

Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios*

Gloria Molina M.¹ • Nilton Montoya² • Claudia M. Rodríguez T.³ • Peter Spurgeon⁴

Resumen

Objetivo: analizar la capacidad institucional y la participación comunitaria del sector salud de los municipios de los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda, según su categoría socioeconómica. **Métodos:** se realizó una encuesta por correo a todos los municipios (164) de los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda, de los cuales respondió el 56%. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, análisis de componente principal y finalmente, análisis de correlaciones. **Resultados:** se encontró que el nivel de desarrollo institucional del sector salud de los municipios no está acorde con su categoría socio-económica; tampoco los mu-

nicipios tienen un desarrollo integral de los diferentes aspectos de su capacidad institucional. Algunos municipios pequeños y con bajo nivel socioeconómico presentan desarrollos similares y aún mejores que municipios de mayor nivel socioeconómico.

Palabras clave

Análisis de componente principal, desarrollo institucional, participación comunitaria, descentralización, reforma de la seguridad social en salud, desarrollo municipal

Health sector decentralization in Colombia: analysis of 91 cities

Summary

Objective: this study analyses institutional development and community participation in the health sector at municipal level according to socio-economic level of cities. **Methods:** a survey of the whole municipalities (164) of the departments of Antioquia, Caldas and Risaralda was conducted, from which 91 (56%) answered the questionnaire. A descriptive analysis was carried out as the first step and then principal component analysis and correlation analysis were done. **Results:** it was found that institutional development and community participation level of the cities are not consistent

with their socio-economic level. Cities do not have an integrated development of institutional capacity components. Some small and poor cities have similar or even better development than that of bigger and richer cities.

Key words

Principal component analysis, institutional development, community participation, decentralization, social security reform in health care, municipal development

* Este artículo es parte de la tesis doctoral titulada "An examination of the process of decentralisation of the health sector in Colombia", realizada por Gloria Molina en la Universidad de Birmingham, Inglaterra, para optar al título de *Ph D in Health Services Management* (2003)

1 Enfermera, magíster en sociología, MBA Public Services, Ph D in Health Services Management, profesora asistente y coordinadora del Grupo de Investigación en Gestión y Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: molinag@guajiros.udea.edu.co

2 Estadístico, investigador de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

3 Gerente de sistemas de información en salud

4 Psicólogo, profesor investigador, Health Services Management Centre, Universidad de Birmingham, Inglaterra

Recibido: 18 de julio de 2005 Aceptado: 21 de febrero de 2006

Introducción

Colombia está dividida en 32 departamentos, los cuales cuentan con 1.080 municipios clasificados en 7 categorías según su nivel socioeconómico.¹ Las ciudades más desarrolladas (Bogotá, Medellín y Cali) están en categoría especial y representan 0,5% de todos los municipios; las otras capitales de departamentos están en categoría 1, con 1,5%, y en categoría 2, con 2,8%. Los municipios de mediano tamaño en categoría 3 representan el 5,4%; en categoría 4, el 11,5%; y los más pequeños corresponden a categoría 5, con 32,4% o a categoría 6, con 46,2%.^{2, 3}

A finales de la década de los ochentas, el gobierno colombiano inició el proceso de descentralización del Estado y, particularmente, de algunos sectores sociales, como la salud, con el objeto de mejorar su eficiencia y efectividad, así como la calidad y la cobertura en la provisión de servicios.⁴ En este contexto, la primera elección de alcaldes y gobernadores departamentales tuvo lugar en 1988 y, a partir de ese momento, el gobierno ha expedido una amplia legislación a través de la cual transfiere a las autoridades municipales y departamentales la responsabilidad de la provisión de servicios de salud a la población de su jurisdicción.^{1, 5, 6} Similares procesos de descentralización del sistema de salud se han introducido en otros países latinoamericanos, como Chile, Brasil, Bolivia y Argentina⁷⁻¹⁰, lo cual expresa las tendencias globales de reforma del sector salud.¹¹⁻¹⁴

La descentralización se entiende como una política pública, es decir, como aquello que un gobierno decide hacer o no hacer,⁵ es una cadena de acciones intencionadas que uno o varios actores siguen para enfrentar un problema social. Esta genera una red de interrelaciones entre diferentes actividades, sectores y organizaciones,¹⁶⁻¹⁹ por lo tanto, su implementación es compleja y requiere la participación, coordinación y negociación entre los actores involucrados.²⁰⁻²³ Esta política implica la transferencia de poder político, funciones, recursos fiscales y toma de decisiones del gobierno central a los gobiernos subnacionales, corporaciones públicas autónomas y organizaciones comunitarias.²⁴⁻²⁷ En consecuencia, los gobiernos locales y regionales deben desarrollar o fortalecer su capacidad institucional y los mecanismos de participación comunitaria. El desarrollo institucional (DI) implica la creación y fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para generar, asignar y utilizar eficiente y efectivamente los recursos,²⁸⁻³⁰ mientras que la participación comunitaria (PC) comprende los mecanismos a través de los cuales la comunidad participa en los procesos de planeación, ejecución y evaluación de asuntos públicos que afectan a los individuos o a la comunidad.³¹⁻³⁴

Estudios previos del sector salud realizados en Colombia en los últimos años han analizado aspectos tales como: a) descentralización del Estado y gobierno local;^{35, 36} b) recursos fiscales para salud y otros sectores sociales;³⁷⁻³⁹ c) descentralización del sector salud;^{40, 35} d) recursos humanos en

salud;⁴¹ e) participación ciudadana y comunitaria;^{42, 43} y f) Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁴⁴⁻⁴⁸ Sin embargo, ningún estudio provee un análisis integrado del DI y la PC y su relación con la categoría de los municipios, lo cual es el objetivo de este estudio. Se esperaría que los municipios con mayor desarrollo socioeconómico tuvieran mayor nivel de DI y PC.

Materiales y métodos

El marco de análisis de este estudio se centró en los siguientes aspectos del DI y la PC, los cuales dan cuenta de la capacidad y desarrollo del sector salud en el ámbito municipal a la luz de la legislación colombiana:

Desarrollo institucional (DI)

- Recursos humanos: calidad y cantidad
- Efectividad* de los entes administrativos a nivel municipal
- Proceso de planeación
- Sistema de información de salud (SIS)
- Procesos de aseguramiento de la calidad Sistema de vigilancia y control
- Oferta de servicios

Participación comunitaria (PC)

- Tipo de organizaciones comunitarias existentes
- Efectividad de estas organizaciones en la toma de decisiones en salud
- Limitaciones de estas organizaciones para participar en la toma de decisiones en salud

Se realizó una encuesta por correo a todos los municipios (164) de los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda. Se tomaron estos departamentos teniendo en cuenta que 84% de sus municipios están certificados como descentralizados, que estos comparten similitudes histórico-sociales, económicas, políticas y administrativas y que, además, ofrecen accesibilidad geográfica, de información y de costos para los investigadores. Se diseñó un cuestionario autodiligenciable, al que se realizó la prueba piloto, y se lo envió a los alcaldes o a los directores locales de salud de cada municipio. La recolección de información se tomó 4 meses y fue necesario reenviar la encuesta hasta tres veces a los municipios que no respondieron. Se realizó un análisis descriptivo, luego se seleccionaron las variables más apropiadas para realizar un análisis de componente principal (ACP) y finalmente se efectuó un análisis de correlaciones entre los factores generados en el ACP con variables consideradas dependientes y que no fueron incluidas en el ACP.

