USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE | HEALTH POLICY INITIATIVE

Movilizando apoyo político y recursos para la planificación familiar en un ambiente descentralizado:

Lineamientos para países de América Latina y el Caribe

SEPTIEMBRE 2008

Esta publicación se preparó para ser revisada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); las autoras son Margaret Saunders y Suneeta Sharma, del Proyecto USAID | Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1.

Cita sugerida: Saunders, M., y S. Sharma. 2008. *Movilizando apoyo político y recursos para la planificación familiar en un ambiente descentralizado: lineamientos para países de América Latina y el Caribe.* Washington, DC: Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1, Futures Group International.

La Iniciativa del Proyecto USAID | Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1, es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo Contrato n.° GPO-I-01-05-00040-00, vigente desde el 30 de septiembre de 2005. La Orden de Trabajo es implementada por Futures Group International, en colaboración con el Centro para el Desarrollo de Actividades de Población (Centre for Development and Population Activities, CEDPA), White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA), Futures Institute, y Religions for Peace.

Movilizando apoyo político y recursos para la planificación familiar en un ambiente descentralizado:

Lineamientos para países de América Latina y el Caribe

Septiembre 2008

Las opiniones expresadas en este documento no necesariamente reflejan las opiniones o los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni los del Gobierno de los Estados Unidos.

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimientos iv

Resumen ejecutivo v

Siglas vii

I. Introducción 1

II. Descentralización en América Latina: hallazgos al revisar la literatura existente 4

III. Compromiso polÍtico y abogacía 8

IV. Estudios de caso: política, abogacía e información durante el proceso de descentralización en Bolivia y México 11

V. Lineamientos para fortalecer el compromiso político 16

VI. Financiamiento 18

VII. Estudios de caso: financiamiento y descentralización en Bolivia y México 21

VIII. Lineamientos para incrementar y asignar financiamiento 25

IX. Demanda y accesso 26

X. Estudios de caso: incremento de la demanda y mejora del accesso 28

XI. Lineamientos para incrementar la demanda y mejorar el acceso 30

XII. Conclusión 31

Anexo 1. Glosario de terminología 33

Anexo 2. Listado de las principales fuentes de información 36

Anexo 3. Características e impactos de la descentralización del sector salud en Bolivia y México 39

Anexo 4. Pasos clave para la implementación de un enfoque integral de abogacía durante el proceso de descentralización 44

Referencias bibliográficas 45

AGRADECIMIENTOS

Margaret K. Saunders y Suneeta Sharma del Proyecto USAID | Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1, han preparado estos lineamientos con el aporte técnico y la revisión de Harry Cross, consultor de HPI. Las autoras agradecen a Elaine Menotti, Jay Gribble y Verónica Betancourt por sus aportes durante el diseño e implementación de la actividad; a los investigadores Franklin García Pimentel, en Bolivia, y Guillermo Alejandro Egremy Mendivil, en México, por proveer de antecedentes con los documentos que han escrito sobre la descentralización en cada país y por llevar a cabo las entrevistas; y a las personas entrevistadas en Bolivia y México por compartir sus experiencias.

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento presenta algunos estudios de caso y lineamientos para el fortalecimiento del ambiente político de la planificación familiar (PF) en países de América Latina con procesos de descentralización. Los destinatarios de este documento son las personas responsables de formular políticas y de planificar programas, y especialistas de organizaciones del Gobierno y de la sociedad civil, incluyendo las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de planificación familiar. Los lineamientos recogen insumos de la literatura disponible acerca de la descentralización de sistemas de salud en América Latina y los hallazgos de las investigaciones realizadas por medio de entrevistas con fuentes de información clave en Bolivia y en México. Este documento también recoge las experiencias del proyecto POLICY y del proyecto USAID| Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1, al abordar (de 1995 al presente) temas relativos a la descentralización en Bolivia y a la disponibilidad asegurada de anticonceptivos en la región.

La descentralización ha sido un aspecto importante de las reformas gubernamentales en América Latina durante los últimos veinte años. Las metas de la descentralización varían de país a país pero tienden a enfocarse en tres áreas: formulación de políticas, finanzas públicas y servicios. La descentralización tiene que ver con los cambios en el poder, la autoridad y la responsabilidad por los sistemas políticos, económicos, fiscales y administrativos que van desde los Gobiernos nacionales a los Gobiernos regionales y locales, y a las agencias. El tipo de descentralización varía dependiendo de cuáles responsabilidades se pasan a los Gobiernos locales y del peso que dichos funcionarios o gerentes tienen en la toma de decisiones. El tipo de descentralización que un Gobierno elige es determinante para los cambios y adaptaciones que acompañan la descentralización.

Aunque existen diferentes tipos y experiencias de descentralización en América Latina, se pueden encontrar problemas y soluciones comunes entre ellos. La descentralización se ve afectada grandemente por el ambiente político en el cual ocurre el proceso. A menos que el ambiente político se adapte para hacerse responsable de la necesidad de brindar información y servicios de PF a poblaciones crecientes, existe el riesgo de revertir muchas décadas de progreso. Los países deben hacer los ajustes apropiados en tres áreas particulares del ambiente político para evitar la interrupción de los servicios de PF: compromiso político y abogacía, financiamiento y acceso a los servicios.

Se necesita un fuerte compromiso político, abogacía continua, buenas políticas y planificación para asegurar que las prioridades nacionales y los compromisos de PF se mantengan y se amplíen durante estas transiciones tan significativas. En las finanzas públicas, por ejemplo, la descentralización puede reducir la proporción del financiamiento de actividades de salud pública de manera que pudiera requerirse que haya cambios políticos con el mandato de dar apoyo a áreas prioritarias como la salud reproductiva. (Ensor y Ronoh, 2005). Durante el proceso de descentralización, muchos desafíos pueden afectar directamente la demanda y calidad de servicios de PF. Este documento incluye ejemplos de Bolivia y México para ilustrar algunos de los temas que presentan retos en las tres áreas políticas y cómo los Gobiernos y los actores involucrados los abordaron para mantener la disponibilidad y la calidad de los servicios de PF.

El documento también ofrece lineamientos específicos para quienes formulan las políticas, para planificadores y para otros actores involucrados que enfrentan experiencias similares de descentralización. Por ejemplo, en relación al compromiso político y la abogacía, el Gobierno nacional debe tomar liderazgo en la construcción de apoyos y procurar entendimiento sobre salud reproductiva al interior de los Gobiernos subnacionales. Como acompañamiento de este apoyo, debe haber políticas específicas, directrices, procedimientos operativos y lineamientos que especifiquen los nuevos roles y

responsabilidades, que clarifiquen las nuevas divisiones de trabajo al interior de las agencias del Gobierno y que preparen a los funcionarios y gerentes locales para sus nuevas obligaciones.

En relación al financiamiento, con el objetivo de asegurar que los Gobiernos subnacionales mantengan programas de PF y que amplíen la escala para cubrir la demanda esperada, los Gobiernos nacionales pueden reservar fondos y preparar una orden de gastos mínimos para dichos servicios en el área local. Ellos también pueden explicar, a los funcionarios y gerentes subnacionales, cuál es la justificación para que incluyan la planificación familiar como parte esencial de la estrategia de desarrollo del Gobierno. Un aspecto clave del financiamiento tiene que ver con la forma de pago y con la distribución de los anticonceptivos a miles de puntos de entrega de servicio. La experiencia ha demostrado que el Gobierno nacional está en mejor posición para establecer los arreglos presupuestarios y procurar y administrar los insumos anticonceptivos y su distribución, ya que sus economías a escala se traducen en precios más bajos y pueden asegurar la calidad y planificar la cobertura de las necesidades más amplias.

En relación al acceso a los servicios de PF, se pueden lograr incrementos expandiendo los enfoques participativos al nivel subnacional. Estos enfoques implican involucrar y reclutar a las organizaciones de la sociedad civil para hacer abogacía con Gobiernos y con la comunidad para que haya disponibilidad universal de los servicios de PF. Dichos esfuerzos, en países como Guatemala y Perú, han tenido un profundo impacto tanto en el Gobierno nacional como en las comunidades, colocando la planificación familiar como prioridad en la agenda política y mejorando el acceso a los servicios de PF. Los enfoques participativos también pueden expandir actividades dirigidas al público en relación a programas de educación e información.

SIGLAS

CEASS	Central Estatal de Abastecimiento de Suministros de Salud (Bolivia)
CERES	Centro de Realidad Económica y Social (Bolivia)
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios (Bolivia)
CNEGSR	Centro Nacional para la Equidad de Género y la Salud Reproductiva (México)
DILOS	Directivas locales de salud (Bolivia)
ICPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (*International Conference on Population and Development*)
LAC	América Latina y el Caribe
MEXFAM	Fundación Mexicana de Planificación Familiar
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización no gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación familiar
SR	Salud reproductiva
SEDES	Secretaría de Salud (Bolivia)
SUMI	Seguro Universal Materno-Infantil (Bolivia)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

I. INTRODUCCIÓN

Este documento presenta algunos estudios de caso y lineamientos para fortalecer el ambiente político que favorezca la planificación familiar en países de América Latina y el Caribe que se encuentran implementando procesos de descentralización. Las audiencias de este documento son las personas responsables de formular políticas, de planificar programas y especialistas de organizaciones del Gobierno y de la sociedad civil, incluyendo organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la planificación familiar. Los lineamientos recogen insumos de la literatura disponible acerca de la descentralización de sistemas de salud en América Latina y de hallazgos de las investigaciones realizadas por medio de entrevistas con fuentes de información clave en Bolivia y México. Este documento también recoge las experiencias del Proyecto POLICY y de Proyecto USAID|Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1, al abordar (de 1995 al presente) temas relativos a la *descentralización*[1] en Bolivia y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en la región.

Los países latinoamericanos están comprometidos en mejorar la planificación familiar (PF) y la salud reproductiva (SR), lo cual se evidencia con la firma de convenios internacionales relevantes como el programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD por sus siglas en inglés) de 1994, en El Cairo. Este convenio favorece la descentralización como un medio para promover la participación comunitaria en los servicios de salud reproductiva y en el manejo local de programas de salud pública, así como un mayor involucramiento de las ONG y de los proveedores privados (Hardee et al., 2000). Los países de América Latina también están comprometidos en lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015, que pretenden reducir la mortalidad materno-infantil, mejorar la salud y reducir la pobreza. A nivel nacional, todos los países de América Latina tienen políticas internas y leyes que buscan garantizar el acceso a servicios de PF/SR a todas las personas adultas.

Durante las cuatro décadas pasadas, los Gobiernos de América Latina, las ONG y los proveedores privados han cumplido sus compromisos relativos a la PF/SR. La prevalencia de anticonceptivos se ha incrementado a niveles significativos solo vistos en países de Europa Occidental y de Norteamérica. La prevalencia general del uso de métodos anticonceptivos modernos en Centro y Sudamérica es del 62%. Las tasas de fecundidad se están moviendo hacia niveles de reemplazo, aunque se mantienen algunas diferencias entre los países. A lo largo de América Latina y el Caribe, todavía existen necesidades considerables de planificación familiar sin cubrir al interior de poblaciones específicas, tales como las poblaciones pobres marginadas, urbanas y rurales, población indígena y poblaciones con menos educación.

Hace unos veinte años, algunos países de América Latina comenzaron a implementar reformas gubernamentales que incluían la descentralización de varias funciones, aun la de los servicios sociales. Los Gobiernos y los socios donantes creían que la descentralización de funciones críticas de Gobierno, como la salud y la educación, incrementarían la autonomía local y la autodeterminación; mejorarían la administración, la eficiencia y la calidad de los servicios locales; incrementarían el acceso por parte de las poblaciones pobres; recaudarían más fondos para los servicios principales; y harían que los programas locales dieran una mejor respuesta a las fuerzas del *mercado* y a las necesidades locales y de quienes toman las decisiones.

El desempeño reciente de los países de América Latina para cubrir la *demanda* de servicios de PF ha sido afectado, en parte, por la manera en que estos se han adaptado a dichas reformas gubernamentales. Para los Gobiernos, donantes y defensores de la PF, es crítico entender los conceptos, la estructura, los

[1] Ver en Anexo 1 el glosario de todos los términos resaltados en letra *itálica* en este documento.

procesos operativos y los impactos de la descentralización, si quieren mantener programas fuertes de PF en países con alta prevalencia o mejorar los programas de PF en países de baja prevalencia.

La descentralización en América Latina ha estado lejos de ser un proceso homogéneo. Cada país difiere en el diseño y el grado de descentralización, así como en el tipo de procesos de implementación, los niveles de participación local y los sistemas de financiamiento, de personal y de administración, entre muchos otros factores. Algunos países han tenido éxito en la conceptualización, la preparación y el despliegue de programas descentralizados, pero han sufrido limitaciones en la implementación. La literatura sobre descentralización documenta ampliamente las dificultades que Gobiernos nacionales y subnacionales han encontrado para adaptarse a cambios de responsabilidades en los servicios de salud (Ensor y Ronoh, 2005).

En muchos países, las prioridades y compromisos nacionales, que incluyen dar respuesta a la ICPD y los ODM, no se traducen necesariamente en prioridades de los Gobiernos locales. Los programas nacionales de salud pueden fragmentarse en la medida en que las responsabilidades por los programas se dividen entre los niveles nacionales y locales. Si no existe un compromiso fuerte y apoyos a nivel nacional y subnacional, la capacidad de los proveedores de Gobiernos locales de administrar nuevas y mayores responsabilidades puede verse limitada. En algunos casos, los programas que son de alta prioridad para el Ministerio de Salud han reducido su cobertura y alcance o han sido eliminados del todo cuando los Gobiernos locales asumen la administración programática y financiera de estos programas. Así, los Gobiernos nacionales necesitan establecer las políticas, las directrices, los procedimientos operativos, los roles, las responsabilidades y la autoridad necesaria para asegurar que los programas de PF se mantengan como prioridad y que funcionen efectivamente a niveles locales; también es preciso fortalecer la capacidad regional y local para administrar dichos programas. Este documento examina cómo varios países latinoamericanos han enfrentado los retos de proteger y ampliar los servicios de PF en un ambiente descentralizado. También brinda algunas estrategias y lineamientos que pueden ser de utilidad para otros países que se enfrentan a retos similares.

