacios para la participación y veeduría ciudadana y canaliza la distribución de recursos hacia regiones y grupos marginales (Bossert, 2000). Estos argumentos han sido el soporte para la promoción de estrategias de descentralización en salud en Colombia desde 1987.

Sin embargo, aunque han transcurrido casi dos décadas desde el inicio de la descentralización en salud en el país, todavía es poco lo que se conoce respecto a si ésta ha tenido un impacto sobre el desempeño del sector salud. Responder a esta pregunta requiere de estudios cuyo diseño sea el apropiado para establecer una relación causal entre el factor de exposición -en este caso la descentralización- y los resultados esperados. Dentro de los elementos fundamentales de un buen diseño está la medición válida¹ del factor de exposición.

¹ Abramson define la validez en términos de qué tanto un método de medición mide lo que el investigador se propone medir.

Al revisar la literatura tanto nacional como internacional en torno a la evaluación del impacto de la descentralización en indicadores de desempeño de los sistemas de salud llama la atención la falta de claridad en cuanto a la definición, operacionalización y medición de la variable “descentralización”. Una primera aproximación se encuentra en los trabajos de Bossert, quien desarrolla un marco conceptual y una metodología que denomina análisis de espacio de decisión para tipificar los procesos de descentralización con el objetivo de proveer una forma consistente de definir y medir descentralización en diferentes sistemas de salud (Bossert, 2000; 1998). La metodología ha sido aplicada en varios países con un propósito descriptivo, pero hasta la fecha no se conoce su aplicación en la construcción de un indicador de descentralización.

En Colombia la mayoría de los estudios han utilizado como indicador de descentralización el estado de certificación otorgado por el Ministerio de Salud (ahora Ministerio de la Protección Social-MPS), el cual es un acto administrativo formal que le permite al municipio el acceso directo a los recursos para el desarrollo autónomo de sus sistemas de salud. Sin embargo, la certificación por sí misma puede no reflejar los procesos de descentralización reales que ocurren en los municipios. Hay indicios de que el cumplimiento de las condiciones para certificarse no garantiza que los municipios hayan desarrollado o ejerzan plenamente las competencias que les corresponden. Por ejemplo, entre los resultados de entrevistas a administraciones municipales sobre el cumplimiento de las normas legales para certificarse y sobre aspectos que reflejaban en qué medida se habían asumido las competencias en salud, se encontró que algunas administraciones reportaron haber cumplido con todos los requisitos de certificación pero no haberse certificado formalmente por motivos políticos y administrativos (Jaramillo, 2001).



En este artículo se examina en mayor profundidad la validez de la certificación como indicador de descentralización a partir de los resultados de una encuesta que indaga por el cumplimiento de los criterios de certificación en una muestra representativa de municipios colombianos y se construye una escala de descentralización municipal. Dicha encuesta se desarrolló como parte de un estudio analítico de corte transversal que busca establecer si existe una relación entre descentralización en salud e indicadores de oferta, uso y cobertura de servicios de salud (Carrasquilla, 2004).

Los hallazgos de la encuesta llevan a cuestionar si el estado de certificación por sí solo es un indicador que refleje con claridad diferencias entre el grado de descentralización entre los municipios, lo cual tiene importantes implicaciones para la investigación en descentralización en salud que se lleva a cabo en el país. La escala propuesta podría ser una alternativa para la medición de descentralización, ya que captura diferencias cuantitativas y cualitativas en el cumplimiento de requisitos para la certificación.

1. Materiales y métodos

1.1 Cumplimiento de criterios para la certificación en salud

Para la medición del cumplimiento de los criterios para la certificación se diseñó un cuestionario que fue aplicado por medio de una encuesta en el nivel municipal. El período de referencia de la encuesta se definió como el período comprendido entre enero de 1998 y diciembre de 2000 y se indagó por el cumplimiento de los requisitos definidos por el marco legal vigente en ese momento². Se incluyó un conjunto de ítems que se relacionan con el cumplimiento del requisito formal, o “de papel”, los cuales se deno-

minan *indicadores de verificación del criterio* e ítems que reflejan actuaciones “reales” de la administración municipal generadas por el cumplimiento del requisito, los cuales se denominan *indicadores de ejecución del criterio*. El cumplimiento de cada criterio se determina a partir del cumplimiento de ambas condiciones. Los contenidos del cuestionario fueron validados y ajustados mediante reuniones de expertos y la realización de una prueba piloto en tres municipios del departamento del Valle.