* La efectividad se entiende como el grado en el cual la entidad o proceso ha cumplido la responsabilidad que le compete o el objetivo para el cual se pone en marcha.

Resultados

Descripción de la muestra

Del total de 164 municipios, 91 respondieron el cuestionario (55,5%), la mayoría (86,9%) en categoría 4, 5 y 6, lo cual es consistente con la distribución de la totalidad de municipios según la categoría. Quienes diligenciaron el cuestionario fueron principalmente hombres (54,9%); también la mayoría (67%) en edad entre 31 y 44 años; el 34,5% han estado trabajando en la DLS por solo seis meses o menos (tabla 1). El 85,7% de municipios que respondieron la encuesta están certificados como descentralizados.

Desarrollo institucional

El desarrollo institucional se analizó mediante los aspectos adoptados como marco analítico, los cuales permiten identificar la capacidad administrativa del sector salud. A continuación se presentan los hallazgos en cada uno de dichos aspectos:

Recursos humanos de la Dirección Local de Salud (DLS): el 81,3% de los municipios tienen un director de salud; el 18,7% restante no cuenta con este recurso y las funciones del sector salud son asumidas por otra dependencia de la administración municipal. El 40,5% de estos directores no tienen ningún entrenamiento en administración en salud, legislación y salud pública; más bien, su formación profesional esta centrada en administración de negocios, geología, antropología, ingeniería industrial y agricultura. Los municipios también carecen de personal con formación en epidemiología y sistemas de información en salud. El número promedio

de empleados de la DLS es mayor en los municipios en categoría 1 y 2 y mucho menor en aquellos en categoría 5 y 6. Sin embargo, el número de empleados por 10.000 habitantes es mayor en los municipios de categoría 5 y 6 (tabla 2).

Infraestructura y oferta de servicios: en los municipios está constituida por instituciones prestadoras de servicios de carácter público y privado. Sin embargo, aunque el SGSSS amplió la participación del sector privado, este presta servicios principalmente en los municipios en categoría 1 y 2, mientras que en los municipios pequeños y de mediano tamaño los servicios los ofrecen casi exclusivamente instituciones públicas. En todos los tipos de municipios, el nivel de satisfacción de la oferta frente a la demanda es baja, con índices de 2,5 a 3,4 (tabla 3). En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los datos muestran que 79,1% de los municipios tienen dos o más administradoras del régimen subsidiado y 93,4%, dos o más empresas promotoras de salud, lo cual permite a la población escoger aquella que le ofrezca mejores servicios.

La tabla 4 resume los hallazgos en los otros aspectos del DI. Así, la *efectividad* de los entes administrativos del sector salud, como la DLS, el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud (CMSSS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las empresas promotoras de salud (EPS) y el Fondo Local de Salud (FLS). El índice promedio de efectividad en estos entes administrativos es bajo en todos los tipos de municipios (3,3-3,7). Se encontró también poca diferencia entre municipios en el nivel de desarrollo de los *procesos de planeación*, así como moderada calidad del

Tabla 1. Número y porcentaje de municipios que respondieron según categoría y características de quienes completaron el cuestionario en cuanto a género, edad y experiencia de trabajo, 2001

Categoría del municipio	1	2	3	4	5	6	Total
N.º y % de municipios que respondieron	5 (5,5)	4 (4,4)	3 (3,3)	14 (15,4)	30 (33)	35 (38,5)	91 (100,0)
N.º y % total de municipios existentes	6 (3,6)	4 (2,4)	9 (5,5)	33 (20,1)	69 (42,1)	43 (26,2)	164 (100,0)

Género	Masculino		Femenino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Edad						
30 años o menos	8	8,8	11	12,1	19	20,9
31 a 44 años	27	29,7	34	37,4	61	67,0
45 a 59 años	6	6,6	5	5,5	11	12,1
Total	41	45,1	50	54,9	91	100,0

Tiempo de experiencia de trabajo en la Dirección Local de Salud (DLS)											
Menos de 6 meses		6 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 36 meses		Mas de 36 meses		Total	
N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
31	34,5	25	27,3	17	18,2	12	12,7	7	7,3	91	100,0

Tabla 2. Número de empleados en la Dirección Local de Salud por categoría de municipio, 2001

<i>Personal de la DLS</i>	<i>Categoría del municipio</i>						<i>Total</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	
Total empleados	136	41	15	57	72	61	382
Promedio de empleados por tipo de municipio	34	10	5	4	3	2	
N.º de empleados por 10.000 habitantes	1,1	0,5	0,8	1,1	1,2	1,9	

Tabla 3. Oferta pública y privada de servicios por categoría de municipio, 2001

<i>Categoría</i>	<i>Medida</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Total</i>
N.º de municipios		5	4	3	14	30	35	91
Hospitales públicos	N.º	16	5	3	14	30	34	102
	Promedio	3,2	1,3	1	1	1	1	1,1
	N.º camas	831	352	206	196	427	277	2.289
Hospitales privados	N.º	31	8	2	2	5	1	49
	Promedio	6,2	2	0,7	0,1	0,2	0	0,5
	N.º camas	510	103	37	5	0	5	660
Centro de salud público	N.º	42	63	5	95	100	69	374
	Promedio	8,4	15,8	1,7	6,8	3,3	2	4,1
Centro de salud privado	N.º	1.069	122	122	102	98	52	1.565
	Promedio	213,8	30,5	40,7	7,3	3,3	1,5	17
Camas por 1.000 habitantes	4,2	2,4	3,8	4,9	17,1	21,4		
Índice de satisfacción de la comunidad con la oferta de servicios		2,5	2,6	3,0	3,0	3,0	3,4	2,9

Tabla 4. Dimensiones del desarrollo institucional en el ámbito municipal, 2001

<i>Dimensión</i>	<i>Categoría del municipio</i>						<i>Índice promedio</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	
Efectividad de los entes administrativos ¹	3,3	3,7	3,7	3,3	3,4	3,4	3,5
Índice promedio de ejecución de planes ²	4,5	4,2	3,7	3,7	3,9	3,8	4,0
Índice de calidad del sistema de información ³	2,7	4,2	3,4	2,8	3,2	3,5	3,3
Efectividad del sistema de garantía de calidad ¹	2,3	1,9	3,0	2,5	2,5	2,6	2,5
Efectividad de los entes de vigilancia y control ¹	2,2	2,1	2,6	1,9	2,4	2,0	2,2

¹Valores: 5: muy efectivo; 4: efectivo; 3: moderado; 2: inefectivo; 1: muy inefectivo; 0: no opera

²Valores: 5: totalmente; 4: casi totalmente; 3: parcialmente; 2: muy parcialmente; 1: nada

³Valores: 5: excelente; 4: bueno; 3: regular; 2: malo; 1: muy malo

Sistema de Información en Salud (SIS), calificada según criterios de confiabilidad, oportunidad, claridad, disponibilidad y precisión. Los municipios en categoría 1 muestran menor calidad del SIS que los demás. El 89,6% de los municipios ha puesto en marcha un *Sistema de Garantía de Calidad*, cuya efectividad fue calificada como moderada o inefectiva en todos los tipos de municipios. Por otro lado, los entes cuya responsabilidad es la *vigilancia y el control*

del sector salud también muestran muy bajos niveles de efectividad (índices de 1,9–2,6).

