

Los mitos de la descentralización. Hacia un replanteamiento de sus retos organizacionales y políticos en América Latina

IV Congreso de la Alianza
Latinoamericana para la Salud Global
Buenos Aires, Argentina. 25 de nov. 2016
Antr. Emanuel Orozco

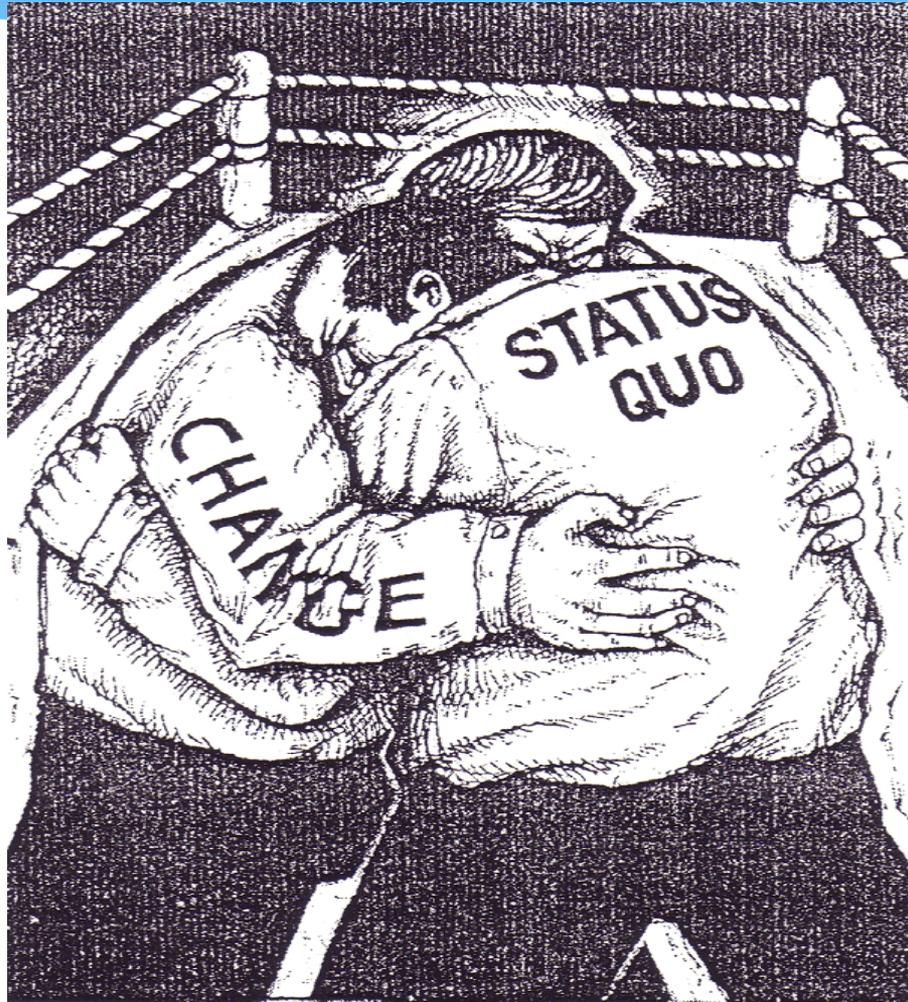
Marco teórico

La **mitología** se refiere a un conjunto de **mitos** relativamente cohesionados: **relatos** que forman parte de una determinada **religión** o **cultura**. También se les denomina mitos a los discursos, **narraciones** o expresiones culturales de origen sagrado relativas a una cultura, a una época o a una serie de creencias de carácter imaginario



(Wikipedia, 2016)

Enfoque



Los mitos

- ❑ La descentralización promueve la participación de los gobiernos locales y mejora la equidad financiera en los países
- ❑ La descentralización fortalece el federalismo cooperativo
- ❑ La descentralización fortalece las capacidades institucionales y organizacionales locales

¿Qué es la descentralización?

- ❑ El traslado de competencias desde la administración central del estado a nuevas personas morales o jurídicas
- ❑ El estado dota de personalidad jurídica al órgano descentralizado.
- ❑ Se le asigna un patrimonio propio y una gestión independiente de la administración central.
- ❑ El estado solo ejerce tutela sobre estos.
- ❑ Se basa en un principio de autarquía (organización política y económica de un Estado fundada en el autoabastecimiento).

Etapas (*Rondonelli*)

- ❑ **Desconcentración.**- Transferencia de las decisiones del nivel central al local
- ❑ **Devolución.**- Transferencia de las decisiones del nivel central a un gobierno elegido democráticamente
- ❑ **Delegación.**- Asignación reversible a entidades y consejos
- ❑ **Delegación implícita.**- Resultado de fallas para atención en zonas remotas o subsidio (subrogación) de servicios

“Midiendo” la descentralización

- Grado de avance y proceso
- Alcances en el sistema de salud
- Análisis comparativo

Sin embargo, *no hay un criterio analítico claro para determinar sus alcances ...* (Bankauskaite and Saltman, 2006)

Políticas, valores y descentralización

- ❑ Contexto gubernamental y organizacional
- ❑ Marco regulatorio, marco legal y negociaciones
- ❑ Distribución de poder y control político
- ❑ Estructura de relaciones fiscales intergubernamentales

El federalismo en México

✓ **Concentración del poder en el nivel central**

✓ **Aparente equilibrio de poderes (ejecutivo, legislativo y judicial)**

✓ **Presidencialismo**

- **Federalización de la salud**
- **Reforma del sistema nacional de salud**
 - **Procesos políticos y sociales**
- **Cambios en las necesidades de salud**
 - **Distribución del poder político**