Con las respuestas al cuestionario se construyeron variables indicadoras de verificación y ejecución, las cuales se suman para generar un indicador compuesto que se denomina cumplimiento de criterio. Cada indicador de cumplimiento y sus respectivos componentes se describen en el Cuadro 1. Por ejemplo, para construir el indicador de cumplimiento del criterio “plan local de salud” (PLS), se tomaron como indicadores de verificación reportar haber elaborado el PLS y reportar su respectivo año o número del acuerdo, y como indicador de ejecución reportar haber evaluado dicho plan en el período 1998-2000.

Todos los indicadores se expresan como variables dicotómicas (cumple, no cumple). La consistencia interna de cada uno de los indicadores compuestos se evaluó calculando las correlaciones entre los ítems y el coeficiente *alpha* de Cronbach.

² Se tomó este punto de corte anticipando la posibilidad de cambios en la reglamentación a partir de la expedición de la ley 715 de 2001, la cual se hallaba en curso durante el diseño del protocolo del estudio. El marco legal está dado por la ley 10 de 1990 y ley 60 de 1993, las cuales establecen los requisitos para la transferencia de recursos del situado fiscal para salud a los municipios, distritos y demás entidades territoriales (Anexo 1).

CUADRO 1. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CERTIFICACIÓN Y SUS RESPECTIVAS VARIABLES COMPONENTES

Indicador de cumplimiento de criterio	VARIABLES COMPONENTES
1. Plan local de salud- PLS	Ha elaborado el PLS Reporta año o No. de acuerdo del primer PLS Aprobó PLS en el periodo legislativo 1998/2000 Ha evaluado el PLS 1998/2000
2. Dirección local de salud-DLS	Reporta que Secretaría o Instituto descentralizado es entidad a cargo Reporta año o No. de acuerdo por el que se creó la DLS Enumera tres funciones de la DLS Personal de planta o por contrato de la DLS >0
3. Afiliación de empleados a fondos de pensiones y seguridad social	Reporta personal de planta de la DLS afiliado a cesantías Reporta personal de planta de la DLS afiliado a pensiones Reporta personal de planta de la DLS afiliado a EPS
4. Organización del régimen de carrera administrativa y manual de cargos	Reporta que existía manual de cargos para funcionarios de salud 98/00 Reporta que la DLS estaba en carrera administrativa a 31/12/2000 Reporta un número empleados DLS con calificación de servicios a 31/12/2000 Reporta selección y nombramiento empleados DLS por concurso
5. Transformación de hospital público en ESE	Reporta que el municipio ha asumido prestación servicios de salud Reporta que el municipio asumió prestación servicios a través de hospital Reporta año de acto legislativo que transformó en ESE Reporta nombramiento del director por concurso Reporta representante de cada sector en junta directiva ESE u hospital local a 31/12/00
6. Contratación prestación servicios de salud	Nombra tipo de insituiciones con las que contrató servicios la ESE u hospital entre 98-00 Reporta que a 31/12/2000 existía FLS Reporta año o No. del acto administrativo de creación del FLS
7. Fondo local de salud-FLS	Responde que secretario de salud o director local de salud es ordenador gasto
8. Sistema de información	Reporta año de creación de oficina o cargo Reporta responsable de recopilación de información Reporta suministro información al Sivigila

Fuente: Cálculos de los autores. Encuesta “Efecto de la descentralización en salud en Colombia. 2002-2004”.



Para cada indicador se calculó su distribución de frecuencia, estratificando por municipios certificados y no certificados y por categoría DNP (Departamento Nacional de Planeación). El dato de certificación se obtuvo de la base de datos de certificación municipal obtenida del MPS, con corte a diciembre de 2000.

Para cada municipio se calculó el número total de criterios cumplidos y se obtuvo la distribución de frecuencia y los percentiles 25, 50 y 75, estratificando por municipios certificados y no certificados y por categoría DNP.