Participación comunitaria

La tabla 5 muestra que los municipios en categorías 1, 2 y 3 tienen un mayor número de organizaciones comunitarias que pueden intervenir en salud. Sin embargo, en todos los tipos de municipios, estas organizaciones fueron califica-

Tabla 5. Número de las organizaciones comunitarias, efectividad en la toma de decisiones y obstáculos que enfrentan en el proceso de participación, por categoría de municipio, 2001

Aspecto	Categoría del municipio						Promedio
	1	2	3	4	5	6	
Número total de organizaciones comunitarias	757 (15,1)	387 (7,7)	147 (2,9)	1.023 (20,4)	1.590 (31,7)	1.104 (22,0)	5.008 (100)
Número promedio por tipo de municipio	151	97	49	73	53	32	55
Efectividad de las organizaciones comunitarias en la toma de decisiones	1,7	1,6	2,7	1,4	2,2	2,4	2,0
Obstáculos para la participación*							
• Falta de capacidad técnica de las organizaciones	4,8	4,3	4	4,5	4,1	4,3	4,3
• Falta de información a la comunidad sobre asuntos de salud	4,4	4,3	3,7	4,6	4,5	4,5	4,3
• Intervención de los partidos políticos	3,2	3,8	3,7	2,7	3,2	3,1	3,3
• Falta de soporte de las autoridades municipales a las organizaciones comunitarias	4,0	3,8	4,0	4,1	4,0	3,9	4,0

* Valores: 5: muy importante; 4: importante; 3: neutro; 2: poco importante; 1: muy poco importante

Tabla 6. Índice de efectividad de la descentralización en la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud, 2001

Dimensión	Categoría del municipio						Promedio
	1	2	3	4	5	6	
Cobertura de servicios ¹	4,0	3,2	4,0	4,1	3,7	3,3	3,7
Calidad de los servicios ²	3,2	3,2	4,3	3,6	3,2	3,4	3,5
Acceso ¹	2,6	3,2	3,6	2,8	3,0	3,3	3,1

das como inefectivas en su capacidad para influir en la toma de decisiones en asuntos de salud (índices de 1,4-2,7), lo cual se explica por una serie de obstáculos que las organizaciones enfrentan en el proceso de participación, como son: la falta de acceso a información, baja capacidad técnica de sus representantes de estas organizaciones, falta de apoyo de las autoridades municipales e influencia de los partidos políticos.

Efecto de la descentralización del sector salud en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud

Los encuestados calificaron la efectividad de la descentralización en mejorar la cobertura, la calidad y el acceso a los servicios de salud (tabla 6). Los hallazgos sugieren que la descentralización ha sido más efectiva para mejorar la cobertura en los municipios de categorías 1, 3 y 4. En todos los municipios, excepto aquellos en categoría 3, los datos revelan que la calidad no ha variado; igualmente, en todos ellos la calificación de efectividad de la descentralización para mejorar el acceso es baja (índices 2,6 a 3,6).

Análisis de componente principal (ACP)

El ACP fue seleccionado como técnica estadística de análisis con el fin de reducir la complejidad de los elementos involucrados en el proceso de descentralización, el alto número de variables (213) y las múltiples interrelaciones que se pueden dar entre ellas. Como primer paso, se analizaron las frecuencias, la media y la desviación estándar de todas las variables, y se seleccionaron 145 variables para el ACP, teniendo en cuenta el análisis descriptivo previo y la importancia de cada variable en el desarrollo institucional y la participación comunitaria dentro del proceso de descentralización.

Aunque las variables fueron medidas en escala ordinal, para hacer uso del análisis de CP se partió de la matriz de correlación de Spearman, lo que se conoce como ACP no paramétrico; los factores resultantes se trataron como variables de intervalo.⁴⁹ El ACP permitió la reducción y resumen de las variables, generando factores que incluyen las variables originales más relevantes.^{50, 51, 49} Así, aquellas variables con distribuciones homogéneas fueron combinadas o

eliminadas, dado que no agregan valor al análisis. Como resultado, las 145 variables se redujeron a 55.

Luego se realizaron las siguientes pruebas estadísticas para establecer la conveniencia (robustez) de utilizar el ACP:⁵²

- a) la prueba de esfericidad de Bartlett que reveló un valor de chi-cuadrado de 3.738,246 (con 1.540 g.l., y valor P de 0,000), valor que confirma que hay variables altamente correlacionadas y, por lo tanto, el ACP es apropiado;
- b) la prueba de Keiser-Meyer-Olkin (KMO), cuyo resultado fue 0,57928, el cual confirma que el ACP es apropiado en este estudio, a pesar de que el número de observaciones es relativamente pequeño (91 municipios). Se generó una matriz de correlación de Spearman con las 55 variables, la cual mostró varias variables con altos coeficientes que podrían estar altamente correlacionadas. También se obtuvo la matriz de componentes que mostró un amplio rango de factores con mezcla de variables con altos coeficientes y relacionadas con varios temas. Algunas variables con similares coeficientes pertenecían a varios Componentes, lo cual hizo difícil su interpretación y denominación.

Por todo lo anterior, se utilizó el método de rotación Varimax con el fin de aumentar el grado de interpretación de los factores (se probaron métodos de rotación oblicua). Finalmente, se seleccionaron los factores con mayor porcentaje de la varianza visualizados en el gráfico de sedimentación. Según Malothra, los factores seleccionados deben representar al menos 60% de la varianza y tener en cuenta en ellos solo las variables con valores de 0,4 o más.⁵⁰ Los 10 factores tomados representan el 65,5% de la varianza; estos fueron etiquetados y nombrados: los factores F1, F3 y F6 involucran variables relacionadas con la calidad y la efectividad del SIS; el factor F2 incluye las variables relacionadas con los obstáculos para implementar las descentralización; los factores F4 y F5 representan variables relacionadas con la PC; el factor F7 está constituido por variables claves relacionadas con la capacidad administrativa; y el F8 contiene variables relacionada con el SGSSS (anexo 1). Estos factores no tienen una distribución normal, supuesto fundamental para los procedimientos estadísticos paramétricos, por lo cual se utilizaron como alternativa los procedimientos no paramétricos (Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman).