Niveles de poder político

C
U
L
T
U
R
A

D
I
S
T
R
I
B
U
C
I
Ó
N

- Federal
- Estatal
- Municipal

TOMA DE DECISIONES

P
O
L
Í
T
I
C
A

D
E
L
P
O
D
E
R

- Presidencia
- Poderes locales
- Partidos políticos

Instancias del poder político

El marco institucional

Constitución Nacional de México (Artículo 4o)

**Ley federal de planeación
Ley del Servicio Público Federal
Ley General de Salud**

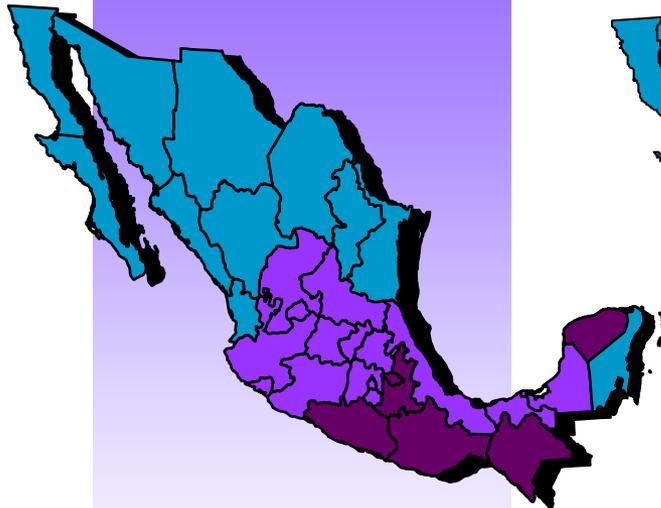
**Reglamento de la Comisión Nacional de Protección
Social en Salud**

Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012

**Programa de Acción Específico de la Comisión
Nacional de Protección Social en Salud**

Algunos Indicadores sobre el rezago epidemiológico y la inseguridad financiera en salud. México

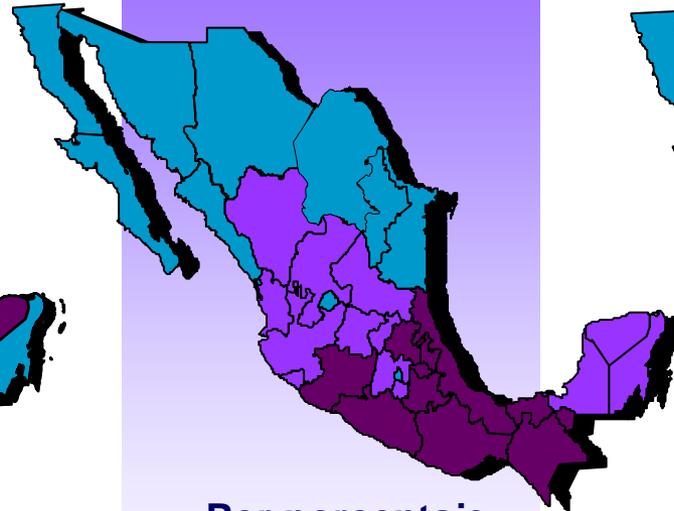
Rezago Epidemiológico



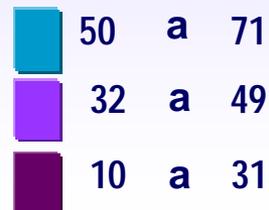
Tasa por 100,000 hab.



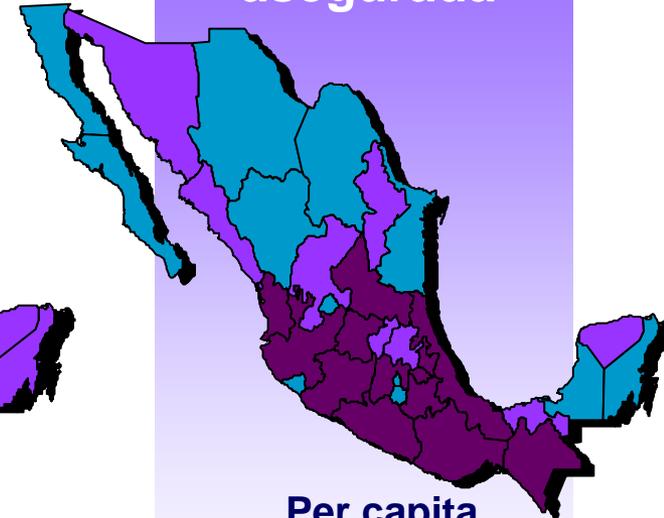
Aseguramiento



Por porcentaje



Gasto público en población no asegurada



Per capita



**Mito 1: La descentralización
promueve la participación de los
gobiernos locales y mejora la equidad
financiera en los países**