A partir de la distribución percentil del número total de criterios cumplidos se construyó una escala que clasifica los municipios en tres categorías de descentralización:

- Baja. Municipios con un número total de criterios cumplidos en el percentil 25 o por debajo
- Media. Municipios con un número total de criterios cumplidos por encima del percentil 25 hasta el percentil 75 inclusive
- Alta. Municipios con un número total de criterios cumplidos por encima del percentil 75

Se evaluó la concordancia entre la condición de certificación según el Ministerio de Protección Social (MPS) y según la respuesta de los municipios a la encuesta por medio de la estadística Kappa, cuyos valores se interpretan según la categorización de Landis y Koch (1997).

2. Población y muestra

La población del estudio la constituyeron los 1.087 municipios clasificados en categorías 1-6 según la ley 617 del 2000. No se incluyeron los municipios clasificados como distri-

tos especiales, que por su volumen de población y recursos económicos, no son comparables con el resto de municipios.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional, donde los estratos son las seis categorías establecidas por el DNP para clasificar los municipios de acuerdo con su grado de desarrollo. En la determinación del tamaño de muestra se consideraron parámetros de confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y una variabilidad intra estrato de 0.25. Para el caso de los municipios de categorías 1, 2 y 3, se decidió tomar la totalidad de ellos en cada categoría (14, 38 y 61, respectivamente. Y para municipios 4, 5 y 6 el tamaño de muestra calculado correspondió a 40, 86 y 129 municipios respectivamente, para una muestra total de 368. Al anticipar dificultades en obtener información y un porcentaje de no respuesta de 50%, se incrementó el número total de municipios de categorías 4, 5 y 6 encuestados a 60, 129 y 193, respectivamente, para un total de 495.

3. Recolección y procesamiento de la información

La aplicación del cuestionario estuvo a cargo del Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá. La etapa de recolección de información se desarrolló en 12 meses (entre noviembre de 2003 y octubre de 2004). Se encuestó un total de 373 municipios, de manera que se obtuvo un tamaño de muestra ligeramente superior al calculado en un comienzo (porcentaje de no respuesta=25%). De estas 373 encuestas, 262 se hicieron vía telefónica, 39 fueron enviadas por correo electrónico, 6 vía fax, 55 vía correo nacional y 11 de manera personal. Cerca de 64% de las encuestas fueron respondidas por secretarios de salud, 16% por alcaldes municipales, 12% por di-

rectores locales de salud y el restante 8% por otro personal de salud del municipio³. En promedio, el tiempo en el cargo de los funcionarios que respondieron la encuesta fue de dos años.

Una vez terminado el proceso de aplicación de encuestas, se realizó una revisión de cada instrumento con el fin de corroborar la calidad de la información y encontrar posibles anomalías. Todos aquellos municipios cuya encuesta presentó inconsistencias o datos faltantes se contactaron de nuevo para verificar los datos.

La información fue digitada a través de una pantalla de captura y almacenada en una base de datos creada especialmente para este fin en el programa MS-Access®. La información para cada uno de los municipios fue doblemente digitada, y luego fueron comparadas las dos digitaciones con el objetivo de reducir los errores de digitación. Después, la información se sometió a un nuevo proceso de validación. Cuando se encontraron datos incoherentes o faltantes estos se verificaron en forma manual a partir de las fuentes primarias y se hicieron las correcciones del caso.

La calidad global de la información se evaluó calculando el cociente entre el total de errores expresados como valores faltantes o inconsistencias y el total de respuestas posibles, cuyo resultado fue de 13%. Por tanto, 87% de la información es de calidad aceptable para el análisis.

4. Resultados

La distribución de los municipios encuestados por categoría DNP y certificación se muestra en el Cuadro 2. Se observa que 187 (51%) de los municipios habían sido certificados como descentralizados por el

A los municipios se les preguntó si habían sido certificados por el MPS con corte a 31 de diciembre de 2000. Cerca de 193 (52%) de los municipios respondieron que sí y 180 (48%) que no. Al comparar estas respuestas con el dato de certificación obtenido del MPS (Cuadro 3) se encontró que hubo coincidencia entre estas dos fuentes en cuanto a la condición de certificación en 88% de los municipios, mientras que 5% del total de los

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS MUNICIPIOS
ENCUESTADOS POR CATEGORÍA DNP
Y CERTIFICACIÓN MPS A DICIEMBRE 2000

Categoría DNP	Certificación MPS		Total
	No	Sí	
	No.	No.	
1	2	10	12
2	12	15	27
3	21	29	50
4	25	20	45
5	39	65	104
6	87	48	135
Total	186	187	373

Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta "Efecto de la descentralización en salud en Colombia"; 2002-2004.