Metodología

Los lineamientos retoman la literatura sobre descentralización de sistemas de salud en América Latina y los hallazgos de las investigaciones realizadas por medio de entrevistas con fuentes clave de información en Bolivia y México. Se seleccionaron estos dos países para ilustrar cómo dos tipos de descentralización ofrecen lecciones diferentes. Los investigadores llevaron a cabo entrevistas con varios funcionarios nacionales de Ministerios de salud, Oficinas de Planificación y Descentralización, y con otros actores involucrados activamente en la planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, tales como organizaciones de la sociedad civil, ONG y agencias donantes internacionales y bilaterales (ej. el Fondo de Población de las Naciones Unidas y USAID). (Ver, en el anexo 2, un listado de fuentes clave de información en Bolivia y México).

Para ampliar la perspectiva en los temas sobre la descentralización, se hicieron entrevistas subnacionales en ambos países. En Bolivia, el equipo del proyecto entrevistó a funcionarios regionales y de distrito de tres municipalidades de diferente extensión territorial y recursos. En México, el equipo entrevistó a funcionarios en dos estados y en el Distrito Federal. Este trabajo también recoge la información basada en la experiencia en políticas y finanzas públicas, en la región latinoamericana, durante el período del proyecto POLICY y el proyecto USAID|Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1, de 1995 a la fecha, y basada también en una revisión de la provisión logística de anticonceptivos durante el proceso de descentralización preparado por el proyecto DELIVER de la USAID (Sánchez et al., 2006).

Organización de este documento

Este documento resume los hallazgos de la revisión de literatura existente y de las entrevistas, dividiéndolos en categorías que se basan en tres componentes centrales para mantener y expandir las prioridades de PF bajo sistemas de salud descentralizados: (1) compromiso político y abogacía, (2) financiamiento, y (3) demanda y acceso. Adicionalmente, por cada componente, el documento ofrece estudios de caso de Bolivia y México y lineamientos específicos. El anexo 3 ofrece cronologías de la descentralización y su impacto en el sector salud de los dos países.

II. DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA: HALLAZGOS AL REVISAR LA LITERATURA EXISTENTE

Metas de la descentralización

La descentralización ha sido un aspecto de suma importancia para todas las reformas gubernamentales en América Latina en los últimos veinte años. Las metas de la descentralización varían en cada país, pero tienden a cubrir los siguientes aspectos:

- **Metas políticas** dirigidas a empoderar a los Gobiernos locales y las comunidades por medio del incremento de la participación local y de la autonomía, y la redistribución de la autoridad del Gobierno nacional hacia los Gobiernos estatales, departamentales y municipales.
- **Metas financieras** dirigidas a incrementar *los flujos de recursos* hacia los niveles periféricos y a mejorar la eficiencia de los costos y el rendimiento fiscal, cediendo, a los Gobiernos locales, mayor control sobre los recursos, los ingresos fiscales y las decisiones sobre la asignación presupuestaria.
- **Metas técnicas** que buscan mejorar la supervisión y monitoreo de la gestión y la administración, así como la efectividad y la calidad de los servicios, cediendo la toma de decisiones programáticas a los funcionarios y las autoridades locales (UNFPA, 2000; Brinkerhoff y Leighton, 2002).

Definición y tipos de descentralización

La *descentralización* es un proceso que ocurre cuando el poder, la autoridad, la toma de decisiones y la responsabilidad por el sistema político, económico, fiscal y administrativo se mueven del centro a la periferia. Existen cuatro tipos principales de descentralización (Rondinelli et al., 1984). Cada tipo representa, progresivamente, mayores grados de descentralización.

- *Desconcentración*: La transferencia de la autoridad y la responsabilidad de oficinas centrales a oficinas de campo de la misma agencia.
- *Delegación*: La transferencia de autoridad y responsabilidad de las agencias nacionales hacia organizaciones fuera de su control directo (por ejemplo, Gobiernos locales o regionales, ONG o entidades semiautónomas).
- *Devolución*: La transferencia de autoridad y responsabilidad de agencias nacionales hacia unidades autónomas de Gobierno de menor nivel, a través de medidas estatutarias o constitucionales.
- *Privatización*: La transferencia completa o casi completa de un paquete de servicios del Gobierno a manos de entidades privadas o con fines de lucro.

Este documento se concentra principalmente en la “delegación” y la “devolución”, ya que estos son los tipos de descentralización que prevalecen en la región latinoamericana.

Grados de control en los tipos de descentralización

Según Bossert, las opciones fundamentales en la descentralización implican determinar cuáles instituciones se han identificado para asumir la nueva autoridad y las nuevas responsabilidades, y cuánto control deben dar las autoridades nacionales a quienes toman las decisiones locales, sobre funciones importantes, como el financiamiento de la salud, la entrega de servicios, los recursos humanos, el acceso y la gobernabilidad (Bossert, 2000a). Los espacios de decisión o el rango de control sobre diferentes funciones del sector salud, brindados a las unidades descentralizadas, son sujetos de variación en cada

país, según la investigación sistemática aplicada por Bossert y otros en Bolivia, Chile y Colombia. Bossert clasifica los espacios de decisión en tres rangos: estrecho (los que toman decisiones a nivel local seleccionan de un menú preaprobado de decisiones), moderado (los que toman decisiones a nivel local toman un gran número de ellas) y ancho (los que toman decisiones a nivel local toman la mayoría de las decisiones).

El control que se otorga a los Gobiernos locales cambia con frecuencia a lo largo del tiempo. Existen factores políticos y burocráticos que podrían dar un margen más estrecho de control sobre funciones clave. Esto es particularmente cierto en relación a la asignación presupuestaria (cuando los Ministerios centrales dan el mandato, a los Gobiernos locales, de atender las prioridades nacionales por medio de fondos reservados y otras directrices) y a los recursos humanos (cuando hay una reacción contraria sobre el control por parte de los sindicatos y las asociaciones profesionales). En cualquier caso, entender que cada decisión de descentralización muestra un rango de control que va desde lo estrecho a lo amplio ofrece un contexto útil para considerar aspectos operativos del proceso de descentralización y sus procedimientos más allá de solo definiciones, tipos y políticas.

Retos de la descentralización que afectan los programas de PF

La descentralización, típicamente, presenta una amplia gama de implicaciones para el sector salud y, sobre todo, para la planificación familiar y la salud reproductiva. Esto se debe a que los programas de PF —cuyo origen se remonta a iniciativas de donantes a gran escala durante varias décadas—han sido con frecuencia *programas verticales* manejados desde una oficina de alto nivel en el Gobierno nacional. Sin embargo, la descentralización suele acompañarse de la integración de servicios, y el poder de decisión en lo político, fiscal y administrativo se mueve del centro a los niveles locales. Aunque el empoderamiento de las autoridades locales para tomar sus propias decisiones se ve como algo positivo, el diseño y la implementación de la descentralización han presentado algunos retos y problemas muy grandes que afectan aspectos de la salud y de la salud reproductiva, incluyendo el acceso, la *equidad*, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad financiera (Bossert, 2000a). Las implicaciones de la descentralización afectan muchas de las políticas, la planificación, el financiamiento, las *políticas operativas* y la entrega de servicios de PF/SR. No sorprende, entonces, los retos y problemas mencionados. Por ejemplo, con la integración, algunos profesionales de la salud puedan no tener las habilidades apropiadas que se necesitan para dar servicios de PF o puede estar poco claro si las decisiones relativas a asignación de recursos humanos y de insumos son competencia de las autoridades centrales o de las locales. Por lo tanto, es imperativo que, en la medida en que los países se adapten a la reforma del sector salud, se desarrollen e implementen políticas operativas para asegurar el compromiso de los recursos humanos y financieros que se requieren para apoyar los servicios de PF a largo plazo. De esta manera, los logros y mejoras en planificación familiar que de otra manera se hubieran realizado bajo una programación más centralizada y vertical, se sostienen con la integración de servicios de salud.

Retos de la política y la planificación

Las políticas sobre descentralización e integración han sido, a menudo, desarrolladas con poca o nula comunicación entre aquellos que diseñan las reformas y aquellos que manejan los programas de PF. Típicamente, los actores involucrados que trabajan en el área de la salud reproductiva no participan en la planificación de la descentralización y la integración y, como resultado, los requerimientos de PF y otros requerimientos de SR no se toman en cuenta en dichos (Lubben et al., 2002). Sin tener la participación plena de los grupos de interés, los programas nacionales de salud se ven fragmentados con frecuencia, en la medida en que las responsabilidades programáticas se dividen entre los niveles nacionales y regionales sin una preparación adecuada. Esto puede implicar que la capacidad de los proveedores subnacionales para manejar nuevas responsabilidades se vea limitada cuando la descentralización entre en efecto. Es posible que las prioridades y los compromisos nacionales que incluyen dar respuesta a la ICPD y los

ODM no sean traducidos como prioridades locales. Una revisión reciente de la descentralización en los sectores de salud de Colombia y México plantea una planificación débil e inadecuada como una de las razones para que las reformas hayan logrado lo contrario a sus metas originales (Homedes, 2005 y 2006).

Retos del financiamiento

Las políticas de la descentralización que afectan las finanzas pueden tener efectos positivos o negativos en la entrega de los servicios. Por ejemplo, las políticas usualmente requieren que las entidades locales contribuyan con impuestos locales a programas como el de planificación familiar que, anteriormente, era financiado en su totalidad por el Gobierno central. De manera similar, a los Gobiernos locales, se les han dado más opciones sobre la asignación de fondos a programas del sector público. Estos dos factores pueden reducir la proporción del financiamiento de actividades de PF/SR porque puede suceder que los Gobiernos locales no vean la salud reproductiva como una prioridad y, por lo tanto, no recauden o no asignen fondos para estos servicios. Se necesitan mandatos específicos por parte del Gobierno central para asegurar el apoyo a áreas prioritarias como la salud reproductiva (Ensor y Ronoh, 2005).

> "Cuando comenzamos a descentralizar, algunas municipalidades gastaron todo su dinero el primer año en reparar la iglesia. El segundo año, algunos gastaron todo su dinero construyendo puentes. Para el tercer año, se dieron cuenta de que necesitaban gastar dinero en servicios de salud, así que lo hicieron."
>
> ~ Ex presidente de Bolivia
> Washington, DC, 2000

Las nuevas políticas de financiamiento pueden exacerbar deficiencias ya existentes en el sistema de salud si estas no son abordadas adecuadamente. En México, Nicaragua y Perú, las reformas al financiamiento de la salud agrandaron las debilidades ya existentes del sistema de salud. Algunas de estas debilidades eran la falta de personal capacitado para implementar cambios a nivel local, la mínima coordinación de la planificación y el manejo de los recursos financieros entre los niveles locales y nacionales, y dificultades para desarrollar nuevas fuentes de recaudación financiera. Abordar estas realidades dio como resultado una mejoría en el sistema de *financiamiento de la salud*. Estas mejoras incluían mayor intercambio de información entre los niveles nacionales y locales; desarrollo e implementación de mecanismos más equitativos de asignación financiera; introducción de nuevas técnicas, como la de los factores de ajuste per cápita que deben corregirse a favor de las necesidades locales de salud; y un incremento en la contribución financiera de los hogares y de los niveles locales de gobierno (Arredondo et al., 2005).

Retos organizacionales

Durante el proceso de descentralización, existen numerosos retos que pueden afectar directamente la organización de programas de PF/SR. *La reforma del sector salud* ha probado ser extremadamente compleja. Las consideraciones financieras y políticas usualmente han ensombrecido el foco de atención, que es la mejora de la cantidad y calidad de los servicios de salud, de manera que "la brecha entre la retórica y la práctica se mantiene ancha" (Langer et al., 2000). Al revisar la literatura acerca del impacto del cambio organizacional en la entrega de servicios de salud reproductiva se hace patente la existencia de tres retos principales (Ensor y Ronoh, 2005):

- Asegurar que las nuevas obligaciones de la descentralización incluyan requerimientos específicos de desempeño para las recién empoderadas autoridades locales y sus proveedores.
- Asegurar que las autoridades locales y los proveedores asignen recursos y servicios para las intervenciones en salud más efectivas (por ejemplo, prevención, cuidado primario de salud, etc.).
- Establecer sistemas de apoyo para manejar la gran complejidad de servicios de salud en los niveles locales.

Aspectos clave relativos a la planificación familiar y a la descentralización: compromiso político y abogacía, financiamiento, demanda y acceso

Existe una variedad de temas alrededor de la descentralización de programas de PF. Como hemos podido ver, de los retos que surgieron de la centralización, es importante mantener y ampliar el compromiso histórico y político con los servicios de PF en América Latina durante períodos de transición. La descentralización acarrea nuevos retos para mantener la voluntad política de financiar y entregar servicios, ya que las funciones pueden ser transferidas a cientos de agencias que puedan no tener esa voluntad o la capacidad de implementación. El primer paso para ampliar y profundizar los compromisos políticos debería ser la abogacía para educar, informar y apoyar a todo un nuevo sector de grupos de interés en la descentralización de los programas de PF.

El compromiso político que se expresa en políticas nacionales fuertes y duraderas no puede ser traducido a la acción, a menos que se hagan los arreglos financieros que aseguren que los servicios descentralizados sean entregados efectivamente. Es esencial que haya un adecuado flujo de fuentes de financiamiento y del manejo de los servicios subnacionales para lograr programas sostenibles de PF en América Latina y el Caribe. Finalmente, garantizar el acceso universal para todos en un ambiente descentralizado de PF no puede lograrse exitosamente, a menos que se hagan esfuerzos para incrementar la participación ciudadana y los beneficiarios a nivel local. En la medida en que los Gobiernos locales respondan en teoría a la demanda local de los servicios, debe darse un paso en el proceso de descentralización y redoblar esfuerzos para involucrar a las comunidades locales y a la ciudadanía en la comprensión y maximización de los beneficios de la planificación familiar y abogar para que se asegure el acceso equitativo a estos servicios.

III. COMPROMISO POLÍTICO Y ABOGACÍA

Es necesario que exista compromiso político, planificación y políticas sólidas para asegurar que las prioridades nacionales de PF y el apoyo a las mismas se mantengan y se amplíen durante períodos importantes de transición.

A nivel de Gobierno nacional

Los Gobiernos nacionales desempeñan roles importantes en el fortalecimiento del compromiso político con los programas de PF y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en países que están en proceso de descentralización. Cuando un país está descentralizando sus servicios de salud, el Gobierno nacional tiene alta probabilidad de hacer una transición del involucramiento directo en el financiamiento y entrega de los servicios hacia un rol más enfocado a la conducción y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno (OMS, 2000). Este cambio coloca la responsabilidad sobre los Ministerios centrales (generalmente, el Ministerio de Salud) para formular políticas y para la planificación estratégica general, que incluye el establecimiento de las prioridades de monitoreo y evaluación de los programas nacionales. También se requiere que las autoridades nacionales den asistencia a los Gobiernos locales con su planificación estratégica y el establecimiento de prioridades.