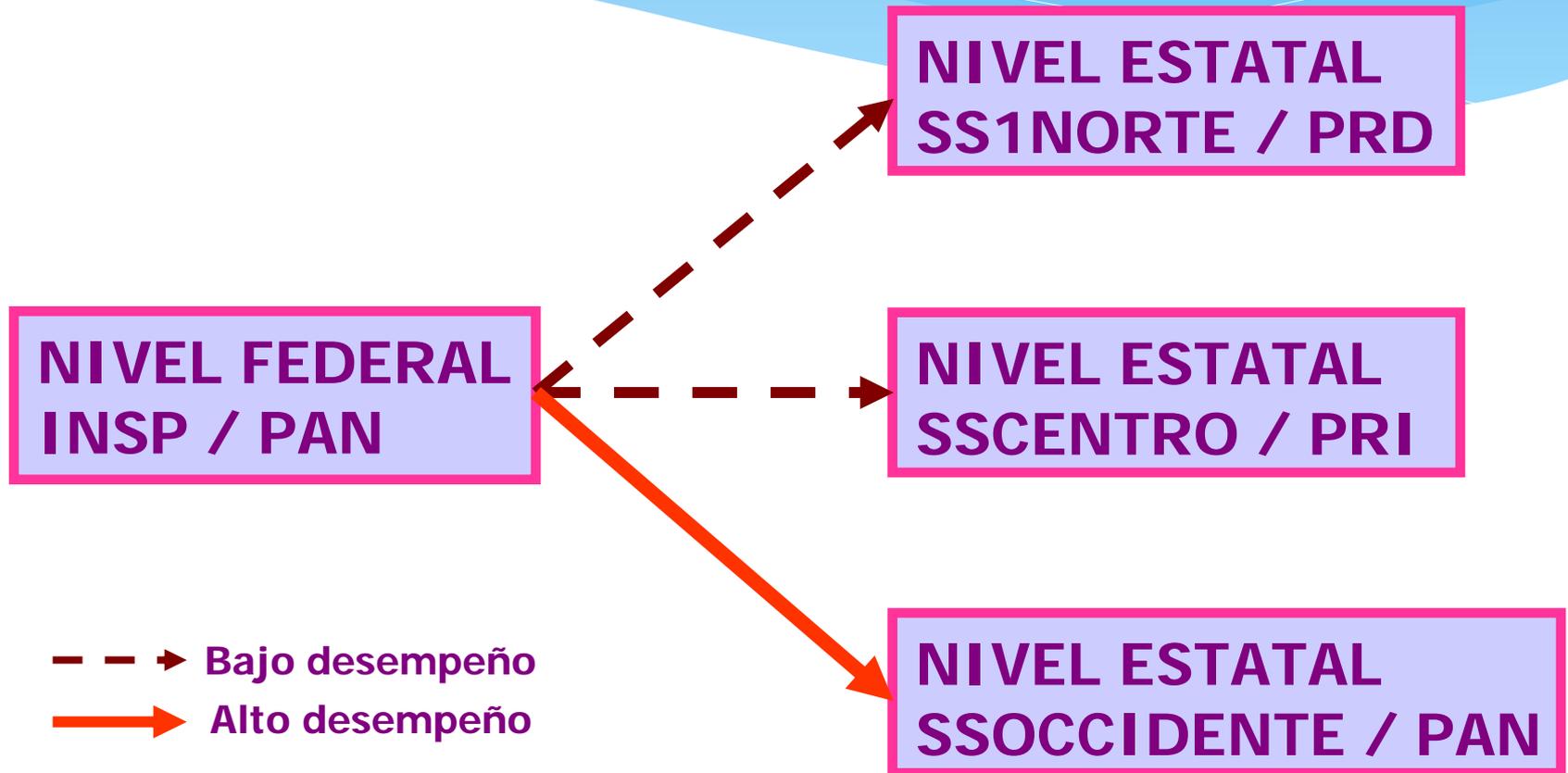
Momento 1. 1995-2002

- a) Identificar oportunidades de impacto en el financiamiento, la asignación de recursos y la inversión en salud
- b) Desarrollar criterios técnicos para lograr una mayor equidad en la asignación de recursos
- c) Fortalecer la asignación y la regulación del gasto en salud
- d) Lograr una mayor democratización del sistema de salud mediante el cambio en áreas y procesos clave a través del análisis de la gobernabilidad y la gobernanza

Contexto

- ✓ Se implanta la reforma financiera de la Ley General de Salud mediante la modificación del artículo 77bis y la creación del Sistema de Protección Social en Salud
- ✓ Se crean los Consejos Nacional y Estatales de Protección Social en Salud, los cuales entraron en operación a partir del 10 de enero de 2004 mediante la firma de un convenio con la SSA que involucra la puesta en operación del Seguro Popular de Salud
- ✓ Se presenta una coyuntura de cambios políticos en los estados, los cuales han tenido impactos diferenciales en la conducción de las variables en el nivel estatal