MPS antes del 31 de diciembre de 2000 y 186 no habían sido certificados (49%). Cerca de 239 (64%) de los municipios encuestados son de categorías 5 y 6, que corresponden a los de menor desarrollo socioeconómico del país. No se encuentran diferencias significativas entre los municipios encuestados y los que no respondieron en cuanto a certificación o categoría DNP.

³ Incluye directores de hospital o centro de salud, coordinadores de programas de salud y secretarios de gobierno.



encuestados reporta no estar certificado a diciembre de 2000 a pesar de que aparece como certificado según el MPS (falsos negativos) y el restante 7% reporta lo contrario (falsos positivos). El resultado de la estadística Kappa es 0.76, lo cual indica que la fuerza de la concordancia entre estas dos mediciones de certificación es buena.

El Cuadro 4 presenta el número y porcentaje de municipios que cumple con cada criterio de certificación, según condición de certificación del MPS. Para el total de municipios, los criterios con mayor porcentaje de cumplimiento por parte de los municipios son la contratación para la prestación de servicios (90%) y la creación y organización del Fon-

CUADRO 3
COMPARACIÓN DE LA CONDICIÓN DE CERTIFICACIÓN SEGÚN RESPUESTAS DE LOS MUNICIPIOS ENCUESTADOS Y CERTIFICACIÓN MPS A DICIEMBRE 2000

Certificación según respuesta	Certificación según MPS				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	167	44,8	26	6,9	193	51,7
No	20	5,4	160	42,9	180	48,3
Total	187	50,2	186	49,8	373	100,0

Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta "Efecto de la descentralización en salud en Colombia"; 2002-2004.

CUADRO 4
NÚMERO Y PORCENTAJE DE MUNICIPIOS QUE CUMPLE CON CADA CRITERIO, TOTAL Y SEGÚN CONDICIÓN DE CERTIFICACIÓN MPS A DICIEMBRE 2000

Tipo de criterio	Certificación MPS				Total municipios	
	Sí (n=187)		No (n=186)		(n = 373)	
	No.	%	No.	%	No.	%
1. Contratación para prestación de servicios	175	93,6	158	84,9	333	89,3
2. Fondo local de salud	154	82,4	116	62,4	270	72,4
3. Afiliación a fondos pensiones y seguridad social	137	73,3	77	41,4	214	57,4
4. Sistema de información	110	58,8	75	40,3	185	49,6
5. Dirección local de salud	72	38,5	35	18,8	107	28,7
6. Plan local de salud	62	33,2	41	22,0	103	27,6
7. Empresa social del Estado	83	44,4	16	8,6	99	26,5
8. Organización régimen carrera administrativa	49	26,2	25	13,4	74	19,8

Nota: Los porcentajes son sobre el total de municipios de cada columna.

Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta "Efecto de la descentralización en salud en Colombia"; 2002-2004.



do Local de Salud (FLS) (72%). Los criterios con los menores porcentajes de cumplimiento son la organización del régimen de carrera administrativa (20%) y la transformación de hospitales públicos en empresas sociales del Estado (ESE) (27%). Se observa que este ordenamiento no cambia según la condición de certificación, excepto en el caso de municipios certificados, en los que el plan local de salud (PLS) es uno de los criterios con menor porcentaje de cumplimiento.

Se observan pocas diferencias en el ordenamiento al hacer este análisis por categoría DNP (no se muestran los resultados): en todas las categorías el criterio de mayor cumplimiento es la contratación para la prestación de servicios; el segundo criterio de mayor cumplimiento es la afiliación a fondos, cesantías y salud para los municipios de categorías

1-3, y la creación del FLS para los municipios de categorías 4-6. Con excepción de la categoría 1, en que el criterio de menor cumplimiento es la dirección local de salud (DLS), en todas las categorías DNP se observa muy bajo cumplimiento del PLS. El segundo criterio de menor cumplimiento es la creación de la ESE para los municipios de categorías 1-3 y la organización de carrera administrativa para los municipios de categorías 4-6.