El ACP también genera la *matrix of co-ordinates of the observations*, en la cual se visualizan los municipios en diagramas de dispersión, lo que permite conocer la posición de cada municipio de acuerdo con los factores, en relación con otros municipios, así como grupos de municipios que comparten características. Las figuras 1-3 muestran la posición de los municipios en factores como F7, F1, F4 y F8. Cada municipio está denominado con números: el primer dígito indica la categoría y el segundo es un número consecutivo según el anexo 2.

La figura 1 representa la posición de los municipios según los factores F1 y F7, en donde se observa que los municipios 10, 21, 26, 25 y 42 tienen mejor calidad en su SIS, y los identificados con los números 84 y 70 tienen más baja calidad; asimismo, los municipios 14, 61 y 73 tienen mayor capacidad administrativa. Estos hallazgos también sugieren que la calidad del SIS y la capacidad administrativa no es consistente con la categoría del municipio.

La figura 2 muestra la posición de los municipios según su capacidad administrativa (F7) frente a la influencia de las organizaciones comunitarias en la toma de decisiones en salud (F4). Los resultados sugieren que la capacidad administrativa y la influencia de las organizaciones comunitarias no está relacionada con la categoría de los municipios.

Por su parte, la figura 3 muestra la posición de los municipios según su capacidad administrativa (F7) frente al desarrollo del SGSSS (F8). Algunos municipios (76, 17 y 61) muestran alta posición en F7 y F8. Los hallazgos sugieren que existe relación entre el SGSSS y la categoría del municipio, dado que los municipios de categoría 1, 2 y 3 están ubicados en los cuadrantes superiores, y aquellos municipios ubicados en los cuadrantes inferiores son categoría 5 y 6.

En las figuras 1 a 3 se observa que cada municipio tiene una posición diferente según su nivel en cada factor, lo cual sugiere que los municipios no tienen un nivel de desarrollo uniforme de los diferentes aspectos del DI y la PC. También las figuras muestran municipios con niveles muy altos o muy bajos (*outlier observations*); por ejemplo, los identificados con los números 11 y 72. Estos municipios tienen *ratings* muy altos, muy bajos o ninguna información en las variables del respectivo factor, debido a problemas de calidad en el diligenciamiento del formulario, posiblemente porque quienes lo respondieron llevaban menos de 6 meses trabajando en el dirección local de salud.

Con factores generados en el ACP, se llevó a cabo un análisis de correlación, entre los factores y otras variable dependientes no incluidas en el ACP, tales como la categoría del municipio, la certificación como descentralizados, la influencia de la descentralización en el acceso, la cobertura y calidad de los servicios, la asignación de recursos del sector salud y el nivel de avance de la descentralización. Se aplicaron las pruebas de Kruskal-Wallis y de Mann-Whitney y se definió un nivel de significación de 0,05. Los resultados muestran que la categoría del municipio está asociada solo con F8 (nivel de desarrollo del SGSSS, $P = 0,003$), lo cual es consistente con la figura 3, según la cual los municipios en categoría 1, 2 y 3 obtienen mejores calificaciones en los aspectos de seguridad social.

La certificación está asociada con F7 (obstáculos a la participación comunitaria, $P = 0,030$), que muestra más obstáculos a los municipios no-certificados. Igualmente, la certificación se asocia con la capacidad administrativa ($P = 0,015$),

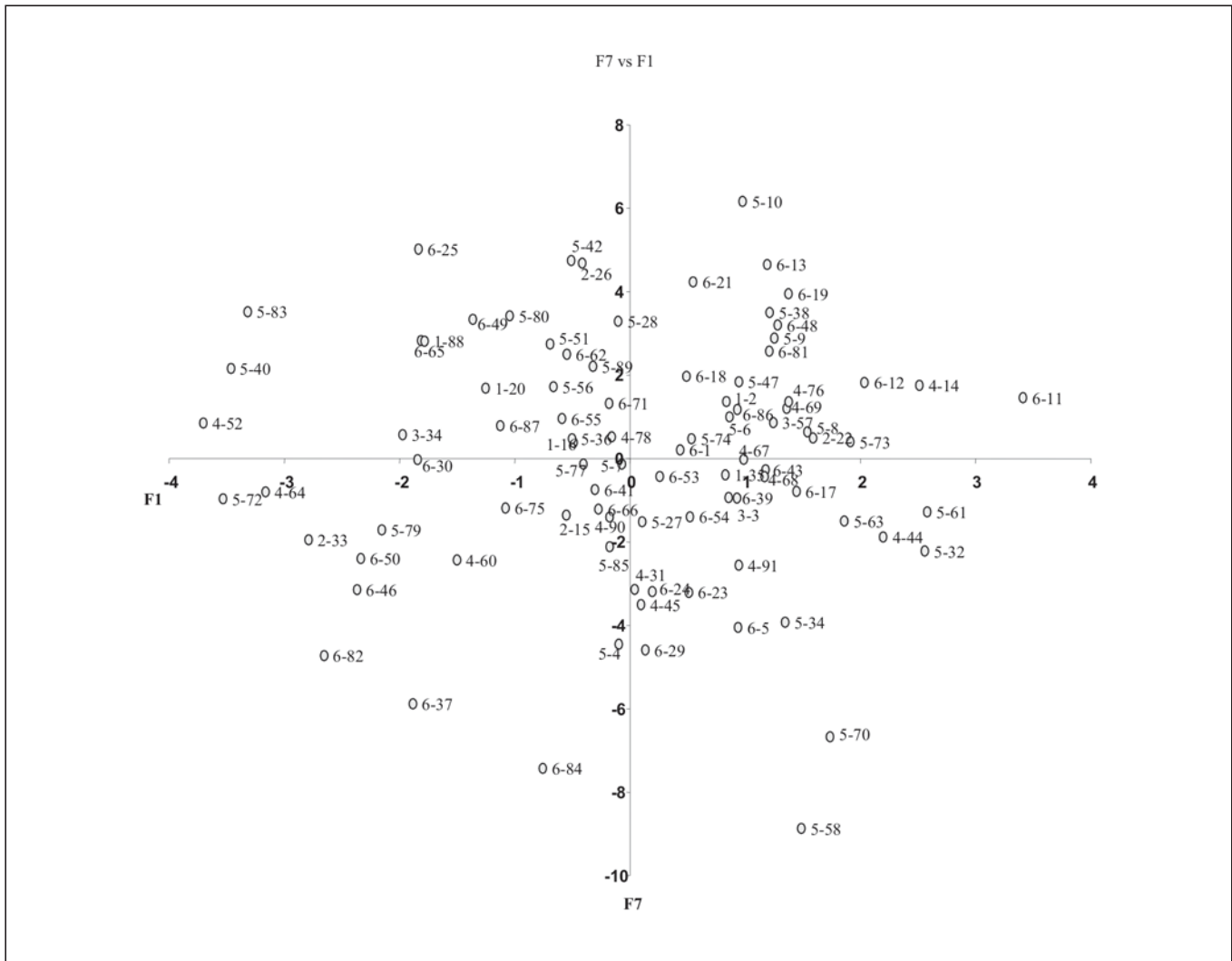


Figura 1. Posición de los municipios según F7 (nivel de capacidad administrativa) frente a F1 (calidad del SIS)

indicando mayor desarrollo administrativo en los municipios certificados. La efectividad de la descentralización para mejorar el acceso a los servicios esta asociada con F1 (calidad del SIS, $P = 0,003$) y con F7 (capacidad administrativa, $P = 0,008$), lo cual sugiere que el acceso a los servicios de salud es mejor cuando la calidad del SIS y la capacidad administrativa del municipio son altas.