El Gobierno nacional necesita una estrategia y un plan para fortalecer el ambiente político y brindar apoyo a los Gobiernos subnacionales por medio de:

- La creación y aplicación de políticas, regulaciones y normas estandarizadas para la salud reproductiva, la planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos que garantice que los Gobiernos locales atiendan las prioridades nacionales de forma apropiada y efectiva.
- El fomento de la colaboración, desarrollando un entendimiento común de los contextos políticos y vinculando los enfoques de las políticas con la salud reproductiva y las reformas del sector salud (Lubben et al., 2002).
- La coordinación de responsabilidades de PF, trabajando con los Gobiernos subnacionales en sus nuevos roles y responsabilidades, y capacitándoles para administrar e implementar políticas y programas en el nuevo ambiente;
- La abogacía continua para lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos a nivel nacional y para expandirla hacia el nivel subnacional.
- El manejo y la coordinación de donantes cuyas políticas y mandatos tengan impacto directo en la descentralización y la planificación familiar.

Los Gobiernos nacionales pueden brindar liderazgo político de varias formas. Por ejemplo, muchos países están trabajando en el logro de los ODM para el 2015. La planificación familiar no está incluida específicamente en los ODM, aunque las Naciones Unidas han agregado recientemente un indicador de PF para propósitos de monitoreo. Mejorar el acceso a la planificación familiar para reducir la necesidad no cubierta puede ayudar a los países a alcanzar los ODM. El incremento del uso de la PF reducirá el tamaño de los grupos de población objetivo para los ODM; por lo tanto, reducirá los costos de alcanzar dichas metas. Los beneficios que resultan al responder a la necesidad no cubierta de

> "El proceso de descentralización fue muy rápido, muchas municipalidades no estaban preparadas y no tenían la capacidad de manejar este proceso, ya que ellos tenían pocas habilidades gerenciales y, además, porque las reglas no estaban claras; hubo regulaciones que no se cumplieron. Al momento, estos problemas se están superando, pero todavía hay un largo camino que recorrer."
>
> ~ Director ejecutivo de una ONG grande
> Bolivia, 2007

planificación familiar, algo que puede medirse con el ahorro que implicaría el logro de las ODM, tienden a superar los costos extra de responder a esa necesidad no cubierta (Moreland y Talbird, 2006; Alkenbrack, 2006; Iniciativa de Políticas en Salud, 2006). Lo más importante es que el incremento en el uso de la planificación familiar trae beneficios significativos y muy bien documentados para la salud de niñas, niños y madres. En el proceso de descentralización, el Gobierno nacional debe asegurarse de que los líderes locales tengan conocimiento acerca de las metas en salud y de los compromisos nacionales, debe promover un enfoque coordinado para alcanzar los objetivos nacionales de PF, brindar asistencia técnica y monitorear el progreso local.

A nivel de Gobierno subnacional

El rol de los Gobiernos subnacionales podría cambiar dramáticamente en un ambiente descentralizado. Como resultado de una mayor autonomía, se puede pedir a los Gobiernos subnacionales que participen en procesos de formulación de políticas para establecer o reformar políticas nacionales que tomen en cuenta las realidades y las prioridades locales. Como se menciona anteriormente, donde existe compromiso político débil a nivel subnacional, se sabe que las autoridades locales han reducido la proporción del financiamiento de actividades de salud pública (Ensor y Ronoh, 2005). Así como los Gobiernos nacionales pueden necesitar emitir mandatos para dar apoyo a áreas prioritarias, también los funcionarios estatales y departamentales necesitan apuntalar el compromiso político y el reconocimiento de la salud reproductiva a largo plazo. Por lo tanto, es muy importante dar apoyo a los Gobiernos regionales y locales en los países con institucionalidad débil, y esto incluye capacitar a los alcaldes, a los funcionarios locales de salud y a la sociedad civil acerca de temas clave de PF y disponibilidad asegurada de anticonceptivos, construcción de consensos y resolución de conflictos (Bossert, 2000b).

Abogacía y difusión de la información

La abogacía es fundamental para incrementar el compromiso político con la planificación familiar. La descentralización no solo incrementa la necesidad de hacer abogacía continuamente, sino además amplía los tipos de abogacía que se necesitan. Las estrategias de abogacía deben reflejar los diferentes enfoques requeridos a lo largo del tiempo en diferentes niveles, ya que el proceso de descentralización se está moviendo del diseño a la implementación. En el anexo 4, se detalla una lista de pasos clave para implementar un enfoque integral de abogacía durante el proceso de descentralización. De manera similar, la descentralización requiere que los Gobiernos subnacionales estén informados sobre las leyes, políticas y regulaciones acerca de sus nuevas obligaciones para supervisar y brindar los servicios de PF. Las autoridades a nivel nacional que supervisan los programas de PF deben:

- Abogar por que se asegure que las prioridades de PF se mantengan y que los compromisos con la planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos se refleje en los programas y en los mandatos.
- Emplear iniciativas para intercambiar información con líderes estatales, municipales y locales, acerca de la importancia de la planificación familiar, con el fin de asegurarse de que la planificación familiar y la salud reproductiva sean vistas como prioridades.
- Sensibilizar a los funcionarios regionales, municipales y locales acerca del impacto de la descentralización, de sus obligaciones en cuanto con responsables de la planificación familiar y la atención a las prioridades nacionales de salud, y de los pasos que es necesario tomar para asegurar los recursos adecuados y el más amplio apoyo a la planificación familiar.
- Abogar sobre la importancia de la planificación familiar y la salud reproductiva entre las personas que toman las decisiones en los grupos de las comunidades locales, del sector privado o comercial y de la sociedad civil, y capacitarlos para que sean defensores de la planificación familiar y usar los datos disponibles que demuestran que la planificación familiar salva vidas.

- Involucrar a la comunidad en general sensibilizándola sobre la importancia de la planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, y promover iniciativas de participación social.

IV. ESTUDIOS DE CASO: POLÍTICA, ABOGACÍA E INFORMACIÓN DURANTE EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN BOLIVIA Y MÉXICO

Descentralización y el sector salud en Bolivia y México

Esta sección comienza detallando algunas de las características destacables de la descentralización del sector salud en Bolivia y México. Para comprender cómo afecta la descentralización en la administración y entrega de servicios de salud y de PF, es esencial conocer el contexto político y económico en el cual se enmarca el proceso de descentralización en cada país (Birn et al., 2000).

Bolivia

Tipo de proceso: En Bolivia, el giro hacia la descentralización se dio de manera abrupta y rápida, con la aprobación de la Ley de Participación Popular 1551, en 1994.

Tipo de descentralización: Desconcentración/devolución. Se movió la autoridad, las responsabilidades y la apropiación/propiedad del Gobierno central hacia 314 municipalidades recién creadas con autonomía financiera y administrativa. Se desconcentraron los recursos humanos hacia las unidades regionales del Ministerio de Salud.

Proceso de transición: El proceso en sí mismo fue aplicado sin uniformidad, particularmente en las áreas rurales, debido a la falta de información y de construcción de capacidades y a una falta de claridad sobre los objetivos de desarrollo que se pretendía lograr con el nuevo sistema.

En Bolivia, las entrevistas realizadas para elaborar este documento (en pueblos pequeños) confirmaron que la necesidad de desarrollar capacidad local es fundamental. La falta de capacidad administrativa y de gestión es una barrera grande para la provisión efectiva de los servicios de PF. La falta de regulaciones y de estándares para la descentralización se sumaron a las dificultades para definir roles, obligaciones y responsabilidades, ya que no se habían preparado lineamientos funcionales para los programas. Se han elaborado regulaciones y estándares desde entonces, y ahora existen instrumentos para clarificar las responsabilidades de las municipalidades, de las regiones y del Gobierno nacional. Sin embargo, la provisión de capacitación, apoyo técnico e intercambio de las mejores prácticas no ha sido suficiente para dar apoyo a las municipalidades pequeñas y necesita fortalecimiento. La cobertura de salud es aún muy pobre. En 2004, el 45% de la población todavía no tenía acceso a servicios de salud, y el 73% no tenía *seguro médico* (OPS, 2007).

México

Tipo de proceso: En México, la descentralización fue un proceso escalonado, llevado a cabo en dos fases a lo largo del período 1994–2000.

Tipo de descentralización: Delegación. Se delegó el poder a los estados y algunas municipalidades. Las áreas prioritarias fueron la transferencia de recursos y la definición de líneas operativas para los servicios sociales.

Proceso de transición: El Gobierno central transfirió gradualmente las responsabilidades a los estados. En la primera fase, se les dio a los estados la opción de descentralizar o de continuar operando bajo el Gobierno federal. El Gobierno no entregó poderes de decisión a todos los niveles. En la segunda fase, los estados que ya se habían descentralizado solicitaron mayor poder para planificar, presupuestar, ejecutar y asignar recursos. Los estados que no se habían descentralizado previamente comenzaron a hacerlo.

La capacidad local se vio limitada en México, debido a muchos años de manejo concentrado en el nivel nacional. La descentralización se llevó a cabo inicialmente de manera gradual, con los estados asumiendo mayor control en un proceso dividido en fases. México elaboró un marco de trabajo para hacer las divisiones laborales entre el Gobierno federal y los estados; seguidamente, desarrolló regulaciones y estándares uniformes para la provisión de servicios a los diferentes niveles de proveedores. La Secretaría de Salud firmó un marco de trabajo, en 1996, que permitía a las entidades federales operar autónomamente en los estados, identificar las prioridades a nivel local y comprometer al Estado a participar en la gestión y a asumir responsabilidad por la entrega de servicios a nivel municipal. Para 2006, el 95% de todos los mexicanos estaban cubiertos por algún tipo de plan de seguridad social o de salud pública (PAHO, 2007).

En la tabla 1, hay un resumen de las características de la descentralización en Bolivia y en México, su impacto en el sector salud, así como las oportunidades y retos presentados. En el anexo 3, se ofrece más información y detalles sobre las características principales de la descentralización en Bolivia y en México, junto con resúmenes del impacto de la descentralización en el sector salud.

Tabla 1. Descentralización: características, impacto en el sector salud, oportunidades y retos en México y Bolivia

País	Características e impacto en el sector salud	Oportunidades y retos
Bolivia	**Características** • Abrupto, rápido, sin transición. • Reorganización del Gobierno en tres niveles de toma de decisiones y de recursos. **Impacto** • Descentralización de las funciones del sector salud hacia los Gobiernos municipales. • Nuevas divisiones políticas y administrativas regionales. • Implementación por medio de una serie de programas de seguro médico. • En la medida en que el programa de seguro iba evolucionando, a veces se incluía la planificación familiar y, otras veces, no.	**Oportunidades** • Provechoso para la autonomía a los niveles locales. • Incremento en el acceso a los servicios. • Nuevas fuentes de financiamiento. • Institucionalización de la participación popular en la asignación de recursos. **Retos** • Incertidumbre y confusión considerables sobre temas de gobernabilidad. • Sin clara definición de las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno. • Débil capacidad para la planificación y la gestión a nivel local. • Coordinación y vínculos poco efectivos. • Recursos insuficientes en algunas municipalidades; las inequidades todavía existen.
México	**Características** • Proceso escalonado en dos fases: Fase 1, opción de descentralizar o de continuar bajo un sistema centralizado. Fase 2, transferencia de recursos del Gobierno nacional y definición de responsabilidades de los servicios sociales para todos los estados.	**Oportunidades** • Desarrollo de una planificación de la salud y de entrega de servicios con más capacidad de respuesta. • Responsabilidad compartida para financiar los servicios de salud.

	Impacto • Establecimiento de un marco de trabajo para el control estatal y municipal de la planificación y la gestión de los servicios de salud. • Se introdujo un nuevo programa de alivio a la pobreza rural con componente materno-infantil (programa Oportunidades). PF limitada a la distribución de condones. • Se introdujeron programas de seguro médico (Seguro Popular cubre planificación familiar y Seguro Médico para la Nueva Generación cubre niñas y niños de 0–5 años).	**Retos** • Problemas relacionados con la eficiencia, debido a la falta de capacidad local para asignar, gestionar y utilizar los recursos efectivamente. • Definición poco precisa de las responsabilidades. • Capacidad limitada de implementación a nivel local. • Inequidades en la distribución del presupuesto federal.

El rol de los comités para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Bolivia

Durante el proceso de descentralización, Bolivia introdujo una serie de *programas de seguro médico y social* dirigidos al mejoramiento de la salud materno-infantil de la población pobre. En 1996, el programa original cubría solamente servicios médicos para mujeres embarazadas pobres, y niñas y niños hasta los cinco años. Una segunda versión del programa, el Seguro Básico de Salud, expandió el paquete para incluir servicios más amplios de PF/SR. La tercera versión del programa, el Seguro Universal de Salud Materno-Infantil (SUMI), inicialmente, no cubría la planificación familiar ni los anticonceptivos.

Los Comités Nacionales para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos se establecieron en 2003 y funcionaron hasta 2006. Con la participación de actores clave en el Gobierno, así como representantes de los donantes y agencias internacionales, los comités desempeñaron una función importante abogando ante el Congreso y otros formuladores de política para que se incluyeran los anticonceptivos en el paquete del SUMI. La abogacía se enfocó en la importancia de la salud reproductiva, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos en la reducción de la mortalidad materno-infantil, y en el logro de los ODM. Como resultado, el Congreso extendió los beneficios del SUMI en 2005 para incluir un paquete de “salud sexual y reproductiva” (con anticonceptivos) en el plan nacional de seguro.

Durante las entrevistas realizadas para elaborar este documento, los miembros del comité expresaron que la abogacía es necesaria entre los departamentos y las municipalidades para promover la planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Otras personas entrevistadas plantearon que el cambio de Gobierno de 2006 ha vuelto a quitar la planificación familiar y la salud reproductiva de la lista de las prioridades nacionales de salud. Por lo tanto, ahora existe una necesidad mucho más grande, en Bolivia, de hacer actividades de abogacía, tanto a nivel local como nacional. Los miembros del comité están buscando asistencia técnica y construcción de capacidades para reactivar el comité DAIA, mejorar el enfoque estratégico a nivel nacional y fortalecer su capacidad de asesoramiento sobre la disponibilidad asegurada de anticonceptivos a nivel local.