La distribución de frecuencia del número total de criterios cumplidos por la totalidad de municipios encuestados y según condición de certificación MPS se resume en el Cuadro 5. Del total de municipios, tan sólo uno (0,3%) cumple con la totalidad de los criterios y 8 (2,1%) del total cumple ninguno. Para el total de municipios, la mediana del número total de criterios cumplidos es

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NÚMERO TOTAL DE CRITERIOS CUMPLIDOS
POR LA TOTALIDAD DE LOS MUNICIPIOS Y SEGÚN CONDICIÓN DE CERTIFICACIÓN MPS
A DICIEMBRE 2000

Número de criterios cumplidos	Certificación MPS				Municipios que cumplen el criterio	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
0	1	0,5	7	3,8	8	2,1
1	7	3,7	30	16,1	37	9,9
2	15	8,0	51	27,4	66	17,7
3	25	13,4	34	18,3	59	15,8
4	38	20,3	30	16,1	68	18,2
5	48	25,7	19	10,2	67	18,0
6	34	18,2	11	5,9	45	12,1
7	18	9,6	4	2,2	22	5,9
8	1	0,5	0	0,0	1	0,3
Total	187	100,0	186	100,0	373	100,0
Percentil 25	3		2		2	
Percentil 50	5		3		4	
Percentil 75	6		4		5	

Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta "Efecto de la descentralización en salud en Colombia"; 2002-2004.



cuatro, el percentil 25 es dos y el 75 es cinco. Al estratificar el número total de criterios cumplidos por condición de certificación se observa una relación positiva entre el número de criterios cumplidos y estar certificado, 74% de los municipios certificados cumple con cuatro o más criterios, en comparación con 34% de los no certificados. En municipios certificados la mediana del número total de criterios cumplidos es cinco, el percentil 25 es tres y el percentil 75 es seis. En municipios no certificados la mediana del número total de criterios cumplidos es tres, el percentil 25 es dos y el percentil 75 es cuatro.

En cuanto al porcentaje de municipios en cada categoría DNP según el número total

de criterios cumplidos (Cuadro 6) se encuentra una relación negativa entre el número de criterios cumplidos y categoría DNP; mientras que la totalidad de los municipios en la categoría 1 cumple con cuatro o más criterios, 93, 64, 53, 58 y 37% de los municipios en las categorías 2, 3, 4, 5 y 6 respectivamente cumple con cuatro o más criterios. Si se colapsan las categorías DNP en 1-3 y 4-6, la mediana del número total de criterios cumplidos es cinco y tres respectivamente.

Al aplicar la escala de descentralización definida, el grado de descentralización se clasificaría como bajo en 111 municipios (29,7%), medio en 194 (52%) y alto en 68 (18,3%). El Gráfico 1 muestra el porcentaje del total de municipios en cada una de las

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO TOTAL DE CRITERIOS CUMPLIDOS
POR CADA MUNICIPIO SEGÚN CATEGORÍA DNP

Número de criterios cumplidos	Categoría DNP (% del total de municipios en cada categoría)					
	1	2	3	4	5	6
0	0,0	0,0	2,0	0,0	3,8	2,2
1	0,0	3,7	12,0	4,4	6,7	15,6
2	0,0	0,0	6,0	26,7	14,4	26,7
3	0,0	3,7	16,0	15,6	17,3	18,5
4	16,7	25,9	18,0	11,1	14,4	22,2
5	16,7	29,6	20,0	22,2	23,1	9,6
6	41,7	22,2	16,0	8,9	15,4	4,4
7	25,0	14,8	10,0	8,9	4,8	0,7
8	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0
Percentil 25	5	4	3	2	2,5	2
Percentil 50	6	5	4	4	4	3
Percentil 75	6,5	6	6	5	5	4
Percentil 25		4			2	
Percentil 50		5			3	
Percentil 75		6			5	

Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta "Efecto de la descentralización en salud en Colombia"; 2002-2004.



tres categorías de esta escala que cumple con cada tipo de criterio. Las categorías de la escala discriminan los municipios no sólo en el porcentaje de cumplimiento, sino también en el tipo de requisitos cumplidos. Las mayores diferencias se observan en los criterios relacionados con la creación de la ESE y la DLS, la elaboración del PLS y la organización del régimen de carrera administrativa. Los patrones de cumplimiento de criterios al interior de la escala se mantienen incluso si se estratifica por estado de certificación MPS, como se muestra en el Gráfico 2.