La cantidad de recursos fiscales para el sector salud está asociada con F5 (obstáculos a la participación comunitaria, $P = 0,023$), sugiriendo que la asignación de recursos es mejor mientras menos obstáculos tenga la participación de la comunidad. El nivel de progreso en implementar la descentralización está asociada con F1 (calidad del SIS, $P = 0,009$), lo que muestra que un bajo nivel de progreso se asocia con baja calidad del SIS; también se asocia con F4 (influencia de las organizaciones comunitarias, $P = 0,007$), lo que sugiere baja influencia de las organizaciones con bajo nivel de progreso de la descentralización.

Discusión y conclusiones

La descentralización, como política pública, ha sido un proceso complejo que puede ser afectado por el contexto político, económico, social y administrativo de los municipios en particular y del país en general. Aunque los hallazgos sobre el DI y la PC sugieren que la capacidad de los municipios es todavía insuficiente, el 83,2% de los municipios han logrado algún nivel de progreso en algunos aspectos del DI y la PC. Más de 91% de ellos han creado la DLS y el FLS como base administrativa fundamental del sector salud de la autoridad municipal, lo cual contrasta con lo obtenido por la Oficina Nacional de Planeación, en que solo 30% de los municipios habían creado estos entes.⁴² También la certificación está asociada con la capacidad administrativa y menos obstáculos a la participación comunitaria; en este sentido, Bossert *et al.* [38] también encontraron que los municipios certificados son más eficientes que los no cer-

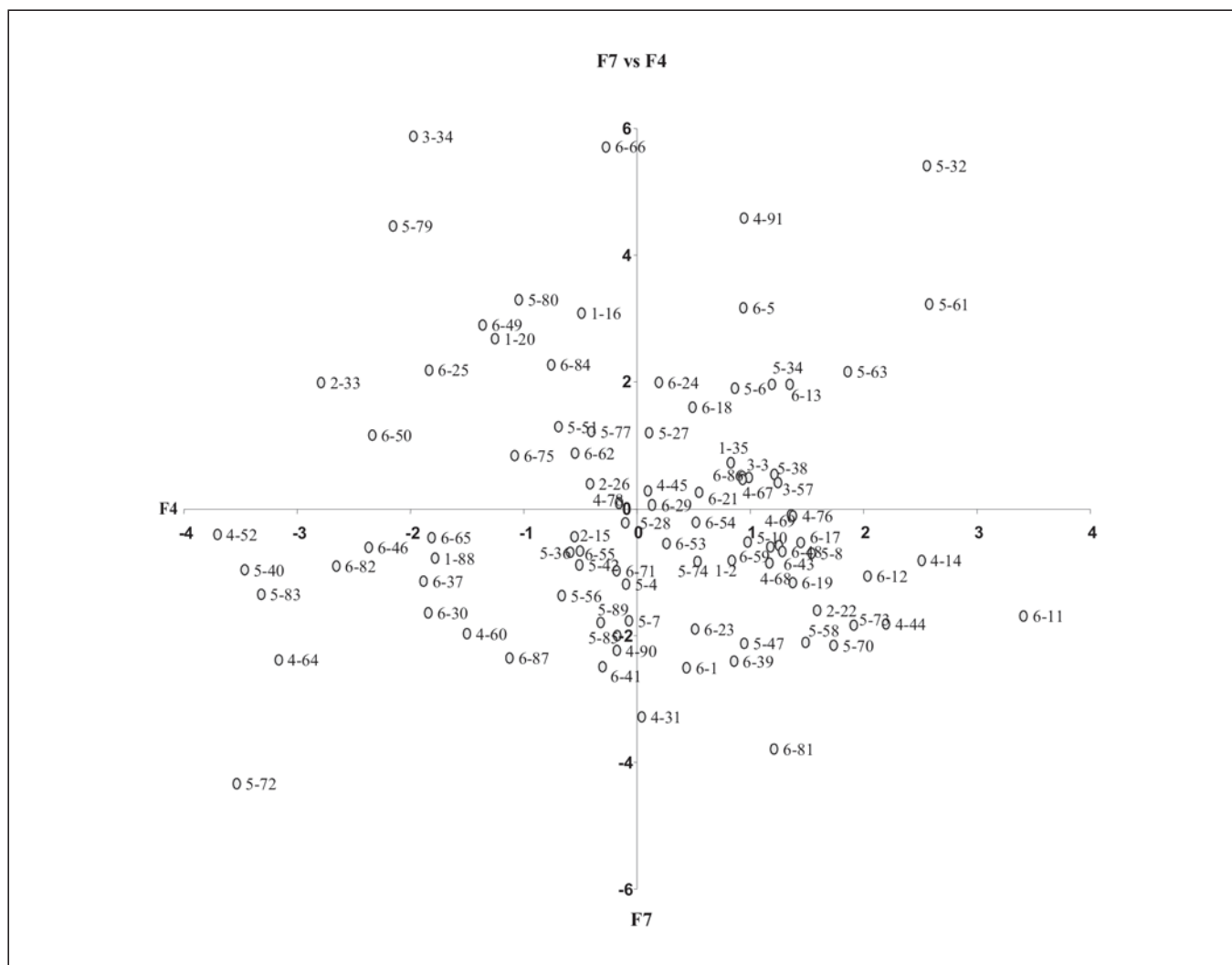


Figura 2. Posición de los municipios según la capacidad administrativa (F7) y la influencia de las organizaciones comunitarias en la toma de decisiones (F4)

tificados. Sin embargo, Yepes y Sánchez encontraron similares características administrativas entre municipios certificados y no certificados.⁵³

En relación con los recursos humanos, 81,3% de los municipios tienen director local de salud, pero 40,5% de ellos no tienen cualificación profesional apropiada para llevar a cabo las funciones que les compete. Esto es consistente con otros estudios realizados en Colombia, que señalan la falta de personal calificado en las administraciones municipales.^{53, 54, 42, 44} También hay estudios en países latinoamericanos que destacan la falta de personal calificado como una importante limitación para lograr capacidad institucional del sector salud y del gobierno municipal en su conjunto.⁵⁵⁻⁵⁸ El ACP mostró que el SIS tiene un rol esencial en el avance de la descentralización del sector salud y la falta de un SIS de buena calidad limita la capacidad de gestión. Esto también se ha documentado en otros estudios en Colombia,^{44, 53} en