Implicaciones de gobernanza en el Mapeo de Alcances



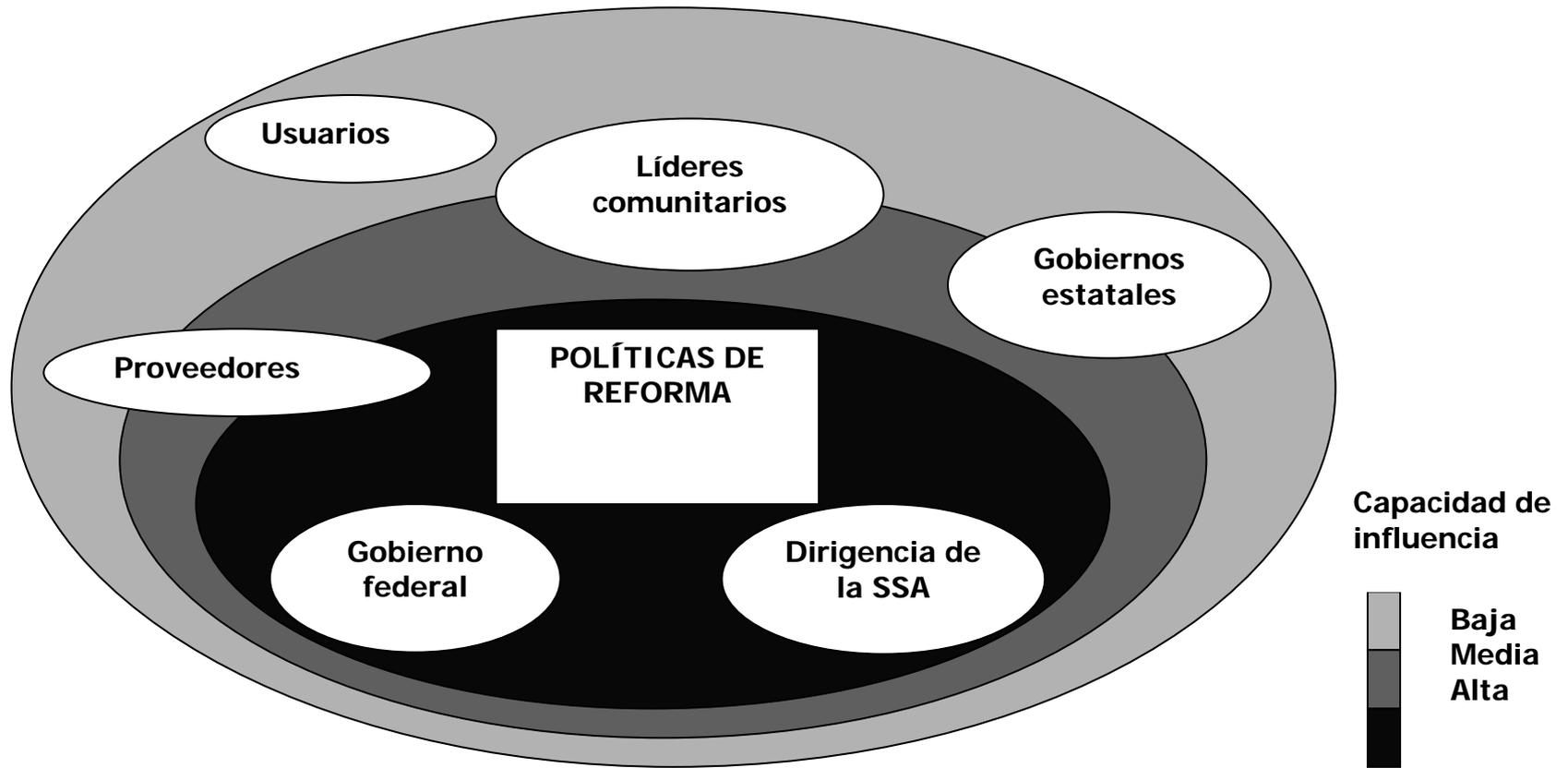
Resultados de gobernanza

Desempeño de indicadores (*)

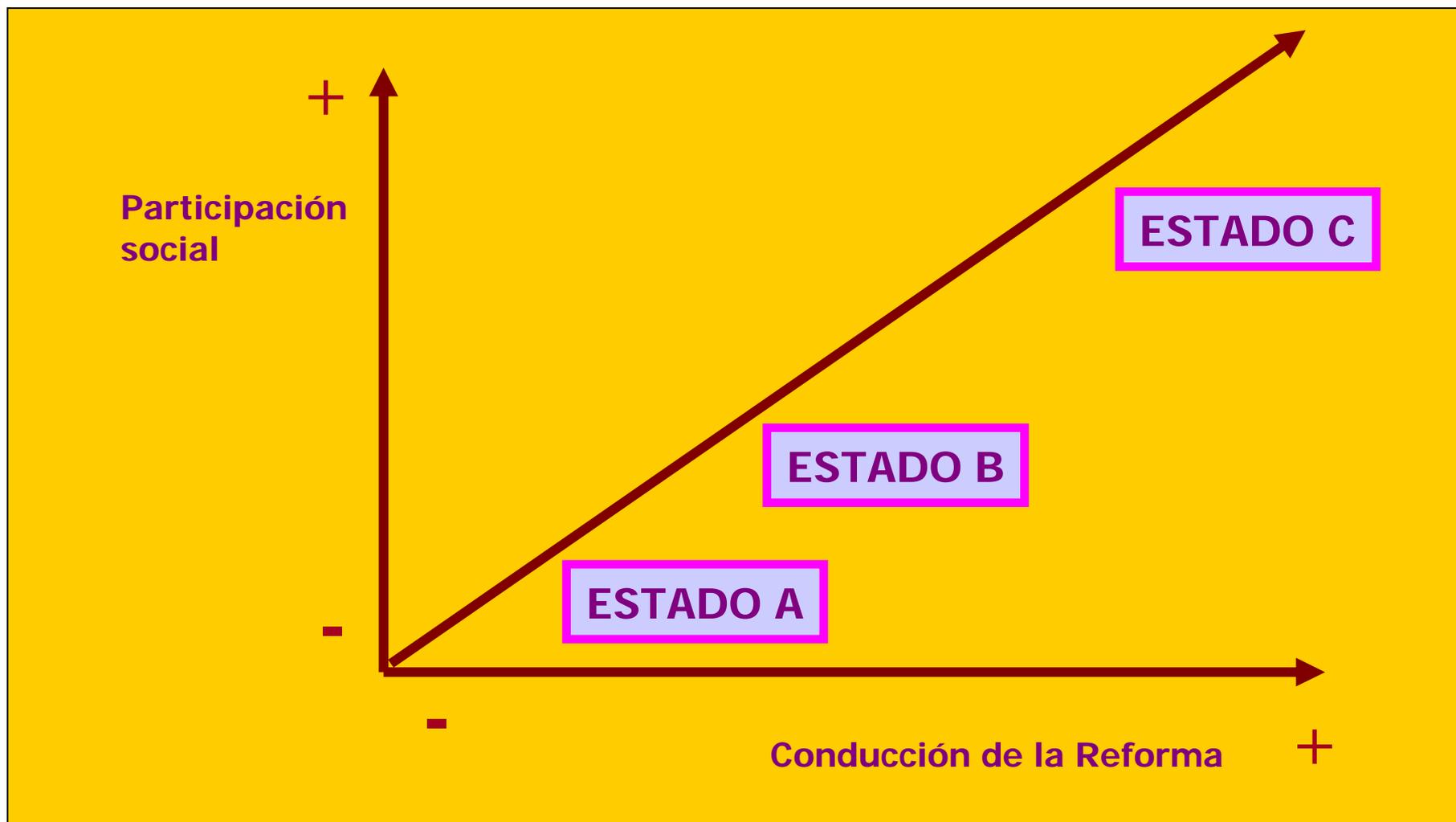
Indicadores	Estado A	Estado B	Estado C
Conocimiento de fórmulas de asignación	Bajo	Bajo	Medio
Identificación de mecanismos de asignación	Bajo	Alto	Alto
Aportaciones estatales al financiamiento	Bajo	Medio	Medio
Flexibilidad en el manejo de recursos	Bajo	Medio	Alto
Autonomía para decidir el manejo de recursos	Medio	Medio	Medio
Sistema de Cuentas Estatales en Salud	Bajo	Bajo	Alto
Consideración del financiamiento en salud en la Cuenta Pública	Medio	Bajo	Medio
Salud en la agenda legislativa	Bajo	Medio	Medio
Participación sobre el uso de recursos y en la toma de decisiones	Bajo	Medio	Alto