5. Discusión

La comparación de la condición de certificación según las respuestas de los municipios encuestados y la información en la base de datos de certificación del MPS indica que la medición de certificación basada en la primera fuente llevaría a un error de clasificación del estado de certificación municipal, presumiendo que el dato del MPS es el “patrón de oro”. La discrepancia entre las fuentes indica un desconocimiento de los procesos de descentralización por parte de los funcionarios que respondieron la encuesta, a pesar de que en su mayoría eran las personas idóneas para responder a las preguntas y llevaban un tiempo suficiente en el cargo.

Los patrones de cumplimiento por tipo de criterio observados, que parecen ser independientes de la condición de certificación y categoría DNP sugieren que los municipios son relativamente uniformes en las fortalezas y debilidades en cuanto a condiciones de gestión que se necesitan para el cumplimiento o no de dichos criterios. Estos patrones también pueden obedecer al grado de discrecionalidad que pueden tener los municipios para cumplir con cada criterio. Por ejemplo, con los cambios en el financiamiento de los servicios a partir de la ley

100 la contratación para la prestación de servicios de salud es casi que una generalidad, mientras que la transformación del hospital público en ESE o la organización del régimen de carrera administrativa requiere de una mayor proactividad por parte del municipio para llevar a cabo los cambios institucionales requeridos.

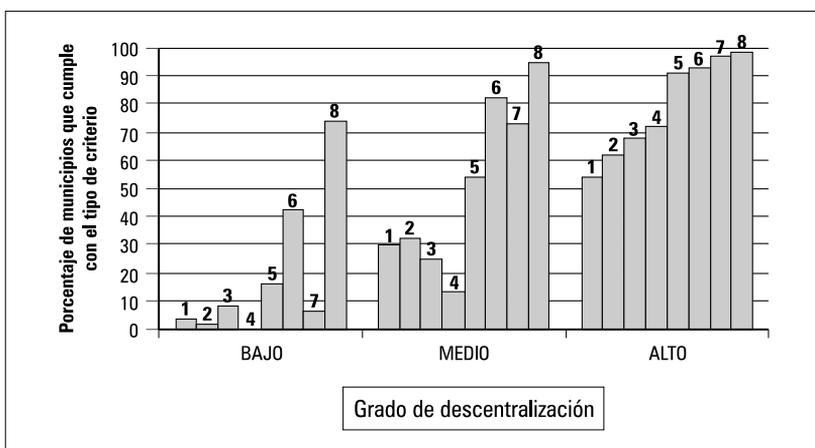
Vale la pena destacar que un requisito tan esencial para la gestión en salud municipal como es la elaboración del plan local de salud tenga tan bajo cumplimiento. El hallazgo puede tener una explicación en problemas de los procesos de descentralización en el nivel municipal que han sido identificados por otros autores, tales como la falta de aplicación adecuada del concepto de planeación estratégica y el desligamiento entre la planeación local de salud y la planeación del desarrollo municipal (Herrera y Cortez, 2000).

En cuanto al número de criterios cumplidos se encuentra la relación esperada entre éste y la condición de certificación, es decir, un mayor cumplimiento de número de criterios en municipios certificados. De igual modo, el menor número de criterios cumplidos en aquellos de mayor categoría DNP se explica porque estas categorías corresponden a los municipios de menor desarrollo socioeconómico del país, lo cual se relaciona con su capacidad de gestión (Herrera, 2000; Banco Mundial, 1995).

No se esperaba encontrar que son pocos los municipios certificados que cumplen con todos los criterios y que una cuarta parte de ellos cumple con tres o menos criterios. Estos resultados dan pie a la hipótesis de que el cumplimiento de los requisitos “de papel” no necesariamente conlleva a la continuidad de los cambios institucionales y administrativos inherentes a la descentralización, que de ser vivenciados en el quehacer de los fun-



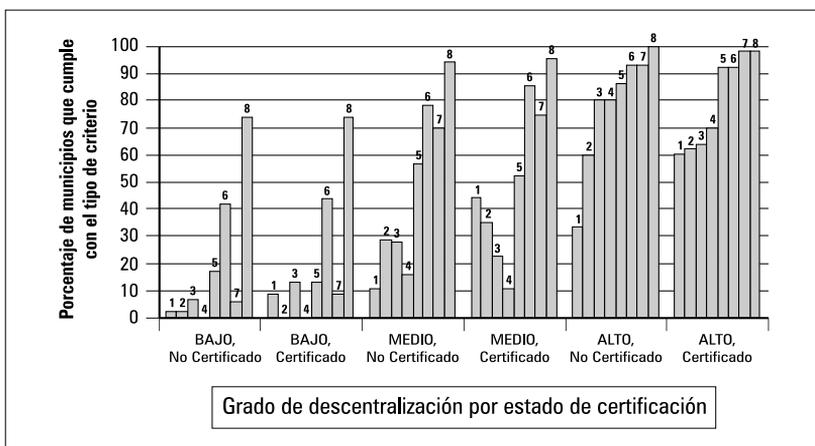
GRÁFICO 1
PORCENTAJE DE MUNICIPIOS QUE CUMPLE CADA TIPO DE CRITERIO SEGÚN GRADO DE DESCENTRALIZACIÓN