Latinoamérica^{8, 9} y aún en el Sistema de Salud de Dinamarca.⁵⁹

El sistema de garantía de calidad no había sido evaluado en estudios previos y los datos revelan que varios componentes de este sistema han sido implementados en más del 60% de los municipios y, aunque su efectividad ha sido moderada, este sistema podría impactar muy positivamente la calidad de los servicios en un futuro próximo. Aunque 86,9% de los municipios ha implementado procesos de auditoría financiera, el sistema de vigilancia y control del sector salud es muy débil y las organizaciones encargadas de realizar estas actividades fueron calificadas como no efectivas, lo cual es consistente con los hallazgos de otros estudios.^{48, 60}

El SGSSS ha progresado en términos de que el 79,1% de los municipios tienen varias aseguradoras, lo que permite a los afiliados al esquema contributivo mayor oportunidad de

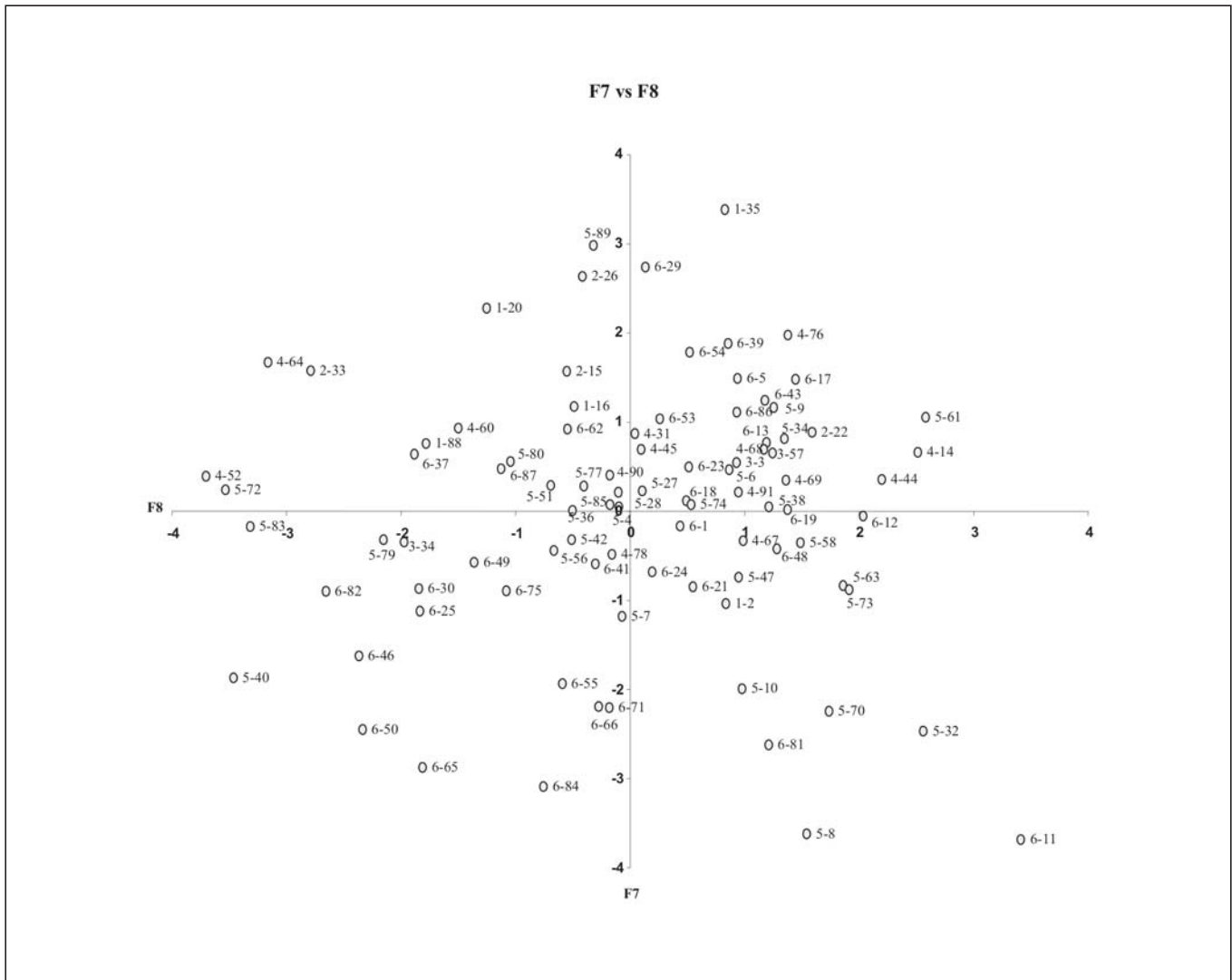


Figura 3. Posición de los municipios según su capacidad administrativa (F7) y la seguridad social en salud (F8)

escoger su empresa de seguros en salud. Pero las administradoras del régimen subsidiado son seleccionadas por los alcaldes y, por tanto, la población afiliada a este esquema no tiene oportunidad de escogencia. La influencia de la descentralización en mejorar el acceso, la calidad y la cobertura de los servicios de salud no es muy clara, lo cual puede entenderse por la falta de coherencia de la legislación sobre descentralización y del SGSSS, donde, por ejemplo, el rol de las aseguradoras públicas y privadas no es consistente con las competencias de los gobiernos y autoridades de salud municipales.

Todos los municipios poseen organizaciones comunitarias comprometidas con la salud; sin embargo, ellas no han sido efectivas en la toma de decisiones en asuntos de salud. La falta de información y de conocimiento acerca de la funciones y temas de la salud donde pueden intervenir, junto con el limitado apoyo de las autoridades municipales en cuanto a logística y voluntad política, han sido los aspectos más relevantes que obstaculizan la participación de la comunidad en la toma

de decisiones en materia de salud. La limitada participación comunitaria se encontró también en otros estudios en Colombia^{43, 53} y en otros países, como Filipinas.⁶¹

Los hallazgos de este estudio sugieren las siguientes conclusiones:

- La implementación de la descentralización ha alcanzado un moderado nivel de progreso en los municipios de los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda, lo cual no es consistente con la categoría de los municipios. Es decir, que en algunos aspectos del DI, los municipios con menor nivel socioeconómico (categorías 4, 5 y 6) han logrado mayores o similares avances que los municipios en categorías 1, 2 y 3. Los municipios tampoco tienen un desarrollo integral y homogéneo de los diferentes aspectos del DI y la PC; en algunos aspectos han avanzado más que en otros.
- Los municipios han iniciado en alguna medida la implementación de procesos clave del DI, como la planeación, el sistema de garantía de calidad y el SIS, lo cual podría

impactar positivamente el desarrollo institucional del sector salud. Sin embargo, la calidad del recurso humano y su continuidad son elementos centrales para el DI, lo cual requiere estudios y acciones para mejorar su calidad.