(*) Presentado como fue originalmente reportado por nuestras contrapartes en los estados

Mapa de actores



Implicaciones de gobernanza en el Mapeo de Alcances





**Mito 2: La descentralización fortalece
el federalismo cooperativo**

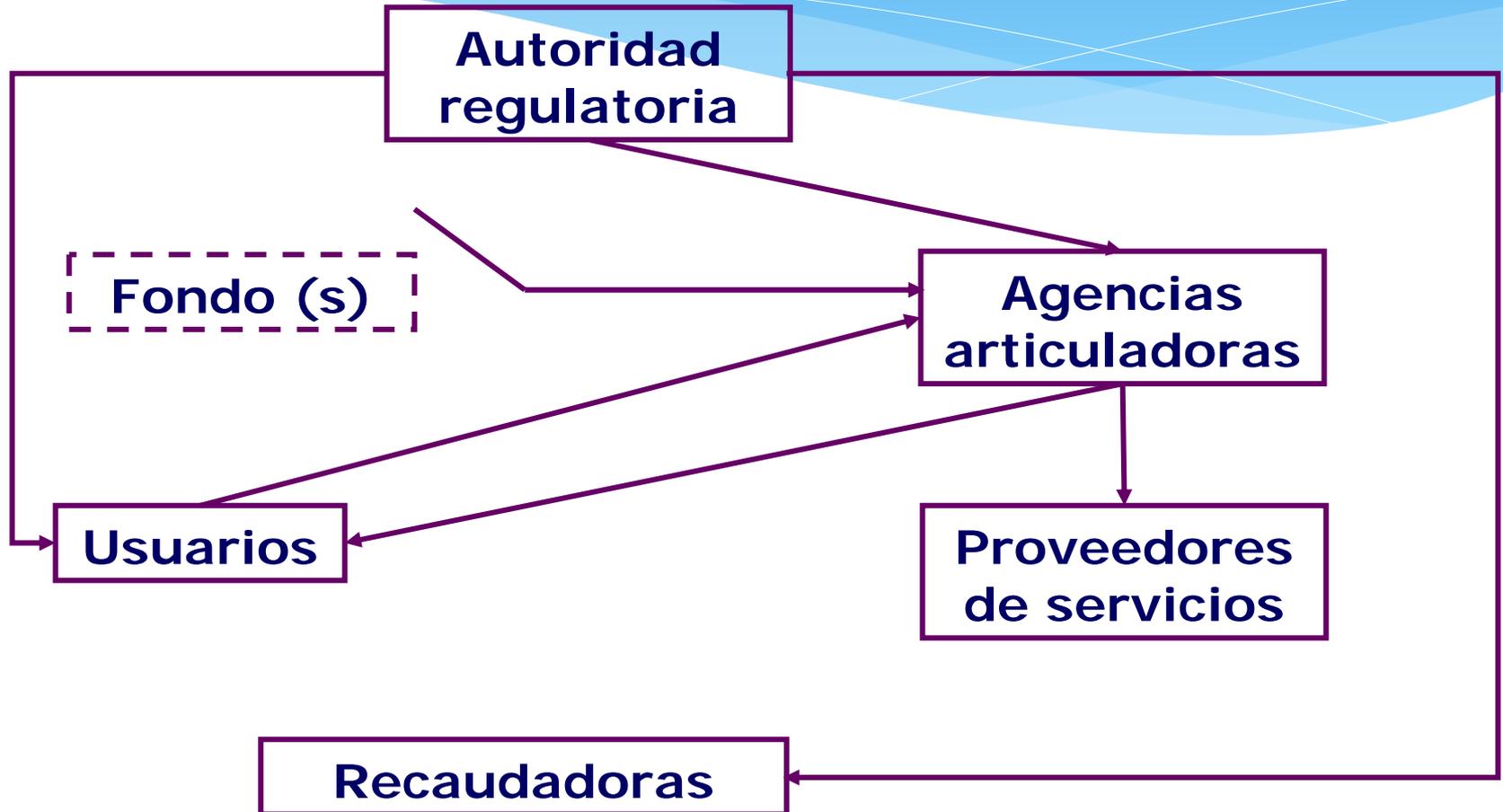
Objetivos

- ❑ Diferenciar los problemas e innovaciones en los espacios de decisión para la gestión de los organismos de articulación local encargados de la realización de la política pública de seguros
- ❑ Establecer parámetros que permitan evaluar la eficiencia del sistema de salud a nivel estatal para la articulación de fondos, servicios de salud y demandas de población

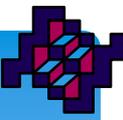
Antecedentes