El rol de los estados en México

Antes de la descentralización, el Gobierno nacional mexicano tenía una base legal sólida para apoyar el programa de PF, con leyes que garantizaban el acceso gratuito a los anticonceptivos en las instituciones

de salud pública y con responsabilidades gubernamentales definidas para asegurar el acceso a los servicios y a los insumos. Durante el proceso de descentralización, las personas a cargo de la toma de las decisiones a nivel estatal que se hicieron responsables de la planificación familiar, generalmente, no veían la provisión de servicios de PF como una prioridad, aun cuando el compromiso del Gobierno nacional era bastante fuerte en ese momento (Alkenbrack y Shepherd, 2005).

La falta de apoyo por parte de los estados puede haberse originado de la integración de la planificación familiar dentro del marco de trabajo del sector más amplio de salud. En algunos estados, la integración significó que los servicios de PF se fueran acumulando encima de cientos de otros servicios básicos de salud. Posiblemente, debido a la poca conciencia sobre los beneficios de la planificación familiar, así como a la competencia de esta con las demandas de otros servicios de salud, muchos estados no asignaron suficientes fondos para la planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos al momento de asumir la responsabilidad de elaborar los presupuestos, las previsiones a futuro y las compras en 1998.

Al mismo tiempo, los donantes estaban en fase gradual de retiro de todo el financiamiento y apoyo para la compra de insumos para el programa de PF en México. Para contrarrestar estas dos tendencias (retiro de los donantes y menor prioridad por parte de los estados para la planificación familiar), las agencias de gobierno y los donantes comenzaron a implementar actividades de abogacía con autoridades estatales y con actores locales para movilizar apoyo para la planificación familiar durante el proceso de descentralización. Al final, estos esfuerzos fueron exitosos tal como se describe más adelante en este documento.

Antes de la descentralización, los esfuerzos de abogacía en México se habían enfocado en la elevación del nivel de conciencia y la mejora del ambiente político para la planificación familiar. A finales de la década de 1990, los esfuerzos de abogacía comenzaron a concentrarse no solo en la sensibilización, sino además en la asignación adecuada de los recursos para los programas estatales de PF. Aunque esta abogacía fue efectiva a lo largo de esos años, los actores involucrados han sugerido que un enfoque mucho más estratégico dirigido a hacer abogacía a nivel de los estados habría acelerado el proceso. Dicha estrategia pudo haberse enfocado en: (1) ayudar a los funcionarios a hacer la conexión entre la inversión en planificación familiar y la mejora general de la salud y el desarrollo; (2) clarificar los potenciales efectos de un desabastecimiento de anticonceptivos, incluyendo embarazos no deliberados y abortos (Alkenbrack y Shepherd, 2005).

Mejorando la coordinación interinstitucional, el intercambio de información y la formación de redes para la planificación familiar durante el proceso de descentralización en México

En México, la coordinación de las instituciones desempeñó un papel fundamental en el establecimiento de prioridades y estándares, así como en la influencia sobre el proceso de elaboración del presupuesto para las autoridades estatales recién descentralizadas. Adicionalmente, estos grupos ayudaron a mantener a los estados actualizados con información sobre PF y a convocar reuniones regulares de coordinación entre los funcionarios de salud federales y estatales.

El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva se creó en 1995 para coordinar la implementación y el seguimiento a las acciones de integración de programas específicos en salud reproductiva. Sus miembros vienen de 19 instituciones del sector público, grupos de la sociedad civil y del sector privado. El grupo tiene el apoyo de representantes federales—particularmente, de la Comisión Nacional sobre Equidad de Género de la Cámara de Representantes (Cámara baja del Congreso)—quienes se dedican a la promoción y el aseguramiento de fondos para la salud reproductiva.

Las funciones de este grupo son:

- Promover el desarrollo de acciones interinstitucionales e intersectoriales que contribuyan a incrementar la cobertura y la calidad de la información y los servicios de salud reproductiva.
- Proponer, desarrollar y promover el monitoreo de políticas, normas oficiales y procedimientos en salud reproductiva.
- Promover la investigación sobre áreas relacionadas a la PF en estrecha colaboración con instituciones académicas y de investigación.

El Consejo Nacional de Salud es una entidad de gobierno que introduce, debate, formula y evalúa las políticas de salud. Trabaja a lo largo de todas las agencias del Gobierno federal y con agencias estatales en un sistema compartido federalista. El Consejo está integrado por 32 Secretarías Estatales de Salud y por funcionarios relevantes de salud del Gobierno federal; es presidido por el Ministro de Salud. Se formó en la década de los ochenta, y se reúne cuatro veces al año (Entrevistas en México, DF, 2007). La resolución de asuntos de política y programas durante el proceso de descentralización ha sido lo central en el trabajo del Consejo a lo largo de las últimas dos décadas. El Consejo desempeña una función importante al mantener los servicios de PF y los insumos anticonceptivos como una prioridad para los programas de salud estatales, aun cuando sea solo una pequeña fracción del presupuesto general de salud (Consejo Nacional de Salud, 2007).

V. LINEAMIENTOS PARA FORTALECER EL COMPROMISO POLÍTICO

Las experiencias en México y Bolivia, así como en otros países de América Latina, demuestran que la abogacía y el diálogo político son necesarios antes y durante el proceso de descentralización, para asegurar que la planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos sea abordada en las deliberaciones sobre políticas y planificación a nivel nacional, regional y local. El Gobierno nacional debería tomar el liderazgo para incrementar el compromiso político y crear un ambiente político nacional de apoyo a los Gobiernos subnacionales y sus programas de PF. A continuación, se presentan algunos lineamientos documentados en relación a la planificación estratégica, formulación de políticas, abogacía, análisis de datos e intercambio de información.

Los Gobiernos nacionales deberían:

- Conocer muy bien las características, los retos y los impactos potenciales que se asocian con la descentralización antes de que comience.
- Definir un enfoque estratégico para informar a los niveles locales sobre las políticas de descentralización y los procesos, en las primeras etapas de diseño e implementación; el cambio sucede con frecuencia a nivel nacional sin ninguna participación de los niveles locales en el proceso.
- Preparar planes estratégicos de abogacía para promover la salud reproductiva y la planificación familiar a nivel regional y local para asegurar un enfoque integral de abogacía; se ha demostrado que la construcción de capacidades para hacer abogacía en los niveles descentralizados ha sido efectiva en Perú y otros países de América Latina.
- Liderar la planificación estratégica y los esfuerzos de coordinación entre los niveles nacionales, regionales y locales.
- Mejorar la capacidad local en gestión, administración, monitoreo y evaluación para incrementar la efectividad de la planificación y la gestión local.
- Recolectar información sobre el impacto de la descentralización en la planificación familiar a nivel local para informar sobre el desarrollo o revisión de una estrategia de abogacía.
- Incluir la planificación familiar como una estrategia complementaria importante para alcanzar las ODM y los objetivos definidos en los documentos sobre estrategias de reducción de la pobreza de los países; la PF conduce al logro de beneficios significativos y a la reducción de la mortalidad materno-infantil y a una reducción en los costos de alcanzar los ODM.
- Incluir la planificación familiar en programas públicos de seguro medico para brindar acceso a la educación y a los servicios de PF por parte de las poblaciones pobres y vulnerables que constituyen el grupo meta principal de los programas de seguridad social.
- Diseñar estrategias para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos que tomen en cuenta el ambiente local, los recursos financieros y la demanda de anticonceptivos.

Los Gobiernos nacionales y subnacionales deberían:

- Identificar prioridades locales basadas en la información y los datos recolectados por medio de herramientas de análisis como el marco del Camino Estratégico para el Logro de la Disponibilidad Asegurada de Insumos de Salud Reproductiva (Menotti y Sharma, 2007).

> "El comité DAIA debería regresar a trabajar, porque ha hecho posible la inclusión de beneficios anticonceptivos en el programa de seguro médico del SUMI. Este comité podría operar en diferentes áreas del sistema de salud, especialmente en las municipalidades."
>
> ~ Funcionario del SUMI
> Bolivia, 2007

- Alentar la formación de comités para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y otros grupos focales de trabajo a nivel nacional, regional y local para planificar estratégicamente, fortalecer las capacidades, y monitorear y evaluar el impacto durante los períodos de reforma de salud, cambios ejecutivos o legislativos, y revisión programática.
- Establecer comités técnicos que puedan brindar asistencia a los niveles nacionales y subnacionales, asesorando sobre la definición de prioridades y abordando la duplicación de funciones.
- Promover la participación social como un elemento clave de la descentralización: incorporar a la sociedad civil en la formulación de políticas relativas a la PF, en los programas, supervisión y abogacía permanente y evaluación.
- Apoyar políticas de inclusión de la diversidad de género, grupos indígenas, grupos marginados, mujeres, adolescentes, jóvenes y sociedad civil en la planificación estratégica, el monitoreo y la supervisión de programas.

VI. FINANCIAMIENTO

Una de las metas principales durante el proceso de descentralización es la de mantener o, preferentemente, aumentar la cantidad y el tipo de recursos financieros a lo largo del sistema de salud. Esta sección del documento presenta algunos de los temas clave sobre financiamiento y los retos alrededor de la planificación familiar y la descentralización en los niveles del Gobierno nacional y Gobiernos subnacionales y además ilustra la manera en que México y Bolivia han enfrentado los impactos de la descentralización en el financiamiento de los servicios y los insumos de PF.

A nivel del Gobierno nacional

La descentralización, usualmente, da como resultado que haya cambios significativos en los mecanismos de financiamiento para la planificación familiar y los anticonceptivos. Aun si el Gobierno nacional se mantiene como la principal fuente de financiamiento de la salud reproductiva, puede ser que los recursos se asignen directamente a los Gobiernos locales en una variedad de maneras, y que los Gobiernos locales sean quienes determinen cómo gastar esos fondos y cómo manejar los programas. Si no se establecen mandatos específicos y políticas operativas antes del proceso de la descentralización, el financiamiento para la planificación familiar puede disminuir, los Gobiernos locales pueden experimentar un flujo irregular de fondos y de abastecimiento de insumos de FP, y las agencias subnacionales pueden carecer de información sobre la forma de acceder a fondos del programa y a los insumos, haciendo difícil, por lo tanto, el mantenimiento de los programas de PF a niveles de predescentralización. Otra restricción financiera puede ser la poca comprensión de los funcionarios locales sobre los requerimientos presupuestarios o incluso cuáles son las necesidades locales de financiamiento.

Las dificultades financieras son organizacionales y culturales. La falta de claridad acerca de los roles y responsabilidades de las autoridades de un Gobierno descentralizado puede hacer que se detenga el flujo de fondos. En la parte cultural, existen muchos ejemplos de líderes locales que tienen prejuicios o que no entienden la planificación familiar y, por lo tanto, se oponen a la asignación de fondos para cualquiera de los programas de PF (Entrevistas con SUMI, 2007). Este tipo de situaciones, generalmente, pueden abordarse por medio de iniciativas de abogacía y en actividades generales de desarrollo de políticas. Sin embargo, los siguientes pasos específicos pueden darse para asegurar que los fondos para la planificación familiar no se vean interrumpidos o detenidos.

Fortalecer el apoyo financiero del Gobierno nacional para la planificación familiar

Al tomar los siguientes pasos, el Gobierno nacional puede desempeñar un rol de conducción para asegurar el financiamiento adecuado de la planificación familiar:

- Desarrollar mecanismos financieros para asegurar que las prioridades de PF se aborden a nivel local.
- Establecer mandatos de líneas presupuestarias para la planificación familiar y los anticonceptivos en los presupuestos estatales, distritales y municipales.
- Poner condiciones a las transferencias de recursos financieros del Gobierno nacional, a fin de reservarlas para la planificación familiar, tales como las *transferencias basadas en fórmulas*.
- Hacer abogacía (liderada por el Gobierno nacional) a nivel regional y estatal para dar apoyo financiero a la planificación familiar como prioridad nacional.
- Incrementar la atención al financiamiento central de los anticonceptivos y la distribución local de los mismos, ya que, en la mayoría de casos, el Gobierno nacional establecerá las políticas y hará las compras de los anticonceptivos para todo el sector público.

Identificar mecanismos alternativos de financiamiento

La descentralización ofrece la oportunidad de explorar *mecanismos alternativos de financiamiento* para la planificación familiar, diversificando, de esa forma, el financiamiento e incrementando la base de este, en general. A continuación, se detallan algunos ejemplos comunes de mecanismos alternativos:

- *Financiamiento por el lado de la oferta*
  - Establecer *cuotas de usuario* por los servicios y los anticonceptivos para los segmentos de población con más recursos.
  - Incluir insumos de PF en la lista básica de medicamentos.
  - Reembolsar los gastos de planificación familiar en los programas de seguro médico del sector público.
  - Promover programas de seguro médico basados en la comunidad o programas de microfinanzas que incluyan cobertura de planificación familiar.
  - Establecer incentivos para incrementar la provisión de servicios por parte del sector privado.

- *Financiamiento por el lado de la demanda*
  - Crear *programas condicionados de transferencia de efectivo* que incluyan la planificación familiar y los anticonceptivos para los pobres.
  - Establecer recompensas de fondos de contrapartida para programas dirigidos a la entrega de servicios de PF para las poblaciones pobres.

Mejorar los resultados en términos de equidad en el financiamiento

Un aspecto clave que se destaca en la literatura sobre descentralización es hasta qué punto la descentralización resuelve las grandes desigualdades en el uso de los servicios de salud pública en América Latina (Homedes, 2005). Puede ser necesario realizar acciones más específicas para lograr mayor equidad en el financiamiento de la planificación familiar. La equidad se consigue al asegurar que la información sobre PF y los anticonceptivos sean accesibles financieramente para todos aquellos interesados en planificar sus familias, incluyendo las poblaciones pobres y marginadas. A continuación, se detallan algunos pasos específicos para abordar las inquietudes sobre equidad en un ambiente descentralizado (Levine et al., 2001):

- Distribuir fondos nacionales a unidades subnacionales con asignaciones proporcionales a las poblaciones de menores ingresos.
- Requerir que un mínimo porcentaje de las transferencias del Gobierno nacional sean asignadas a programas rurales de PF.
- Utilizar fondos de contrapartida para estimular a las autoridades locales a que asignen fondos a programas prioritarios dirigidos a poblaciones marginadas.
- Hacer asignaciones per cápita basadas en la necesidad, así como se ha hecho exitosamente en Bolivia, Colombia y Chile.
- Crear *fondos de igualdad:* que se dirijan algunos fondos de las municipalidades con más recursos a aquellas más pobres, basándose en datos per cápita y en *fórmulas de pobreza municipal* (Bossert, 2000b).