- Los afiliados al SGSSS del esquema contributivo tienen más libertad de escoger la aseguradora en los municipios grandes y medianos. Sin embargo, aunque el SGSSS amplió el campo de acción del sector privado en la provisión de servicios, el sector público es el mayor proveedor en los municipios en categorías 1, 2 y 3 y el único en los municipios en categorías 4, 5 y 6.
- La participación comunitaria requiere mucho mayor desarrollo y apoyo de las autoridades municipales, dada su importancia en el desarrollo del sector y del municipio. Se deben superar las limitaciones de logística, de acceso a la información y de capacitación de los miembros de las organizaciones para asegurar una efectiva participación.

Agradecimientos

Se agradece a la Facultad Nacional de Salud Pública y al CODI en la Universidad de Antioquia, y a la Organización Panamericana de la Salud por el apoyo financiero para realizar este proyecto; igualmente, al Health Services Management Centre de la Universidad de Birmingham, Inglaterra, por su apoyo académico.

Referencias

1. Colombia. Congreso Ley 60 de 1993, agosto 12, Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
2. Colombia. Congreso. Ley 617 de 2000, octubre 6, Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional. Bogotá: El Congreso; 2000.
3. Asociación Nacional de Secretarías de Salud, 2000.
4. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Bogotá: La Asamblea; 1991.
5. Colombia. Congreso. Ley 10 de 1990, enero 10, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1990.
6. Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
7. Castañeda T, Beeharry G, Griffin C. Decentralization of health services in Latin American countries: issues and some lessons. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1999.
8. Burki SJ, Perry GE, Dillinger WR. Más allá del centro: la descentralización del Estado. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1999.
9. Gastor L. Management skills in decentralized environment. Birmingham: University of Birmingham; 1995.
10. Collins CD, Araújo J, Barbosa J. Decentralizing the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000;52(2):113-127.
11. Banco Mundial. World development report 1993: investing in health. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993.
12. Berman P. Health system reform in developing countries. *Health Policy* 1996;32:1-32.
13. Bloom G. Equity in health in unequal societies: meeting health needs in context of social change. *Health Policy* 2001;57(3):205-224.
14. Islam A, Tahir MZ. Health sector reform in South Asia: new challenges and constraints. *Health Policy* 2002;60(2):151-169.
15. Dye TR. Understanding public policy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1972.
16. Jenkins WI. Policy Analysis: A political and organizational perspective. Nueva York: St. Martin's Press, 1978.
17. Anderson JE. Public policy making: an introduction. En: Howlett M, Ramesh M. (Eds). *Studying Public Policy: policy cycles and policy subsystems*. Toronto: Oxford University; 1995.
18. Hill M. The policy process. Nueva York: Michael Hill; 1997.
19. Vargas A. El Estado y las políticas públicas. Bogotá: Almudena; 1999.
20. Pressman J, Wildavsky A. Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland: or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to. Berkeley: University of California; 1973.
21. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Londres: Zed Books; 1994.
22. Powell M. An analysis of policy implementation in the third world. Aldershot: Ashgate; 1999.
23. Hogwood L. Why 'perfect implementation' is unattainable p. 217-225. En: Hill M. Op. cit.
24. Cheema GS, Rondinelli DA. (Eds). Decentralization and development: policy implementation in developing countries. Londres: Sage; 1983.
25. Rondinelli DA. Decentralizing urban development programs. A framework for analyzing policy. Washington, D.C.: USAID; 1990.
26. Collins C, Green A. Decentralization and primary health care in developing countries: ten key questions. *J Manag Med* 1993;72:58-68.

27. López MR. Fiscal decentralization in Latin America. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1995.
28. Montiel L. Institutional development of local government in a developing country: the case of Venezuela. Birmingham: University of Birmingham; 1998.
29. McGill R. Institutional development. A third world city management perspective. Basingstoke: McMillan; 1996.
30. Paul S. Institutional development in the world bank projects: a cross-sectoral review. En: Montiel L. *Op. cit.*
31. Banco Mundial. Reflections from the participation sourcebook. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1996. [Sitio en internet]: disponible en: <http://www-esd.worldbank.org/html/esd/env/publicat/dnotes/dn400296.htm> Consultado: 14 de agosto del 2002.
32. Álvarez SE, Dagnino E, Escobar A. Introduction: the cultural and political in Latin American social movements. Citado en: Morgan L. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy Plan.* 2001;16(3):221-230.
33. Kahssay HM, Oakley P. Community involvement in health development: a review of the concept and practice. Ginebra: OMS; 1999.
34. Muller F. Pobreza, participación y salud: casos latinoamericanos. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1991.
35. Banco Mundial. Local government capacity in Colombia: beyond technical assistance. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1995.
36. Angell A, Lowden P, Thorp R. Decentralizing development: the political economy of institutional change in Colombia and Chile. Oxford: Oxford University; 2001.
37. Vargas JE. Descentralización de los servicios de salud en Colombia. *Rev Planeac Desarro* 1997;28(1):20-45.
38. Bossert TJ, Chawla M, Bowser, *et al.* Applied research on decentralization of health systems in Latin America: Colombia case study. Washington, D.C.: USAID; 2000. [Sitio en internet]. Disponible en: www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/lac/colombia-dec.PDF. Consultado: octubre de 2005.
39. Colombia. Departamento Nacional de Planeación (DNP), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe de desarrollo humano para Colombia. Bogotá: DNP/PNUD; 1999.
40. La Forgia GM, Homedes N. Decentralizing health services in Colombia. A review of progress and problems. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1992.
41. Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Recursos humanos de salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.
42. Forero C, Hidalgo C, Jiménez G, Ortiz M, Pulido S. Descentralización y participación ciudadana. Bogotá: Tercer Mundo, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas; 1997.
43. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Arango C, Varela A. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan* 2001;16(Suppl 2):52-60.
44. Cardona A, Arbeláez P, Chávez B, *et al.* Impacto de la reforma de seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 1999;16(2):9-29.
45. Colombia. Ministerio de Salud. Municipio centinela: evaluación de la implementación del Sistema General de Seguridad en Salud, 1997-1999. Bogotá: El Ministerio; 2001.
46. Céspedes JE, Martínez R, Olaya S., *et al.* Reforma de la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública* 2000;2(2):145-164.
47. Castaño RA, Arbeláez JJ, Giedion U, Morales LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL – ECLAC; 2001. (Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 108).
48. Silva L, Herrera V, Agudelo C. Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud en siete municipios. *Rev Salud Pública* 2002;4:36-58.
49. Hair JF, Anderson R, Tatham R, Black W. Análisis multivariante. 5th ed. Madrid: Prentice Hall; 1999.
50. Malhotra NK. Investigación de mercados: un enfoque práctico. 2^a ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997.
51. Johnson RA, Wichern DW. Applied multivariate statistical analysis. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1992.
52. Malhotra NK. Marketing research: an applied orientation. 2nd ed. Londres: Prentice-Hall; 1996.
53. Yepes F, Sánchez LH. La descentralización de salud en Colombia. Estudio de casos y controles. Bogotá: Asociación Colombiana de la Salud (ASSALUD); 2002.
54. Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo. *Descentralización en Colombia. Nuevos Desafíos.* RE3-98-002. Washington, DC: Banco Mundial; 1998.
55. Collins CD, Omar M, Tarin E. Decentralization, health care and policy process in the Punjab, Pakistan in the 1990s. *Int J Health Plann Manage* 2002;17(2):123-146.
56. Bossert T, Larrañaga O, Ruiz F. Decentralization of health systems in Latin America. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(1-2): 84-92.
57. Gershberg AI. Decentralization, recentralization and performance accountability: building an operationally useful framework for analysis. *Dev Policy Rev* 1998;16: 405-431.
58. Ferrelli R, Serrano CR, Balladelli PP, Cortinois A, Quintero J. Strengthening local health care management in Bolivian districts through participatory operational research. *Int J Health Plann Manage* 1997;12(1) 29-50.