Nota: Los números encima de las barras corresponden a los siguientes criterios: 1=Empresa social del Estado; 2=Dirección local de salud; 3=Plan local de salud; 4=Organización régimen carrera administrativa; 5=Sistema de información; 6=Fondo local de salud; 7=Afiliación empleados a fondos pensiones y seguridad social; 8=Contratación para prestación de servicios

Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta "Efecto de la descentralización en salud en Colombia"; 2002-2004.

GRÁFICO 2
. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS QUE CUMPLE CADA TIPO DE CRITERIO SEGÚN GRADO DE DESCENTRALIZACIÓN Y ESTADO DE CERTIFICACIÓN MPS A DICIEMBRE 2000



Nota: Los números encima de las barras corresponden a los siguientes criterios: 1=Empresa social del Estado; 2=Dirección local de salud; 3=Plan local de salud; 4=Organización régimen carrera administrativa; 5=Sistema de información; 6=Fondo local de salud; 7=Afiliación empleados a fondos pensiones y seguridad social; 8=Contratación para prestación de servicios

Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta "Efecto de la descentralización en salud en Colombia"; 2002-2004.



cionarios entrevistados no llevarían a las inconsistencias encontradas entre la certificación y el cumplimiento de requisitos, y refuerzan los hallazgos de estudios de caso de los procesos de descentralización que llaman la atención respecto a la fragilidad ante los cambios de administración (Sánchez y Yepes 1999; Vargas y Sarmiento 1997).

A diferencia del indicador de estado de certificación, la escala de descentralización construida captura tanto diferencias cuantitativas como cualitativas respecto al cumplimiento de criterios de certificación entre los municipios estudiados. Parece ser que las variables que diferencian los municipios son la organización del régimen de carrera administrativa, la transformación de hospitales públicos en las ESE, la creación de la DLS y la elaboración y ejecución del PLS. Este resultado podría orientar hacia cuáles son los requisitos más demandantes en cuanto a capacidad de gestión y voluntad política. Sin embargo, su relevancia debe ser evaluada a la luz de indicadores de desempeño.

6. Conclusiones e implicaciones para futuras investigaciones

Los resultados aquí presentados no están exentos de errores de medición los que no fue posible controlar por medio del diseño del estudio, éstos permiten cuestionar la validez de utilizar el estado de certificación para la medición de descentralización. Aunque la condición de certificación sí parece capturar diferencias en el número de criterios cumplidos, no es claro que refleje diferencias

cualitativas entre los municipios con respecto a los procesos de descentralización en salud examinados.

Es posible que realmente se mide con esta variable la disponibilidad de recursos municipales del situado fiscal⁴, pues de ser cierto que los municipios son muy similares en cuanto al cumplimiento de requisitos, lo único que los diferencia es poder acceder o no a estos recursos. Es posible entonces, que el estado de certificación presenta tan sólo un aspecto de un factor de exposición tan complejo como la descentralización y, por tanto, los estudios que utilizan este indicador para evaluar el impacto de la descentralización en desenlaces de interés, deben interpretar sus hallazgos a la luz de esta limitación.

Para complementar los hallazgos de esta investigación, se hará un análisis comparativo de los resultados obtenidos al evaluar el desempeño de los municipios en cuanto a indicadores de uso, cobertura y oferta de servicios de salud utilizando la escala de descentralización como alternativa al indicador de certificación. También se buscará identificar cuáles criterios para la certificación son los que marcan una diferencia en el desempeño municipal.

En vista de que las evaluaciones del impacto de la descentralización sobre el desempeño del sector salud tienen unas implicaciones de política tan importantes, es crucial dirigir esfuerzos de investigación al desarrollo de indicadores de descentralización válidos y reproducibles.