A nivel de Gobierno subnacional

La descentralización plantea cuestiones importantes en relación al grado de autonomía en los niveles subnacionales, en términos del control de los ingresos fiscales y las responsabilidades por la asignación de estos y de las transferencias hacia la salud reproductiva. Además, la descentralización plantea una variedad de cuestiones acerca de la nueva división de trabajo entre el Gobierno nacional, los Gobiernos estatales y locales, y las agencias del Gobierno nacional destacadas en los estados. En las entrevistas realizadas para la elaboración de este documento, resulta obvio que la falta de claridad acerca de las

funciones y responsabilidades financieras, tanto en México como en Bolivia, llevaron a la confusión y a la desaceleración de la descentralización de los servicios de salud reproductiva. Las autoridades nacionales y subnacionales, al igual que los actores involucrados en la PF, pueden enfrentar estos problemas tomando en consideración los siguientes pasos:

Insistir en roles y responsabilidades claros y orientación financiera

- Definir nuevos roles y responsabilidades para la toma de decisiones sobre financiamiento, asignación, presupuesto, gestión y reportes. Debe darse orientación clara y capacitación sobre manejo financiero a funcionarios subnacionales.

Ayudar a los Gobiernos subnacionales e identificar fuentes suplementarias de ingresos para salud

- Bajo la descentralización, los Gobiernos subnacionales pueden tener el poder de identificar y asignar fuentes locales de financiamiento a nivel estatal o municipal para los servicios de salud y de PF; los Gobiernos nacionales podrían tener que brindar asistencia técnica y lineamientos para apoyar este proceso. Los nuevos socios (ONG, empresas, grupos de la sociedad civil) podrían interesarse en apoyar la planificación familiar y estar dispuestos a contribuir con recursos, si toman conciencia de su importancia.

Abordar el financiamiento de los anticonceptivos en su totalidad

- Dado que está demostrado que la compra central de anticonceptivos es eficiente y efectiva en costos, el Gobierno nacional debería considerar las necesidades de los estados, distritos y municipalidades en relación a los anticonceptivos, y ayudar a los Gobiernos subnacionales a prever estos requerimientos financieros.

VII. ESTUDIOS DE CASO: FINANCIAMIENTO Y DESCENTRALIZACIÓN EN BOLIVIA Y MÉXICO

Apoyo nacional y subnacional para el financiamiento de la planificación familiar en Bolivia

Antes de 1994, todas las decisiones gubernamentales se hacían a nivel nacional y departamental. Con la creación de los Gobiernos municipales, el Gobierno nacional impuso condiciones para asegurar que se abordaran las prioridades nacionales. Los Gobiernos municipales reciben cerca del 20% del total del financiamiento de salud pública y son responsables de los servicios de salud, los insumos y la infraestructura de salud. El Ministerio de Salud a nivel central y sus oficinas regionales en los departamentos reciben alrededor del 80% del total del financiamiento de salud pública y financian todos los recursos humanos para el sector de salud pública, incluso el de las municipalidades. Los indicadores de salud básica en Bolivia mejoraron sustancialmente con la implementación de este nuevo sistema. Sin embargo, las municipalidades bolivianas todavía carecen de financiamiento adecuado para cubrir todas las necesidades de salud.

Las municipalidades pueden recurrir a otras fuentes de financiamiento para tener ingresos adicionales, algunos de lo cuales pueden ser gastados en servicios de salud. Además de los fondos recibidos del *fondo de cooperación tripartita* nacional, las municipalidades ahora retienen los impuestos a la propiedad rural, los apartamentos urbanos y los vehículos, en vez de transferir estos fondos de al nivel nacional. Se pueden identificar fondos locales adicionales si la abogacía y los grupos de la sociedad civil convencen a los líderes locales de que es una prioridad suplementar los fondos federales.[2] Varios departamentos y municipalidades, incluyendo Tarija y El Alto, han lanzado programas de seguro médico a lo largo de los últimos años.

Tarija

La descentralización le permitió a Tarija—y a muchos otros departamentos—establecer un programa de seguro médico universal como prioridad en servicio social. El programa, inicialmente, cubría las necesidades de salud de niñas y niños de 5 a 19 años de edad y sirvió como una extensión del SUMI. El programa se expandió en 2007 para incluir a todos los ciudadanos hasta la edad de 59 años, totalizando 362 000 beneficiarios (*Noticias Departamentales*, 2007). Las personas de 60 años y más tienen cobertura de un seguro nacional para ciudadanos de la tercera edad (llamado *seguro de vejez*). Estos programas de seguro médico son aprobados por el Gobierno nacional y, por lo tanto, también sus fuentes de ingreso. Así ocurrió en La Paz. El Gobierno nacional designó el 14% de todos los impuestos departamentales sobre hidrocarburos que se derivan de las operaciones petroleras provinciales para pagar por estos programas de seguro extendidos. Es necesario señalar que la desviación de recursos sustanciales de los ingresos departamentales para apoyar el seguro médico ha dado como resultado que las autoridades locales manifiesten que no están de acuerdo en redireccionar sus recursos (*La Razón*, 2007).

El Alto

Cerca de La Paz, la municipalidad de El Alto optó por extender el seguro medico a todos los jóvenes hasta los 21 años—incluyendo la educación en salud reproductiva y derivaciones a otros servicios—por medio de un programa llamado Seguro Médico Escolar Obligatorio. Para financiar ese programa, la municipalidad usa fondos sobrantes del SUMI y los suplementa con cualquier tipo de fondos que puedan

[2] Antes de la descentralización, los centros de salud podían cobrar una cuota con la que pagaban personal, equipo y otros costos. Después de la descentralización, los centros de salud perdieron el derecho de cobrar cuotas.

recaudarse localmente o accede a fondos nacionales que estén disponibles y que son dirigidos a actividades municipales especiales (Entrevistas en El Alto, 2007).

En muchos países, la falta de recursos financieros para servicios no se debe; simplemente; a que dichos recursos no estén disponibles, sino que, en gran medida, es resultado de la falta de capacidad de los funcionarios y gerentes de salud para acceder a ellos. La municipalidad de El Alto ha aprendido a acceder a fondos fiscales locales y nacionales para pagar sus programas ampliados de seguro médico. Sin embargo, de acuerdo a las personas entrevistadas, muchas municipalidades no tienen el conocimiento o la capacidad para acceder a estos fondos que normalmente se encuentran disponibles para programas relativos a la salud. En Bolivia, dos fuentes de financiamiento son los fondos fiscales coparticipativos, disponibles a nivel municipal, y el Fondo Nacional de Solidaridad, que redistribuye fondos de departamentos con más recursos hacia los que tienen menos recursos. Esta situación sugiere fuertemente que existe la capacidad para acceder a fondos tan importantes como la existencia de estas fuentes adicionales de financiamiento.

> "Muchas municipalidades no utilizan todos los fondos que tienen potencialmente disponibles para los programas de salud. Algunos utilizan solamente el 85% de lo que podrían obtener del impuesto participativo municipal. El Fondo Nacional de Solidaridad está también subutilizado por las municipalidades que tienen vacíos financieros en salud. Es decir, que el problema no es falta de financiamiento, sino la incapacidad de muchas municipalidades de acceder a los recursos financieros de manera apropiada."
>
> ~ Alto funcionario, SUMI, Bolivia, 2007

Programas de seguridad social y reducción de la pobreza en México

A comienzos de la década de los ochenta y continuando en la década de los noventa, México llevó a cabo un proceso importante de descentralización en el cual el Gobierno federal redistribuyó la autoridad, responsabilidades y recursos de los estados en las áreas de salud, educación y reducción de pobreza, entre otras. La redistribución incluyó la transferencia de recursos financieros que se consideraron adecuados para pagar por la provisión de servicios y la transferencia de la autoridad fiscal hacia los Gobiernos estatales y municipales. Bajo este nuevo sistema, el Gobierno federal retuvo la mayoría de las funciones de regulación y control, y dejó en manos de los estados la implementación de las políticas. Ya que el Gobierno federal y los responsables de formular políticas estaban preocupados por que los programas de población no se dejaran de lado con la descentralización, esta división de responsabilidades entre las autoridades federales y estatales les vino bien a aquellos actores preocupados por el futuro del programa de PF.

En la práctica, el Gobierno federal estableció las líneas presupuestarias para los servicios de PF y los estados, a su vez, supervisaron la implementación en las municipalidades. Las personas entrevistadas en los estados dejaron ver que los fondos federales fueron insuficientes para implementar todos los programas de PF. A su vez, algunos estados no asignaron suficientes fondos para la planificación familiar y, por lo tanto, hubo un decaimiento en el financiamiento local y en los servicios. Las organizaciones gubernamentales y de donantes paliaron, paulatinamente, el problema por medio de una intensa campaña de abogacía y la capacitación de funcionarios locales (Alkenbrack y Shepherd, 2005). Sin embargo, los recortes financieros para PF todavía continuaron. En consecuencia, los estados buscaron otras fuentes financieras y otro mecanismo de financiamiento. Sin duda, muchos programas gubernamentales dieron la oportunidad de asegurar financiamiento adicional para la PF, como se evidencia en el caso del estado de Tabasco.

Estado de Tabasco

Bajo el nuevo sistema descentralizado, el Gobierno federal dejó en manos de los estados la compra de anticonceptivos. Tabasco, al igual que otros estados, no estaba preparado para esta nueva responsabilidad, pero gradualmente tuvo la capacidad de manejar las compras. Tabasco participó en el programa de capacitación federal para aprender a hacer las compras de todo tipo de anticonceptivos (píldoras, dispositivos intrauterinos, inyectables, condones e implantes) y a manejar la provisión de servicios. La capacitación fue realizada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Sin embargo, con la creciente demanda de educación en PF, servicios, y anticonceptivos, el financiamiento del Gobierno federal (a través de su sistema de transferencias) no pudo cubrir adecuadamente todas las necesidades de PF, especialmente los anticonceptivos.

Para ampliar la base del financiamiento de la salud y llegar a los grupos de menores ingresos, Tabasco buscó financiamiento por medio de dos programas federales de salud lanzados recientemente. Los dos programas, el Seguro Popular y un programa de desarrollo social llamado Oportunidades, brindan los recursos financieros para programas de servicio y para insumos, incluyendo los anticonceptivos. El programa de Seguro Popular brinda cobertura médica, incluyendo la PF/SR, para un segmento grande de la población de México que tiene poco acceso a los servicios. Más del 90% es subsidiado por el Gobierno federal y financia a los estados para que puedan hacer reembolsos a sus proveedores. La lista básica de medicamentos del programa incluye cuatro tipos de anticonceptivos orales, cuatro inyectables y un implante (*Seguro Popular: Medicamentos*, 2008). El programa Oportunidades brinda a las poblaciones más pobres en el estado el acceso a educación en PF y anticonceptivos, y servicios limitados. El programa estimula la demanda de servicios de salud y educación; y cuando los requerimientos de estos servicios se cubren, se asigna asistencia económica a las mujeres para que gasten en una mejor nutrición y en las necesidades de la familia. Se requiere que las familias asistan a charlas sobre salud reproductiva y otros temas de salud, y deben someterse a chequeos de salud y hacer consultas médicas con regularidad.

Retos y oportunidades para el financiamiento de anticonceptivos dentro del proceso de descentralización en Bolivia y México

Uno de los retos principales acerca de la planificación familiar en América Latina y el Caribe es el financiamiento de insumos anticonceptivos. Este tema se volvió fundamental en la década de los noventa, cuando los donantes manifestaron su intención de retirar gradualmente sus donaciones de anticonceptivos para la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Durante la descentralización, algunos países consideraron también la descentralización de la compra de los anticonceptivos. Al final, la mayoría de países mantuvieron las compras centralmente, pero utilizaron sistemas mixtos para su financiamiento.

Existen estudios que sugieren que las funciones principales del sistema logístico y de compra de anticonceptivos, tales como la compra por volumen, manejo logístico, calidad asegurada de los productos, entre otros, deben permanecer centralizados, ya que este arreglo permite un mejor desempeño del sistema (Sánchez et al., 2006). Las compras centralizadas tienen sentido debido a los precios más bajos en la compra por volumen, las ganancias en eficiencia, la calidad mejorada de anticonceptivos en comparación con las compras locales y la garantía de la cobertura nacional a un costo muy bajo. Las entrevistas realizadas en Bolivia **y** México confirman que el proceso de compra de anticonceptivos no debe ser descentralizado, sino que debe seguirse el mismo proceso que se usa para procurar y comprar vacunas (Entrevistas con UNFPA, y todas las otras entrevistas, 2007).

La situación actual en Bolivia ilustra cómo los anticonceptivos pueden volverse mucho más costosos y difíciles de administrar si la compra es descentralizada. Cuando cada municipalidad tiene autonomía para comprar anticonceptivos por separado y localmente, no se benefician de las economías de escala o de la

consistencia en la oferta y la calidad (Sánchez et al., 2006). La disponibilidad de anticonceptivos es un problema crónico en el país debido a la naturaleza poco confiable de las donaciones internacionales, la falta de compromiso por parte del actual Gobierno nacional para establecer la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos como una prioridad, y debilidad en la gestión y la administración. La Central Estatal de Abastecimiento de Suministros (CEASS) es el proveedor principal y oficial de anticonceptivos a nivel del estado, pero se le abastece con irregularidad. Los Gobiernos municipales le compran al CEASS, y el otro único proveedor (por medio de diferentes distribuidores) es PROSALUD (excepto para los condones). Algunos fondos rotativos están disponibles en las municipalidades para financiar los anticonceptivos, pero algunas veces estos funcionan erráticamente, debido, sobre todo, a la débil capacidad local para manejar las compras. Los grupos de *mercadeo social* sin fines de lucro que brindan servicios de anticonceptivos y PF de alta calidad a bajo costo, tales como PROSALUD y el Centro para la Investigación, Educación y Servicios (CIES), continúan desempeñando un rol importante en la provisión de anticonceptivos a las municipalidades.

En México, el mayor financiamiento de los anticonceptivos venía de donantes internacionales hasta mediados de 1990. Después de la ICPD en 1994, el Gobierno mexicano estuvo de acuerdo en incrementar, gradualmente, el financiamiento federal para anticonceptivos a medida que los donantes iban retirando el apoyo financiero. En 1999, el Gobierno federal se vuelve la única financiadora de anticonceptivos para el sistema de salud pública. Como parte del proceso de descentralización, las Secretarías de Salud estatales comenzaron a asumir la responsabilidad de comprar los anticonceptivos a través de los presupuestos estatales. Este cambio implicó que los estados tuvieron que manejar todo el proceso (Alkenbrack y Shepherd, 2005).