- ❑ El diseño del Sistema Mexicano de Protección Social en Salud está relacionado con el modelo de pluralismo estructurado (Londoño y French, 1997)
- ❑ Desde su implementación, el Seguro Popular de Salud ha sido evaluado en términos de su impacto en el gasto de bolsillo y los procesos gerenciales
- ❑ Los Regímenes de Protección Social en Salud (REPS) de los Estados no han sido analizados en cuanto a cómo se organizan para desempeñar funciones de articulación entre:
 - Recursos financieros federales y proveedores de servicios de salud
 - Población y proveedores de servicios de salud (afiliación)

Dimensiones organizacionales del pluralismo estructurado



(Londoño y Frenk, 1997)



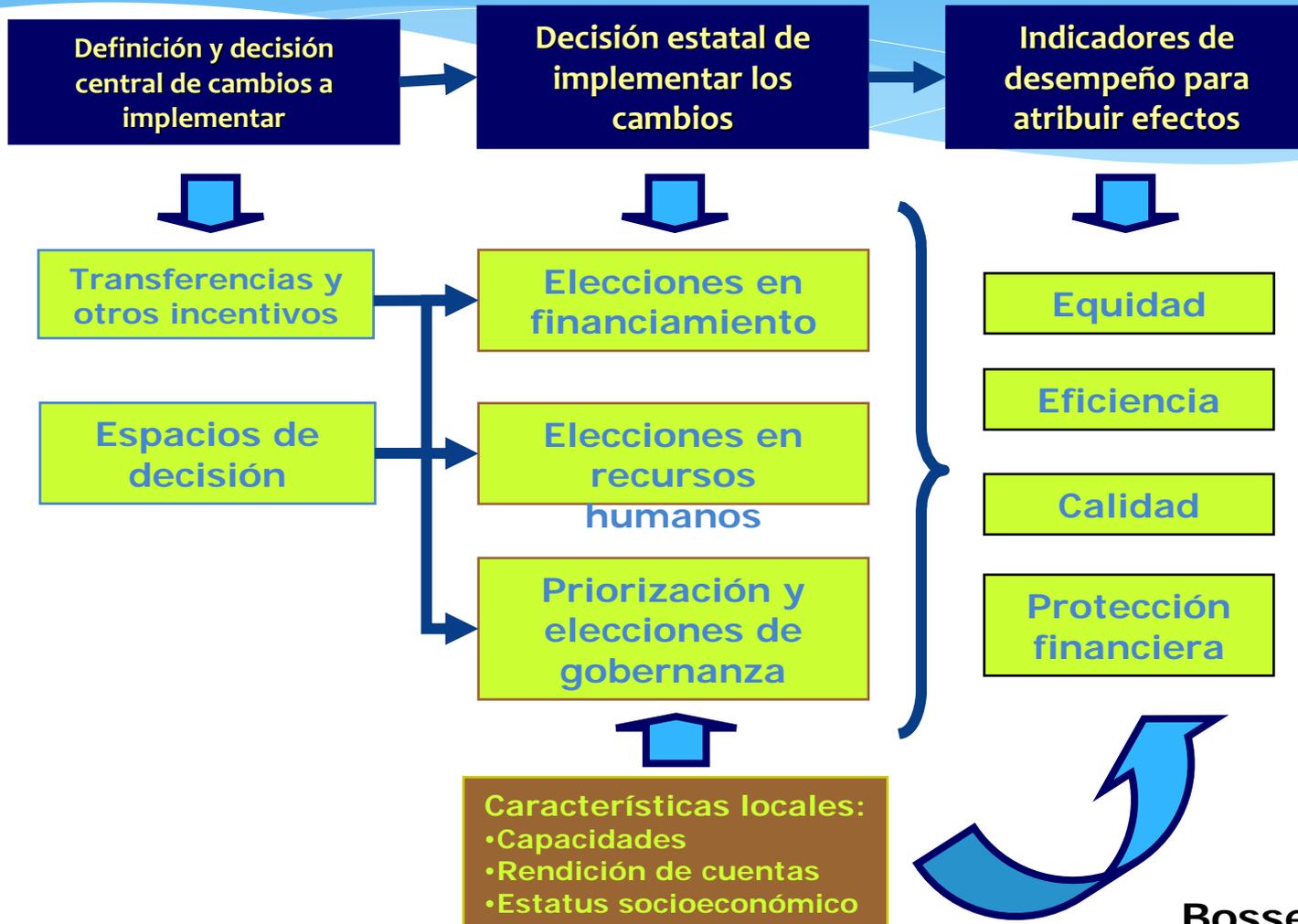
Qué es el espacio de decisión?