Bibliografía

- Abramson, JH. 1997. "Validity". *En: Abramson JH. Survey methods in community medicine*. Edimburg: Churchill Livingstone. (4th Ed.):151-64.
- Bossert, T.; Chawla, M.; Bowser, D, *et al.* 2000. *Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Colombia Case Study*. Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
- Bossert, T. 1998. "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance". *Soc Sci Med*. 47(10):1513-1527.
- Bossert, T. 2000. *Methodological guidelines for applied research in decentralization of health systems in Latin America*. Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
- Banco Mundial. 1995. "Colombia. Estudio sobre la capacidad de los gobiernos locales: Más allá de la asistencia técnica". Documento técnico. Departamento III División de Operaciones I para América Latina y el Caribe.
- Carrasquilla, G. 2004. *Efectos de la descentralización en indicadores claves de oferta, uso y cobertura de servicios de salud en municipios colombianos, 1991-2000*. Informe técnico final. Código 6221-01-11818.
- Herrera, V.; Cortez, AE. 2000. *Análisis de la descentralización de la política social y la municipalización del sistema general de seguridad social en municipios de categoría 4,5 y 6*. ESAP-CINAP. Bogotá.
- Jaramillo, I. 2001. *Evaluación de la descentralización en Colombia. Informe final. Proyecto de profundización de la descentralización en Colombia*. COL/99/022/DNP/NUD. Dirección de desarrollo territorial. Departamento Nacional de Planeación.
- Landis, JR y Koch, GC. 1977. "The measurement of observer agreement for categorical data". *Biometrics*, 33:159-74.
- Sánchez, LE.; Yepes, F. 1999. La descentralización de la salud en Colombia. Estudio de casos y controles. Assalud, Asociación Colombiana de la Salud.
- Rondinelli, DA. 1999. "What is decentralization". *In: Litvack, J and J. Seddon (eds) Decentralization Briefing Notes*. Work Bank Institute. Washington, D. C.
- Vargas JE.; Sarmiento A. 1997. *Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia*. DNP-Casa Editorial El Tiempo.

ANEXO 1

Marco legal

Las directrices establecidas por el gobierno colombiano se recogen en la ley 10 de 1990, que en el artículo 37 establece los requisitos para la transferencia de recursos del situado fiscal para salud a los municipios, distritos y demás entidades territoriales, así:

1. Organización y puesta en funcionamiento de la dirección local de salud.
2. Organización del régimen de carrera administrativa y expedición del manual de cargos.
3. Transformaciones institucionales indispensables para la prestación de servicios de salud, en particular, dotando a las unidades de salud de personería jurídica y de una estructura administrativa.
4. Celebración de contratos para la prestación de servicios.
5. Creación y organización del fondo local de salud.
6. Afiliación de los empleados a fondos de cesantías, EPS y fondo de pensiones.

Por su parte, la ley 60 de 1993, en el artículo 16, establece reglas especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud y educación por parte de los municipios. En el caso concreto de salud se menciona que de acuerdo con el artículo 356 inciso 4 de la Constitución Política, no se podrán descentralizar funciones sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderla y, por tanto, los departamentos podrán descentralizar funciones sólo con la respectiva cesión de los recursos del situado fiscal a los municipios, siempre y cuando éstos cumplan con los siguientes requisitos:

1. Organización y puesta en funcionamiento de un sistema básico de información

- según normas técnicas, y la adopción de los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas de salud.
2. Adopción de la metodología para elaborar anualmente, de acuerdo con los criterios elaborados por el departamento, de un plan de desarrollo para la prestación del servicio de salud, que permite evaluar la gestión del municipio en cuanto a calidad, eficiencia y cobertura de los servicios.
 3. La realización, con la asistencia del departamento respectivo, de los siguientes ajustes institucionales:
 - a. El cumplimiento de los requisitos señalados por la ley 10 de 1990 en su artículo 37 y, en forma especial, la creación de las unidades hospitalarias y de prestación de servicio de acuerdo con las disposiciones legales sobre la materia.
 - b. La determinación de la estructura de planta de personal, de acuerdo con lo previsto en el artículo 6 de esa ley. Las plantas de personal se discriminarán en las de dirección municipal de salud y la de las entidades descentralizadas de prestación de servicios, de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia.