Los problemas emergieron a nivel estatal de la misma forma que sucedió en Bolivia. Cuando se enfrentaron a decisiones acerca del financiamiento de los anticonceptivos u otras prioridades locales de salud, los funcionarios optaron por lo que ellos consideraron las necesidades más inmediatas. Además de tener otras prioridades, los estados no tenían la capacidad de prever requerimientos financieros, presupuestar los diferentes tipos de anticonceptivos o hacer arreglos presupuestarios para los anticonceptivos. Así, muchos estados no previeron presupuesto para los anticonceptivos. Como resultado, el Gobierno nacional incluyó una línea presupuestaria en los presupuestos estatales para reservar fondos para anticonceptivos y depositar la responsabilidad de mantener el abastecimiento de anticonceptivos en los funcionarios de Gobiernos estatales. Cuando los estados ya no hicieron las compras ni manejaron la logística, su poder reducido de compra y negociación condujo a incremento de precios, desfinanciamiento sistemático de los anticonceptivos y deterioro de los servicios.

Para remediar la situación, la Secretaría Federal de Salud, el UNFPA, los donantes y las Secretarías de Salud estatales, desarrollaron un sistema de compras conjuntas. Para este sistema, el Gobierno federal negoció precios generales y cantidades con proveedores seleccionados, los cuales, a su vez, podían abastecer de anticonceptivos a los estados cuando se les solicitara. Al mismo tiempo, los patrocinadores del sistema de compras conjuntas fortaleció la capacidad logística y de administración en los estados, brindándoles capacitación y asistencia.

Veintitrés estados, junto con cuatro organizaciones de la sociedad civil, han participado voluntariamente en el sistema de salud por medio de sus Secretarías de Salud y han firmando un Convenio de Participación y Financiamiento de Gastos. El programa es un éxito y, hasta el momento, sigue siendo la base de financiamiento de anticonceptivos del sector público.

VIII. LINEAMIENTOS PARA INCREMENTAR Y ASIGNAR FINANCIAMIENTO

Existe una división óptima de trabajo entre los Gobiernos nacionales y los subnacionales cuando se trata del financiamiento y manejo de la oferta de insumos anticonceptivos en ambientes descentralizados. Los Gobiernos nacionales, generalmente, están bien posicionados para supervisar la compra de anticonceptivos y los sistemas de financiamiento, ya que ellos pueden asegurar que haya efectividad en los costos y control de calidad de los anticonceptivos por medio del establecimiento de estándares uniformes, hacer reservas, negociar acuerdos, asesorar las necesidades generales y llevar a cabo una planificación detallada. Las siguientes son algunas recomendaciones para el financiamiento de la compra de anticonceptivos y para sistemas de logística en ambientes descentralizados.

Los Gobiernos nacionales deben:

- Asignar fondos para anticonceptivos de manera equitativa entre estados y departamentos, de acuerdo a la necesidad, y monitorear los gastos financieros de los Gobiernos subnacionales en anticonceptivos, para asegurar que los fondos se utilicen para el propósito debido.
- Asegurar que el personal de salud del Gobierno subnacional esté capacitado en todos los aspectos de la planificación, el financiamiento, la distribución y las operaciones relativas a los anticonceptivos.
- Definir nuevos roles y responsabilidades para tomar decisiones financieras, asignar recursos, elaborar el presupuesto, realizar la gestión y escribir los informes.

Los Gobiernos subnacionales deben:

- Institucionalizar líneas presupuestarias para los anticonceptivos (especialmente para los países donde la carga financiera total recae en el Gobierno subnacional).
- Identificar fuentes adicionales de financiamiento y asignar dinero para garantizar suficiente abastecimiento.
- Diseñar e implementar un enfoque integral de financiamiento oferta-demanda para los servicios de PF y anticonceptivos.

Los Gobiernos nacionales y subnacionales deben

- Trabajar en colaboración con proveedores privados, tales como los programas de mercadeo social, ONG y farmacias, para definir metas y fuentes complementarias de abastecimiento de anticonceptivos; los roles de cada sector deben ser definidos por medio de estudios de *segmentación de mercado* y deberían crearse incentivos para el sector privado, con el objetivo de que se involucre en la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, permitiéndoles, a los Gobiernos locales, enfocarse en llegar hasta las poblaciones pobres (Alkenbrack, 2006).

IX. DEMANDA Y ACCESSO

El compromiso político y de financiamiento en un ambiente descentralizado afecta el "lado del abastecimiento" de los servicios y los insumos de PF, es decir, estos son componentes esenciales para asegurar el financiamiento y la implementación de los servicios a todos los niveles del Gobierno. Esta sección examina el "lado de la demanda" de los servicios de PF y, por lo tanto, se concentra en mantener e incrementar la demanda y el acceso a los servicios en un ambiente descentralizado. La educación de la población y la apropiación local de los programas puede recibir menos atención en la medida en que las responsabilidades son trasladadas a gerentes y a quienes hacen las políticas a nivel subnacional.

Existen tres aspectos importantes para mantener y ampliar la demanda y el acceso en un ambiente descentralizado: (1) involucrar a la sociedad civil, (2) ampliar la participación social en la planificación estratégica y la gestión, y (3) desarrollar programas de servicio dirigidos a los pobres.

Participación de la sociedad civil por medio de la información, la educación y la abogacía

La descentralización se introdujo en la región de América Latina y el Caribe en un momento en que la participación de la sociedad civil iba aumentando. El proceso de descentralización implica un elemento fuerte de apoyo para incrementar el rol de la sociedad civil en la gobernabilidad y en la provisión de servicios (Hardee et al., 2000). Para fortalecer aún más los programas de PF y la disponibilidad asegurada de anticonceptivos, es importante demostrar, a la sociedad civil, la necesidad de dichos programas y los beneficios de la información y la educación en PF. Idealmente, estos esfuerzos deberían darse al mismo tiempo que los procesos de descentralización más amplios, pero, con frecuencia, estos no se consideran sino hasta después de que haya ocurrido la descentralización (Sánchez et al., 2006).

Las redes y coaliciones para intercambiar información pueden ser efectivas en ampliar el apoyo a la planificación familiar y en difundir estrategias eficaces a niveles nacionales y locales. En Guatemala, la descentralización y la planificación participativa en salud emergió gradualmente después de años de guerra civil. Entre los retos de la descentralización en Guatemala, estaba la falta de una tradición de participación de la sociedad civil, el bajo estatus de la mujer, la diversidad cultural y la discriminación, la carencia de habilidades para hacer abogacía y la resistencia gubernamental (Merino et al., 2000). La Red de Mujeres para la Construcción de la Paz recibió capacitación en abogacía y uso de la información, así como programas educativos en salud reproductiva. Las participantes usaron las habilidades recién aprendidas para incrementar la cantidad y la eficiencia de las mujeres que participaban en las actividades subnacionales de salud reproductiva. Además, ellas asistieron a talleres para crear la oportunidad de que el Gobierno y la sociedad civil interactuaran a nivel municipal. Las redes de mujeres han tenido éxito en movilizar apoyo político y recursos para la planificación familiar y en quitar las barreras que impiden el acceso a la información y los servicios de PF entre las mujeres indígenas.

Participación social en la planificación estratégica y en la gestión

Para lograr éxito, la descentralización requiere que se promueva la participación a niveles subnacionales en la planificación estratégica y la administración de los programas locales. Asegurar la participación local en la gobernabilidad implica el involucramiento de grupos multisectoriales que representen un amplio espectro de la sociedad para impulsar enfoques más democráticos y proteger el proceso del dominio de un solo grupo de interés. Incrementar la participación en el proceso de descentralización significa, frecuentemente, acercar a los grupos marginados a los procesos de planificación y gestión haciendo mejoras en la equidad de género, incrementando la representación de grupos indígenas, e involucrando a los adolescentes, a los jóvenes y a otros grupos que no suelen ser representados. Las

necesidades de la mujer, particularmente de las mujeres indígenas, pueden no ser tomadas en cuenta al establecer las prioridades locales si no se hace un esfuerzo concertado para incluirlas en los procesos de toma de decisiones.

En Perú, ha habido muchos retos en la implementación de la descentralización y la promoción de una colaboración efectiva entre el Gobierno y la sociedad civil, incluyendo los siguientes:

- Los funcionarios electos localmente tenían poca comprensión de los problemas y necesidades de sus comunidades.
- Los grupos de la sociedad civil carecían de las habilidades para participar eficientemente.
- Las autoridades locales del Ministerio de Salud y de otros sectores no valoraban la participación de la sociedad civil.

Para superar estos retos, USAID y otros trabajaron con los grupos locales de mujeres, a fin de construir sus habilidades de abogacía y diseñar y realizar campañas de intercesión en apoyo a la salud reproductiva. El fortalecimiento de la capacidad de los grupos de la sociedad civil para participar en los procesos de toma de decisión en Perú tuvo como resultado la elaboración de propuestas para mejorar las políticas municipales, formar comités intersectoriales, desarrollar estrategias clave para coordinar con los funcionarios locales la mejora en la implementación de las políticas y en la colaboración con los medios de comunicación.

Actividades de extensión comunitaria dirigidas a los pobres

La descentralización brinda una oportunidad para ampliar la disponibilidad de programas comunitarios y de servicios de PF, incrementando la demanda de servicios por parte de las poblaciones pobres y marginadas. Ampliar y mejorar estas actividades y servicios requiere de capacitación y de colocación del personal adecuado y, posiblemente, del desarrollo de un programa de incentivos que lo motive a que se traslade a las áreas rurales.

Otra manera de ampliar el acceso a los servicios de salud es por medio de la *contratación externa* de las ONG, por parte de los Gobiernos locales, para la entrega de servicios. A pesar de que la colaboración entre gobiernos y ONG suele ser informal, la contratación de servicios se está volviendo más común. Para tener éxito, la contratación requiere un marco legal pertinente, costos mínimos de transacción e incentivos apropiados, continuidad en la provisión de servicios y retrasos mínimos en los pagos, así como sistemas de información administrativa que sean confiables (Levine et al., 2001). El programa PROSALUD en Bolivia es un ejemplo de una ONG que está contratada por el Gobierno para brindar servicios de alta calidad en educación, salud y salud reproductiva, con enfoque en la extensión comunitaria y la participación.

X. ESTUDIOS DE CASO: INCREMENTO DE LA DEMANDA Y MEJORA DEL ACCESO

Apoyo a las redes de salud en Bolivia

Bolivia ha creado un nuevo modelo de gestión, el cual incluye redes municipales de salud que integran servicios de salud comunitaria. Estas redes conectan instalaciones de atención de salud primaria con proveedores secundarios y terciarios de servicios. Las redes departamentales de salud incluyen redes municipales de salud y niveles superiores de establecimientos de atención. Las Directivas Locales de Salud (DILOS) y estas redes de salud autónomas crean un marco de trabajo para el manejo compartido de los servicios de salud (Banco Mundial, 2004). Las DILOS incluyen representantes del Ministerio de Salud, el Gobierno municipal y la sociedad civil. Cada municipalidad tiene su propia DILOS para la toma de decisiones estratégicas. Las redes municipales de salud que incluyen más de una municipalidad gestionan servicios de salud. Como resultado, la información y la educación en planificación familiar constituye una estrategia importante para las comunidades y los miembros de las DILOS, incluyendo las autoridades municipales.

Apoyando la descentralización participativa en Bolivia

Aún cuando las leyes y regulaciones autorizan y apoyan los servicios de salud reproductiva, ha sido difícil mantener y ampliar estos servicios durante el proceso de descentralización en Bolivia. Las comunidades no estaban familiarizadas con las leyes ni con su derecho a participar en la toma de decisiones y en la definición de prioridades. Les hacían falta las habilidades para participar y, en muchos casos, no veían los temas de PF como prioridades. Había pocos defensores de la salud reproductiva en el nivel municipal, particularmente, de la planificación familiar y de la disponibilidad asegurada de anticonceptivos (Kincaid et al., 2000).

Se tomaron acciones para educar a los recién electos funcionarios locales acerca de las leyes de la descentralización y para difundir información sobre buenas prácticas en la implementación de iniciativas locales de salud para preparar a los líderes municipales apropiadamente (Bossert y Ruiz Mier, 2000). Un enfoque tomado por el USAID's POLICY Project incluyó:

- Crear talleres sobre planificación participativa.
- Dar seguimiento técnico para elaborar planes de desarrollo municipal.
- Trabajar con una red de ONG de mujeres para desarrollar la participación, la abogacía y las habilidades de liderazgo.
- Brindar apoyo a los esfuerzos de abogacía y a la recolección y uso de información sobre programas de PF para una toma de decisiones mejor informada (Pinto et al., 2000).

Fortaleciendo la educación en salud reproductiva, integrando los temas de género y mejorando la inclusión de las poblaciones indígenas en México

En México, se han movilizado brigadas juveniles compuestas por líderes para llevar educación en salud reproductiva a jóvenes de áreas menos privilegiadas. Estos servicios de apoyo a la comunidad se han diseñado de modo que sean más apropiados culturalmente para los grupos indígenas. Se ha preparado un programa educativo especial y apropiado culturalmente para integrar la perspectiva de equidad de género, dando atención a la prevención de la violencia intrafamiliar. El programa tiene cuatro componentes esenciales:

1. Capacitación y sensibilización para un mejor entendimiento cultural entre los proveedores de servicios de salud y las comunidades.
2. Participación comunitaria para establecer la corresponsabilidad en la toma de decisiones sobre servicios de salud, con el objetivo de brindar educación en salud a los jóvenes indígenas a través de brigadas juveniles.
3. Talleres sobre salud reproductiva para los jóvenes en diferentes comunidades, municipalidades, jurisdicciones y estados.
4. Seguimiento para fortalecer la introducción y la continuidad del modelo educativo.

Se está implementando un proyecto piloto con un enfoque integrado e intercultural sobre la salud reproductiva y la prevención de la violencia intrafamiliar, en nueve comunidades indígenas marginadas en los estados de Chiapas, Puebla y Veracruz. Si se tiene éxito, será extendido a todos los estados con comunidades indígenas marginadas.