59. Christiansen T. Summary of the SWOT panel's evaluation of the organization and financing of the Danish health care services. *Health Policy* 2002;59(2):173-180.
60. Vélez IM. Detectan 3 millones de 'colados' en el Sisben. *Periódico El Colombiano*, Enero 11 de 2003.

61. Ramiro L, Castillo F, Tan-Torres T, Torres C, Tayan, J, Talampas R, Hawken L. Community participation in local health boards in a decentralized settings: cases from the Philippines. *Health Policy Plan* 2001;16(Suppl.2): 61-69.

Anexo 1. Factores/componentes principales, varianza y variables

<i>Factor</i>	<i>Factor interpretación</i>	<i>Código de la variable</i>	<i>Variables incluidas en cada factor</i>	<i>Coficiente</i>
F1	Calidad del sistema de información % de varianza explicada: 10,32 % acumulada: 10,32	P11AI	Índice de calidad del sistema de información de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud	0,822
		P11BI	Índice de calidad de información sobre red de servicios de salud	0,774
		P11CI	Índice de calidad de información sobre morbilidad	0,822
		P11DI	Índice de calidad de información sobre mortalidad	0,843
		P11EI	Índice de calidad de información sobre vigilancia epidemiológica de infecciones	0,792
		P11FI	Índice de calidad de la información sobre cobertura de servicios de salud	0,729
		P11GI	Índice de calidad de información sobre satisfacción de usuarios con los servicios de salud.	0,441
		P11HI	Índice de calidad de información de presupuesto	0,748
		P11II	Índice de calidad de información sobre inventario de equipos	0,655
		P11JI	Índice de calidad de información sobre compras	0,518
F2	Obstáculos de la descentralización % de varianza explicada: 11,89 % acumulado: 22,21	P37A	Índice de importancia de la falta de capacidad técnica del municipio	0,830
		P37B	Índice de importancia de falta de capacidad técnica del personal involucrado en la descentralización	0,845
		P37C	Índice de importancia de falta de personal necesaria en calidad	0,806
		P37D	Índice de importancia de falta de voluntad política de descentralización	0,756
		P37E	Índice de importancia de la complejidad de la legislación sobre descentralización	0,685
		P37F	Índice de importancia de las amenazas de los grupos armados contra la gestión municipal	0,566
		P37G	Índice de importancia de la falta de asesoría técnica del gobierno regional a la descentralización	0,679
		P37H	Índice de importancia de la falta de oportunidad en la transferencia de recursos financieros	0,856
		P37I	Índice de importancia de la alta rotación del personal como consecuencia de la influencia de los partidos políticos	0,849
		P37J	Índice de importancia de los partidos políticos en la descentralización	0,751
F3	Efectividad del sistema de información en la toma de decisiones % de varianza explicada : 9,69 % acumulado 31,9	P12A	Índice de efectividad del sistema de información de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud	0,865
		P12B	Índice de efectividad de información sobre red de servicios de salud	0,750
		P12C	Índice de efectividad de información de morbilidad	0,897
		P12D	Índice de efectividad de información de mortalidad	0,930
		P12E	Índice de efectividad de información sobre vigilancia epidemiológica de infecciones de notificación obligatoria	0,894
		P12F	Índice de efectividad de información sobre cobertura de servicios de salud	0,728
		P12H	Índice de efectividad de información sobre presupuesto	0,483
		P35	Índice de importancia que la participación comunitaria ha tenido en la descentralización	0,429

Anexo 2. Lista de municipios que completaron el cuestionario

<i>N.º</i>	<i>Nombre</i>	<i>Cat.</i>	<i>N.º</i>	<i>Nombre</i>	<i>Cat.</i>	<i>N.º</i>	<i>Nombre</i>	<i>Cat.</i>	<i>N.º</i>	<i>Nombre</i>	<i>Cat.</i>
1	Puerto Triunfo	6	24	Heliconia	6	47	Sonsón	5	70	Enterríos	5
2	Itagií	1	25	Venecia	6	48	Abriaquí	6	71	Abejorral	6
3	Sabaneta	3	26	Armenia	2	49	Amagá	6	72	Marquetalia	5
4	La Unión	5	27	San Jerónimo	5	50	Caicedo	6	73	Amalfi	5
5	Anzá	6	28	Dabeiba	5	51	San Rafael	5	74	San Carlos	5
6	Santa Fe de Antioquia	5	29	La Pintada	6	52	Belén de Umbría	4	75	Caracolí	6
7	El Bagre	5	30	Balboa	6	53	Arboletes	6	76	Yarumal	4
8	Nariño	5	31	La Virginia	4	54	Yalí	6	77	Supía	5
9	Ciudad Bolívar	5	32	Apía	5	55	Giraldo	6	78	Samaná	4
10	San Francisco	5	33	Dosquebradas	2	56	Viterbo	5	79	Pácora	5
11	El Peñol	6	34	Santa Rosa de Cabal	3	57	La Dorada	3	80	Aguadas	5
12	Guatapé	6	35	Pereira	1	58	Vegachí	5	81	Sopetrán	6
13	Fredonia	6	36	Frontino	5	59	San Roque	5	82	Murindó	6
14	Andes	4	37	Salamina	6	60	Villamaría	4	83	Cocorná	5
15	Apartadó	2	38	Donmatías	5	61	Belalcazar	5	84	Mutatá	6
16	Envigado	1	39	Buriticá	6	62	Anserma	6	85	Jericó	5
17	Caramanta	6	40	Támesis	5	63	Pensilvania	5	86	Ebéjico	6
18	Yolombó	6	41	Filadelfia	6	64	Marinilla	4	87	Valdivia	6
19	Concepción	6	42	Uramita	5	65	Betania	6	88	Manizales	1
20	Bello	1	43	Carolina del Príncipe	6	66	Montebello	6	89	Chinchiná	5
21	Briceño	6	44	Barbosa	4	67	Urrao	4	90	Riosucio	4
22	Rionegro	2	45	La Ceja	4	68	Ituango	4	91	El Carmen	4
23	Maceo	6	46	Toledo	6	69	Guarne	4			