El grado de elección entre:

- Transferencia de decisiones de organismos centrales a periféricos en sistemas de salud
- Tipo de elecciones realizadas por funcionarios locales con nuevos grados discrecionales
- El efecto de estas decisiones sobre el desempeño del sistema de salud

... En el contexto de la descentralización

Una propuesta conceptual



Información sobre los estados seleccionados

Estados	Población total	Población sin seguridad social	Índice de marginación	Desempeño de afiliación
State A	14 007 495	56.6	Alto	Bajo
State B	4 893 812	64.6	Alto	Alto
State C	1 612 899	64.6	Medio	Medio
State D	3 506 821	77.1	Muy alto	Medio

Protección de la Salud en México

Artículo 77bis 2.- *Los regímenes de protección social en salud de los estados representan las acciones del sistema de salud a nivel de los estados*

Artículo 77bis 9.- *La Secretaría y los estados promoverán las acciones necesarias para lograr la incorporación de unidades de salud pública para los no asegurados al Sistema Nacional de Protección Social de la Salud, para llevarles atención ambulatoria y hospitalización*

(National Health Law, 2010)

Tema 1: AFILIACIÓN

Espacio de decisión:	<ul style="list-style-type: none"> • Los REPSS son responsables de la afiliación gradual • La asignación de recursos financieros a los estados está directamente relacionada con un promedio de afiliación previamente definido 				
	Desempeño:	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
Los problemas:	<ul style="list-style-type: none"> • No hay información adicional más allá de las listas únicas, con acceso negativo a los recursos financieros • Capacidad limitada para identificar incentivos para recursos adicionales • Retraso en la recepción del software especial para registrar la nueva población afiliada 	+++	++		+
Las innovaciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de fuentes de información adicionales • Búsqueda activa de incentivos económicos • Implementación de sistemas paralelos para evitar retrasos en la afiliación 	+	+++	++	

Promedio: +++ = Alto; ++ = Medio; + = Bajo

Tema 2: Financiamiento

Espacio de decisión:	La gestión de los recursos implica la recepción, la gestión y el gasto de los recursos financieros, de acuerdo con las tasas de afiliación y asignaciones				
	Desempeño	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
Los problemas:	<ul style="list-style-type: none"> • Los recursos asignados están bajo presión, más allá de la producción de servicios médicos • Las regulaciones federales son vagas en asesoramiento y evaluación de gastos • Retrasos importantes en la asignación de recursos • Falta de claridad sobre cómo combinar y maximizar los recursos financieros 	+	+++	++	+++
Las innovaciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Alineación de los recursos y combinación de fondos • Gestión estricta de recursos • Créditos internos entre programas • Búsqueda activa de recursos financieros 	++	+++		

Promedio: +++ = Alto; ++ = Medio; + = Bajo

Tema 3: Abasto de medicamentos

Espacio de decisión: Es obligatorio que los estados tengan niveles adecuados de almacenamiento, distribución y prescripción de medicamentos en todas las unidades de salud

	Desempeño:	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
Los problemas:	<ul style="list-style-type: none"> • Las leyes y reglamentos a nivel federal y estatal también imponen • Procedimientos burocráticos • Hay retrasos en la actualización de catálogos de medicamentos y procedimientos de almacenamiento 	+	+++	+	++
Las innovaciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Subrogación y contrato con proveedores privados • Mayor implicación del REPSS, como agencias locales de articulación, para hacer más eficiente todo el proceso de suministro de medicamentos 	+	+++	+	++

Promedio: +++ = Alto; ++ = Medio; + = Bajo

Tema 4: Cobertura de Servicios

Espacio de decisión:	Las agencias estatales son responsables de la atención médica, prescripción de medicamentos y disponibilidad de servicios				
	Desempeño	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
Los problemas:	<ul style="list-style-type: none"> •El catálogo de servicios de salud es extremadamente centralizado a nivel federal y no hay iniciativas para modificarlo a nivel estatal •Las familias pobres no aseguradas no pueden pagar el costo de las intervenciones no incluidas en el catálogo de servicios 	+	++		
Las innovaciones:	<ul style="list-style-type: none"> •Evaluación rigurosa de las necesidades de salud a nivel estatal, con el fin de promover su inclusión en el catálogo de servicios (no vigente desde 2008) •Búsqueda activa de recursos financieros alternativos para apoyar a las familias pobres 	++	+++	+	++

Promedio: +++ = Alto; ++ = Medio; + = Bajo

**Mito 3: La descentralización fortalece
las capacidades institucionales y
organizacionales locales**

Health care needs

Examples of decentralization strategies

To increase long-term care services	Responsibility for planning, financing, delivery and organization of long-term care decentralized to local health care level
To integrate care services	Responsibility for the set of services made under a single decision-making authority
To implement efficient public health interventions	Responsibility for interventions for hard to reach and high risk groups is transferred to local levels Community public health actions in high risk areas
To increase accountability	Responsibility for health care costs allocated to sub-national levels Unconditional block grants to local governments New forms of management of health care organizations
To increase efficiency	Innovative forms of organizing health provision and institutions Increased role of private sector (i.e. PPP, PFI, contracting out)
To improve mental health care services	Targeted community-based programmes in high risk areas