Los objetivos específicos de este proyecto piloto son: identificar las necesidades clave para abordar la salud reproductiva, empleando la perspectiva de género; tomar en cuenta la diversidad cultural de la población; incrementar la participación de los hombres en la toma de decisiones sobre salud reproductiva, salud materna y temas de salud prenatal. Este programa se enfoca en la planificación familiar, cáncer mamario y cervical, cuidado de los embarazos de alto riesgo, emergencia obstétrica y cuidado neonatal, equidad de género y violencia intrafamiliar (Entrevistas en México, DF, 2007).

XI. LINEAMIENTOS PARA INCREMENTAR LA DEMANDA Y MEJORAR EL ACCESO

Involucrar a la sociedad civil, ampliando la participación social en la planificación y la gestión, y desarrollando acciones dirigidas a los pobres son los esfuerzos centrales que realizar para incrementar la demanda y el acceso a los servicios de PF. A continuación, se detallan algunos de los lineamientos para la implementación, los cuales se recomienda sean considerados por los actores involucrados:

- Promover participación multisectorial a niveles subnacionales en la planificación estratégica y la administración local de los programas.
- Demostra,r a la sociedad civil, la necesidad de estos programas y los beneficios de la educación, la información y los servicios de PF.
- Formar y dar apoyo a las redes y coaliciones para intercambiar información y difundir estrategias hacia los niveles nacionales y subnacionales, de manera que se amplíe el apoyo a la planificación familiar.
- Asegurar participación local en la gobernabilidad, por medio de la participación de grupos que representen un amplio espectro de la sociedad, incluyendo a las poblaciones marginadas, como las mujeres indígenas y los jóvenes.
- Expandir el trabajo de extensión comunitaria e incrementar el acceso a los servicios por medio de la capacitación y la colocación de personal adecuado y posiblemente creando incentivos para estimularlo a trasladarse a las áreas rurales.
- Considerar el incremento del acceso a servicios de salud por medio de la contratación de entrega de servicios por parte de los Gobiernos locales y las ONG.

XII. CONCLUSIÓN

La descentralización en América Latina y el Caribe tiene una influencia importante en la manera en que los programas de PF obtienen apoyo político, en la forma en que son financiados y en cómo operan. Aun cuando las experiencias y tipos de descentralización difieren de un país a otro, existen muchas cosas en común en cuanto a los problemas enfrentados y a las soluciones que se han adoptado.

Todos los países han enfrentado retos en mantener el compromiso político y un ambiente político de apoyo a la planificación familiar a nivel nacional, al tiempo que se expande el apoyo de Gobiernos subnacionales y comunidades a la planificación familiar. Los países también han enfrentado nuevas situaciones en el financiamiento de los programas de PF. La descentralización comenzó cuando los donantes internacionales estaban en fase de retiro gradual del apoyo financiero para programas y para insumos. Así, mientras los Gobiernos y los principales actores involucrados han tenido que identificar nuevas fuentes de financiamiento para reemplazar los aportes de los donantes, también han tenido que establecer nuevos sistemas, regulaciones y lineamientos para la distribución de los fondos nacionales, así como para buscar fondos adicionales para cubrir las crecientes necesidades.

Además, la descentralización ha requerido que los Gobiernos subnacionales, las comunidades locales y las organizaciones desempeñen un papel más activo en la formulación, el financiamiento y la gestión de los programas de PF y salud reproductiva. Este cambio ha motivado que los Gobiernos subnacionales se involucren más con la sociedad civil, implementando procesos participativos de planificación y gestión, y expandiendo sus programas de educación y servicio a la comunidad.

En este documento, se revisó una variedad de retos que enfrentan los programas de PF durante el proceso de descentralización en América Latina y el Caribe. También, se discute la forma como los Gobiernos han respondido a estos retos dando pasos para asegurar que los sistemas descentralizados puedan manejar y financiar adecuadamente los programas de PF. En resumen, a continuación se detallan algunos de los lineamientos principales que resultaron del estudio.

Lineamientos seleccionados para apoyar la planificación familiar en ambientes descentralizados

En general

- Procurar entender plenamente los conceptos, la estructura, los procesos operacionales y los potenciales impactos de la descentralización antes de implementarla.
- Establecer políticas, directrices, procedimientos operativos, roles y responsabilidades antes de iniciar la descentralización.

Fortalecimiento del compromiso político y de la abogacía

- Fortalecer el compromiso político a todos los niveles del Gobierno y crear un ambiente político nacional de apoyo de los Gobiernos subnacionales y sus programas de PF.
- Construir capacidad local para la gestión, la administración y el monitoreo y evaluación.
- Definir un enfoque estratégico para compartir información con los niveles subnacionales y preparar planes estratégicos de abogacía.
- Favorecer comités de disponibilidad asegurada de anticonceptivos u otros grupos específicos de trabajo para desempeñar roles de abogacía importantes durante los períodos de la reforma de salud, cambios ejecutivos y legislativos, y revisión programática.

Incremento y asignación del financiamiento

- Desarrollar mandatos de financiamiento para los Gobiernos subnacionales y poner condiciones a las transferencias de recursos financieros de modo que se reserven para planificación familiar.
- Implementar programas de abogacía con funcionarios y gerentes de Gobiernos subnacionales que se enfoquen en la demanda y en los costos y beneficios de los programas de PF.
- Introducir fuentes alternativas de apoyo y financiamiento, tales como beneficios de PF como parte de los planes de seguro y cuotas a los usuarios de mayores ingresos.
- Incluir insumos de PF en la lista básica de medicamentos.
- Usar mecanismos de financiamiento que mejoren la equidad, tales como reservar fondos para grupos de menores ingresos o emplear fondos de promoción de la igualdad, a fin de mover los ingresos fiscales de las áreas más ricas a las áreas más pobres.
- Mantener la supervisión de la compra de anticonceptivos y de los sistemas de financiamiento a nivel nacional, ya que los Gobiernos nacionales pueden asegurar costo-efectividad, controlar la calidad de los anticonceptivos por medio de estándares uniformes, establecer reserva de fondos, negociar arreglos financieros, evaluar las necesidades generales y llevar a cabo una planificación detallada.
- Capacitar a los funcionarios y gerentes subnacionales sobre cómo identificar las fuentes de financiamiento nacionales y regionales, para complementar los presupuestos locales de PF.

Incremento de la demanda y mejora del acceso

- Promover participación multisectorial en los niveles subnacionales respecto a planificación estratégica y gestión/administración de programas locales.
- Demostrar, a la sociedad civil, la necesidad de estos programas y los beneficios de la educación, la información y los servicios de PF; iniciar esfuerzos de abogacía para educar, informar y apoyar a una amplia gama de grupos, incluyendo a las poblaciones marginales.
- Expandir el trabajo de extensión comunitaria e incrementar el acceso a servicios, por medio de la capacitación y la colocación de personal idóneo; y, posiblemente, desarrollar incentivos para animar al personal a trasladarse a las áreas rurales.

ANEXO 1. GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA

Análisis de segmentación de mercado: Este análisis examina cómo se estructura el mercado para la planificación familiar y ayuda a identificar el alcance que tienen diferentes proveedores para servir a segmentos de población variados (con el método anticonceptivo identificable y las opciones de comportamiento del proveedor). El mercado de PF es la interacción de métodos anticonceptivos, consumidores (mujeres en edad fértil entre los 15 y 49 años) y los proveedores que pertenecen al sector de la PF.

Contratación externa: El Gobierno contrata entidades privadas para un servicio específico, en vez de hacerlo dentro de la estructura gubernamental interna (un ejemplo de esto es el servicio de lavandería en establecimientos de salud, el cual puede "contratarse afuera", en una compañía privada, dado que esta, algunas veces, puede hacer el trabajo a un costo menor para el Gobierno que si este lo hiciera por sus medios).

Cuotas de usuario: Cargos realizados en el punto de entrega del servicio por el uso del sistema de salud y productos. Las cuotas pueden configurarse de diferentes formas, dependiendo del establecimiento de salud o del sistema de salud. Se le puede cobrar a un cliente una cuota por visitar al establecimiento, lo cual incluiría todos los servicios y el tratamiento obtenido en ese momento; una cuota por un episodio de enfermedad, el cual incluiría todos los servicios y el tratamiento asociado con al enfermedad a lo largo de varias visitas; o cuotas por separado por cada servicio y tratamiento brindado durante una sola visita. El empleo de la cuota de usuario se refiere también a compartir costos, recuperación de costos o copago.

Delegación. Transferencia de autoridad y responsabilidad de las agencies nacionales hacia organizaciones fuera de su control directo (p. ej. Gobiernos locales o regionales, ONG o entidades semiautónomas).

Demanda: Deseo, capacidad y voluntad de una persona de comprar un producto o servicio. (La demanda de servicios de salud se ve influenciada por los precios y la calidad de los servicios, la conveniencia del lugar donde están los establecimientos de salud, los niveles de ingreso y de educación de los consumidores, así como factores culturales y religiosos).

Descentralización: Proceso que ocurre cuando el poder, la autoridad, la toma de decisiones y la responsabilidad por el sistema político, el económico, el fiscal y el administrativo se mueven del centro a la periferia.

Desconcentración: Transferencia de la autoridad y la responsabilidad de oficinas centrales a oficinas de campo de la misma agencia.

Devolución: Transferencia de autoridad y responsabilidad de agencies nacionales hacia unidades autónomas de gobierno de menor nivel, a través de medidas estatutarias o constitucionales.

Disponibilidad asegurada de anticonceptivos: La disponibilidad asegurada de anticonceptivos existe cuando todas las personas pueden elegir, obtener y utilizar anticonceptivos de calidad cuando lo necesiten.

Equidad: Equidad en salud implica que, idealmente, todas las personas deberían tener una oportunidad igual de alcanzar su potencial pleno de salud y, de manera más pragmática, que nadie debería estar en desventaja para alcanzar dicho potencial, si esto puede evitarse. La equidad se refiere a la creación de iguales oportunidades para la salud y a disminuir las diferencias en salud a su mínimo grado posible.

Espacio de decisión: Rango de control sobre diferentes funciones de salud dado a unidades descentralizadas; de acuerdo a la investigación sistemática aplicada por Bossert (2000a), es probable que varíe de un país a otro. El espacio de decisión está clasificado por Bossert como: estrecho (los que toman decisiones localmente escogen de un menú preaprobado de decisiones); moderado (los que toman decisiones locamente toman un mayor número de decisiones); ancho (los que toman las decisiones localmente toman la mayoría de las decisiones).

Financiamiento de parte de la demanda: Pone el poder adquisitivo en manos de los consumidores para que gasten una cierta cantidad en servicios específicos (con frecuencia, en establecimientos específicos).

Financiamiento del abastecimiento: Tipo de financiamiento en el cual el dinero del público/donante va directamente a los proveedores/abastecedores.

Financiamiento del sector salud. La manera en que el dinero se genera y se gasta, así como la forma en que fluye desde dentro y hacia el sistema de entrega de servicios de salud.

Flujos de recursos: El análisis de los flujos de recursos identifica las fuentes y los usos del dinero para bienes y servicios de PF/SR. Las fuentes primarias de financiamiento para la PF/SR suelen incluir al Gobierno (central y local), agencias donantes, programas de seguro médico, gastos de bolsillo hechos por las personas y a grupos privados (ONG, entidades lucrativas y organizaciones filantrópicas). Los fondos generados por dichas fuentes se usan para pagar diferentes servicios, tales como los relativos a la planificación familiar, a la atención de partos, al cuidado postaborto, al VIH-Sida, a las infecciones del sistema reproductor, y así sucesivamente.

Fondo de coparticipación tripartita: Fondos recibidos de parte del Gobierno central a nivel municipal, a los cuales se les llama “fondos de coparticipación.”

Fondos de promoción de la igualdad: El término “igualdad” se refiere a una metodología de contabilidad, diseñada para asegurar que no solo el administrador de la inversión reciba el incentivo, el desempeño o la cuota compartida de ganancias correctos, sino además que las cuotas de dichos incentivos sean asignadas con justicia entre todos los inversionistas del fondo. En este documento, la creación de fondos de promoción de igualdad se sugiere para redireccionar algunos fondos de municipalidades con más recursos hacia las municipalidades más pobres, basándose en fórmulas de pobreza per cápita y municipal.

Insumos: Bienes o productos, servicios, personal y otros recursos necesarios para llevar a cabo una actividad o un servicio y para el logro de los objetivos programáticos.

Mecanismo financieros alternativos: Diferentes formas de financiar programas y servicios de PF/SR, como el cobro de cuotas o hacer que los servicios de PF/SR sean parte del seguro médico.

Mercado: Es el mercado para un producto o servicio específico definido por sus consumidores y sus proveedores. Para los servicios de PF, el mercado usualmente toma en cuenta a las personas entre 15 y 49 años de edad que están utilizando un método anticonceptivo en la actualidad o que pueden ser usuarios potenciales. Los proveedores se desagregan en tres categorías: Gobierno, sector privado o con fines de lucro (sector comercial) y sector sin fines de lucro (ONG). A la forma en que estos componentes del mercado de PF encajan se le llama “estructura del mercado de PF.”

Mercadeo social: Uso de técnicas de mercadeo comercial para lograr un objetivo social. Las personas que hacen mercadeo social combinan producto, precio, lugar y promoción para maximizar el uso del producto de parte de grupos específicos de población.

Política operacional: Las políticas operacionales son las reglas, regulaciones, códigos, lineamientos, planes, presupuestos, procedimientos y normas administrativas que los Gobiernos usan para traducir las leyes y políticas nacionales en programas y servicios. Las políticas operacionales rigen el "sistema operativo" de los programas de salud pública.

Privatización: Transferencia completa o casi completa de un paquete de servicios, del Gobierno a entidades privadas o con fines de lucro.

Programas condicionales de transferencia de efectivo: Brinda dinero a las familias pobres a condición de que se hagan inversiones en capital humano, como, por ejemplo, enviar a los hijos a la escuela o llevarlos regularmente a los centros de salud.

Programas sociales de seguro: Son las contribuciones sociales que se pagan por parte de los empleados u otros, o por los empleadores a nombre de sus empleados, para asegurar el derecho a beneficios de seguro social en el período actual o subsecuente para los empleados u otros contribuyentes, sus dependientes o sus sobrevivientes.

Programas verticales: En el contexto de la planificación familiar, las estructuras de programas verticales se refieren a organizaciones o programas con el único propósito de brindar servicios de planificación familiar.

Reforma del sector salud: Proceso para reorganizar y mejorar los sistemas de salud, usualmente, haciendo cambios en las prioridades, las políticas, las leyes, las regulaciones y el financiamiento nacionales. El objetivo general de la reforma del sector salud es, con frecuencia, mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia, y asegurar que el sistema sea sostenible a largo plazo.