(Bankauskaite and Saltman, 2006)

Variaciones existentes en el proceso de atención

SITUACIONES QUE AFECTARON LA CONTINUIDAD:

- La suficiencia presupuestal
- Acreditación y retos de calidad técnica
- Clasificación de pacientes con esquemas de pago y subsidios de diversas fuentes
- Procesos de captura, seguimiento y reembolso

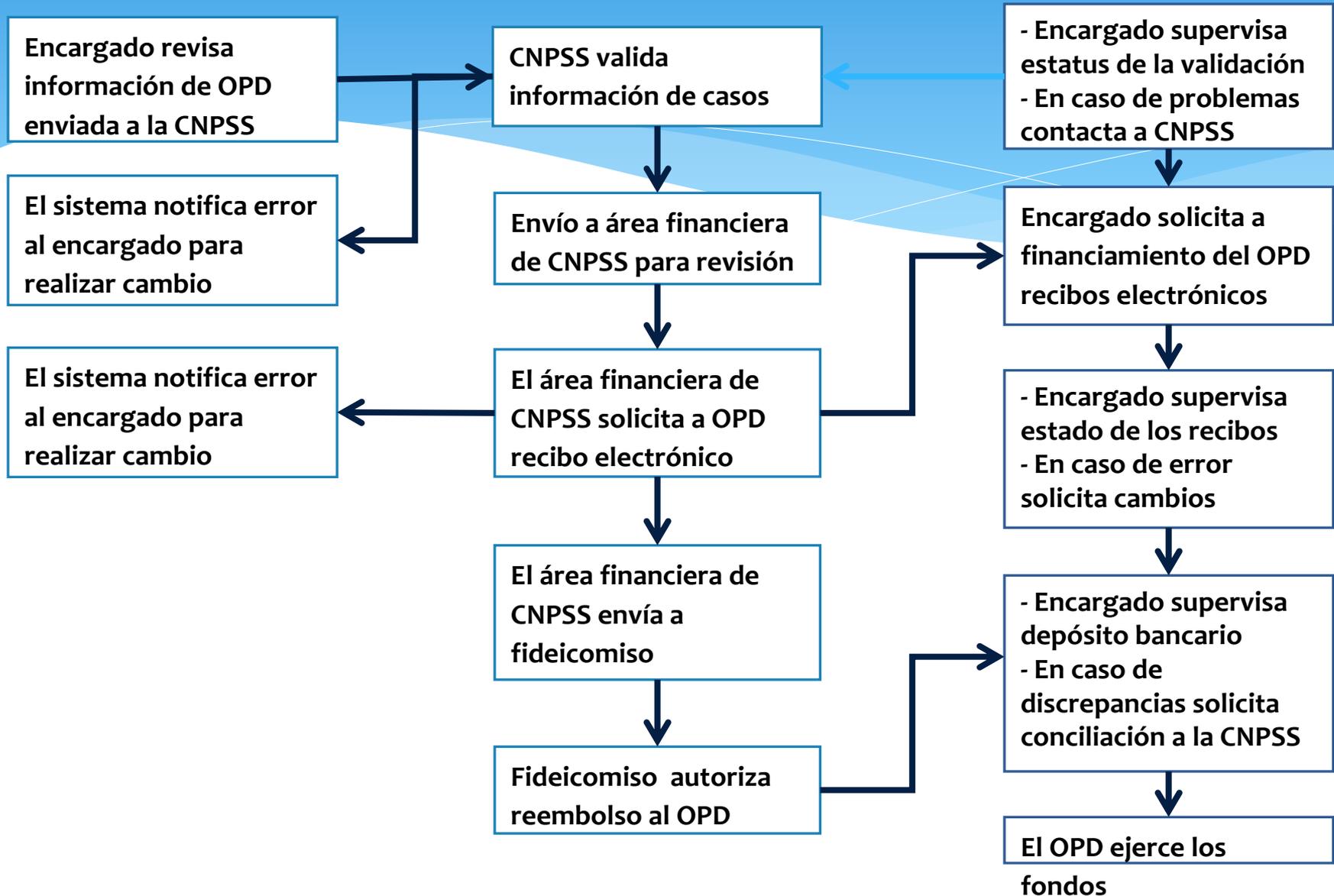
Buenas prácticas sobre captación y atención continua de casos en Unidades Hospitalarias

- ❑ Aportaciones de fondos Estatales y Federales para garantizar la gratuidad de la atención
- ❑ Información sobre el funcionamiento del FPGC y la complementariedad del mismo con otras fuentes de financiamiento
- ❑ Provisión de información escrita y verbal a usuarios sobre beneficios específicos del FPGC

Recomendaciones para la gestión del FPGC

- ❑ Favorecer equipos multidisciplinarios como parte la gestión médica para la atención de casos con FPGC
- ❑ Cumplir la normatividad relacionada al funcionamiento del SIGGC como sistema informático institucional
- ❑ Simplificar procedimientos de validación de información (confianza)
- ❑ Migración de los esquemas de gestión de FPGC a un modelo único que tome como referencia el desarrollado actualmente por las OPD

Propuesta OPD



Conclusiones

- ❑ Las metas y estrategias nacionales de largo alcance requieren evaluación y ajustes
- ❑ Existen respuestas variadas a nivel local, relacionadas con niveles de complejidad y capacidades
- ❑ El mejor alcance se observa en organizaciones sanitarias complejas