Seguro médico: Sistema de financiamiento que recolecta dinero de varias personas u organizaciones como un medio para pagar por gastos imprevistos, que usualmente son muy altos, requeridos por algunas personas en el contrato.

Transferencias basadas en fórmulas: Las transferencias basadas en fórmulas se aplican para obtener una asignación sistemática y equitativa de los recursos de los Gobiernos locales. El uso de una fórmula basada en la población y ajustada a los índices de pobreza y otros indicadores para las transferencias intergubernamentales de fondos puede ayudar a incrementar la equidad de la asignación entre ricos y pobres, y entre población rural y población urbana.

ANEXO 2. LISTADO DE LAS PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN

Bolivia

Nombre	Cargo/Área de responsabilidad	Institución
USAID		
Dra. Rocío Lara	Oficial de Programa de Salud	USAID/Bolivia
Magui Morales	Especialista en Descentralización	USAID/Bolivia
Roberto Tejada	Especialista en Descentralización	USAID/Bolivia
Gobierno central		
Alejandro Vargas	Especialista en Descentralización	Viceministro de Descentralización
Ademar Esquivel	A cargo de Salud	Unidad de Política Económica y Social
Dra. Margarita Flores	Director, Seguro Social y de Salud	Ministerio de Salud y Deporte
Lourdes Peralta	Director ejecutivo, CEASS	Ministerio de Salud y Deporte
Dra. Ruth Calderón	Director, Unidad General de Servicios de Salud	Ministerio de Salud y Deporte
Dr. Germán Crespo	Director de Planificación	Ministerio de Salud y Deporte
Municipalidades		
Dr. Víctor Conde	A cargo de salud reproductiva	SEDES, La Paz
Dr. Honorato Calderón	Director	CERES, El Alto
Dr. Ángel Veizaga	Jefe, salud reproductiva	CERES, El Alto
Dr. Miguel Flores	Jefe, planificación	CERES, El Alto
Dra. Rosa Medina P.	A cargo del SUMI	SEDES, Potosí
Dr. Juan Carlos Lacustre Siacara	Director SEDES Potosí	SEDES, Potosí
Dr. Roberto Vargas	Director	SEDES, Santa Cruz
Edgar W. Gutiérrez Apaza	Asesor, Secretaría Departamental de Desarrollo Social	Prefectura de Potosí
Servicios de salud		
Dr. Mario Vera Mendoza	Director del Hospital	Hospital Daniel Bracamonte
Dr. Luis Fernández	Director ejecutivo	PROSALUD
Dra. Haydeé Cabrera	Directora nacional de Mercadeo	PROSALUD

ONG y agencias internacionales		
Patricia Sáenz	Coordinadora logística de insumos y medicinas	Management and Quality, John Snow, Inc.
Dr. Óscar Viscarra	Oficial de Salud	UNFPA
Dr. Óscar Cruz	Director regional, La Paz	PROSALUD
Dr. Johnny López	Director ejecutivo	CIES
Consultores independientes		
Dra. Victoria de Urioste	Ex directora	Cámara de la Industria Farmacéutica Boliviana

México

Nombre	Cargo/Área de responsabilidad	Institución
Ministerio de Salud		
Dra. Patricia Uribe Zúñiga	Directora general	CNEGSR
Dra. Alba Moguel Ancheita	Subdirectora general de Salud Reproductiva	CNEGSR
Dr. Marco Olaya Vargas	Director de Planificación Familiar	CNEGSR
ONG y agencias internacionales		
Dr. Vicente Díaz	Director general	Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM)
Esperanza Delgado Herrera	Directora de Información, Evaluación e Investigación	MEXFAM
Gabriela Rivera Reyes	Oficial de Proveeduría de Salud Reproductiva	UNFPA/México
Dr. Javier Domínguez del Olmo	Asesor de Calidad de Servicios de Salud Reproductiva, Equipo Nacional de Servicios Técnicos para América Latina y el Caribe	UNFPA/México
Estados		
Dra. Sara Carmina Armenta Meneses	Directora, Delegaciones de Salud	Secretaría de Salud, Sinaloa
Olga Martínez	Directora, Programas Prioritarios	Secretaría de Salud, Sinaloa
Dr. Manuel González Bon	Jefe del Departamento de Salud Reproductiva	Secretaría de Salud, Sinaloa
Dr. Rubén Sinagua Acosta	Ex jefe de Planificación Familiar	Secretaría de Salud, Sinaloa
Dra. Jesusa Ofelia Cárdenas Medina	A cargo del programa de Planificación Familiar	Secretaría de Salud, Sinaloa

Da. Ana Cecilia I. Ávila Guzmán	Jefa del Departamento de Salud Reproductiva	Secretaría de Salud, Tabasco
Dra. María Juana López Martínez	Coordinadora de Planificación Familiar	Secretaría de Salud, Tabasco
Dr. Francisco Ugalde Beaxuregard	A cargo del programa *Arranque Parejo en la Vida*	Secretaría de Salud, Tabasco

ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS E IMPACTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA Y MÉXICO

Principales características del proceso de descentralización en Bolivia

El proceso de descentralización: El Gobierno nacional inició una transición abrupta y rápida para transferir responsabilidades de una forma centralizada de gobierno hacia unidades de gobierno subnacionales.

Metas: La reorganización de la estructura de gobierno en tres niveles de toma de decisión (central, prefecturas departamentales, Gobiernos municipales), cada uno con responsabilidades y recursos específicos.

Principales cambios políticos nacionales:

- 1994: La Ley de Participación Popular 1551 redefinió las relaciones políticas locales con el propósito de promover la democracia y la gobernabilidad local. El nivel nacional devolvió autoridad financiera, administrativa y de gestión de manera específica a 314 municipalidades.
- 1995: La Ley de Descentralización Administrativa 1654 estableció departamentos como entes coordinadores entre los niveles nacionales y municipales. El Presidente de la República nombró prefectos para dirigir departamentos, pero, desde 2006, los prefectos se eligen directamente por votación popular.
- 1999: La Ley Municipal 2028 estableció normas y estándares para el control municipal.
- 2001: El Diálogo Nacional 2000 estableció el manejo de la Estrategia de Reducción de la Pobreza para orientar al Estado en la mejora de condiciones de equidad, reducción de la pobreza e incremento de la participación.
- 2006: La Ley Especial de Convocatoria a la Asamblea Constitucional estableció la Asamblea Constitucional con representantes electos democráticamente para crear una nueva constitución más incluyente. Este proceso ha estado estancado debido a la falta de claridad política de cómo crear una nueva constitución incluyente.

Asignación de financiamiento y recursos: Se transfirió un 20% del ingreso nacional del Gobierno nacional hacia las municipalidades por medio de un fondo tripartito de coparticipación. Los desembolsos se realizan con base en la población per cápita.

Asuntos de autonomía: Los Gobiernos locales han experimentado ganancias significativas en su autoridad financiera y en la administración de la infraestructura local.

Acceso: La descentralización ha incrementado el acceso a servicios sociales básicos, en particular para la población rural pobre.

Participación social: Creación de entidades y mecanismos de participación popular, y toma de decisiones y control social; descentralización de los servicios sociales.

Retos: La rapidez de los cambios ha creado confusión respecto a los roles, sin tener una definición clara de las responsabilidades entre los diferentes niveles, y ha creado incertidumbre en asuntos de gobernabilidad. (García Pimentel, 2007; Pinto, 2000; Alcalde, 2004).

Impactos de la descentralización en el sector salud de Bolivia

Cambios en la política de salud: Impacto significativo en la organización, administración e implementación del sector salud.

Los Gobiernos municipales asumen las siguientes responsabilidades:

- Propiedad de los servicios locales de salud pública.
- Toma de decisiones sobre nuevas inversiones en salud.
- Coordinación con el Ministerio de Salud y Deporte sobre decisiones relativas a la asignación y uso de recursos generados localmente para los servicios de salud.
- Administración de los servicios de salud en cada municipalidad en línea con la política nacional de salud y sus prioridades.
- Redes de salud (redes municipales y departamentales).

El Gobierno nacional y los Gobiernos departamentales asumen las siguientes responsabilidades:

- Regionalización de la administración de la salud con base en nuevas divisiones políticas y administrativas.
- Cambio del rol del Ministerio de Salud y Deporte hacia un rol de conducción, con responsabilidades clave sobre estrategia, políticas, planificación y supervisión del programa.
- Cambio del rol de SEDES para articular la política nacional y ayudar en la gestión municipal de la salud.

Seguro médico: Junto al proceso de descentralización, se han adoptado una serie de programas de seguro médico para mejorar la salud materno-infantil de los pobres. La legislación relativa a este tema incluye lo siguiente:

- 1996: El Decreto Supremo n.º 24303, Seguro Nacional Materno-Infantil, fue diseñado para mejorar la salud materno-infantil y fue establecido para cubrir los servicios médicos de mujeres embarazadas y de niñas y niños hasta los 5 años de edad. Este seguro es financiado por el fondo de coparticipación tripartita transferido a las municipalidades.
- 1998: El Decreto Supremo n.º 25265, Seguro Médico Básico, fue establecido para mejorar la salud materno-infantil y las condiciones relevantes de la población pobre, ofreciéndoles un paquete básico de servicios de alto impacto y bajo costo, como la PF/SR. Este seguro es financiado por el fondo de coparticipación tripartita asignado a un Fondo Compensatorio de Salud en cada municipalidad para cubrir costos adicionales de los insumos.
- 2002: La Ley del SUMI n.º 2426 incrementó la cantidad de servicios cubiertos y el número de beneficiarios (con el objetivo de incluir a todos los niños, las niñas y las mujeres en edad fértil) para reducir la mortalidad materna. No ha cubierto todos los servicios (p. ej. anticonceptivos y otros servicios). Los recursos humanos son financiados por la Tesorería Nacional. El 10% de los recursos proviene de los Fondos de Participación Popular (impuestos sobre bienes y servicios). Hasta un 10% de los recursos viene de una Cuenta Especial (bienes y servicios).
- 2002: El Decreto Supremo n.º 26873, Sistema Único de Logística, estableció normas para un sistema nacional de logística.
- 2007: El Seguro Universal de Salud es anunciado por el Presidente de la República para cubrir a todos los niños y niñas hasta los 21 años en la primera fase. La segunda fase cubrirá a todas las personas hasta la edad de 51 años. Las leyes, normas y regulaciones que gobiernan este nuevo programa se encuentran todavía en el Parlamento.

Impacto en programas de seguro médico: Incremento en el acceso a cuidado prenatal y partos institucionales, y reducción de la mortalidad materna; pero con implementación diferenciada y con limitada capacidad operacional, de infraestructura y de abastecimiento en las municipalidades más pobres.

Todavía se requiere de asistencia técnica, capacitación, mejor difusión de las normas y estándares, mejorar el entrenamiento en PF/SR y el uso de anticonceptivos, y apoyo para mejorar la gestión administrativa.

Cambios en el financiamiento del sector salud: Se han establecidas nuevas fuentes de financiamiento de los servicios de salud a nivel municipal.

Cambios en el acceso: Se ha incrementado significativamente el acceso con el establecimiento del seguro médico.

Cambios en la participación social: La institucionalización de la participación popular por medio de incentivos en el control sobre la asignación y la utilización de los fondos de coparticipación tripartita. Establecimiento de mecanismos de participación popular en la planificación.

Retos: Poca capacidad de planificación. Coordinación inefectiva entre las agencias nacionales, prefecturas y agencias municipales. Muchos cambios en el personal de salud. Los recursos financieros no son suficientes en algunas municipalidades. La capacidad de gestión administrativa de municipalidades pequeñas es extremadamente limitada (García Pimentel, 2007; Pinto, 2000; Alcalde, 2004).

Características principales del proceso de descentralización en México

Proceso de descentralización: Se hizo escalonadamente en dos fases.

- La primera fase, 1984–1988, estableció las bases para la descentralización. Se le dio a los estados la opción de descentralizar o de continuar bajo el régimen del Gobierno federal. Catorce de treinta y dos estados participaron en la descentralización.
- La segunda fase, 1995–2000, fue iniciada por los estados, solicitando el poder para planear, presupuestar, ejecutar y asignar recursos. El Gobierno nacional transfirió gradualmente las responsabilidades a los estados, pero sin ceder por completo el poder para tomar decisiones a todos los niveles. Se dio prioridad a la transferencia de recursos financieros y a la definición de líneas operativas para los servicios sociales.

Principales cambios políticos nacionales:

- 1983: Decreto presidencial establece la descentralización.
- 1984: Ley General de Salud en derechos de la salud se establece para modernizar los servicios y promover la descentralización y la desconcentración.
- 1997: Decretos presidenciales definen el “nuevo federalismo” y el rol de “las instituciones públicas descentralizadas”.

Asignación de financiamiento y recursos: Patrón de devolución financiera.

Asuntos de autonomía: México es un sistema federal. Cada jurisdicción tiene su propia soberanía para establecer mecanismos de toma de decisión, según lo permite la estructura federal.

Participación social: La participación social en áreas rurales fue introducida con la descentralización, pero no fue su principal objetivo.

Retos: El enfoque escalonado facilitó la transición hacia la descentralización, pero equilibrar el poder de los Gobiernos nacionales, estatales y locales ha sido difícil (Egremy, 2007; Alfaro, 2000).

Impactos de la descentralización en el sector salud de México

Cambios en las políticas de salud: México se ha movido para acelerar la descentralización de su sector de salud de acuerdo al Programa de Reforma del Sistema de Salud 1995–2000.

- 1996: La Secretaría de Salud firmó convenios permitiendo a las entidades federales operar autónomamente en los estados, identificando prioridades en el nivel local y comprometiendo al Estado a participar en la administración y la responsabilidad de los niveles municipales. Los acuerdos específicos fueron el Convenio Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud y el Convenio de Coordinación para la Descentralización Completa de los Servicios de Salud.
- 1997: Reformas a la Ley Nacional de Salud y la Ley de Seguridad Social, conjuntamente con los decretos presidenciales sobre "nuevo federalismo," y el rol de "las instituciones públicas descentralizadas" que reforzaron los convenios hechos previamente.
- Para 1999: Los estados eran responsables de administrar más del 70% de sus presupuestos de servicios de salud.

Financiamiento del sector salud: El Gobierno federal se mantiene como la principal fuente de financiamiento. Los funcionarios de Gobiernos estatales y locales electos son responsables de la planificación local, de la implementación de programas, de asegurar que los recursos sean dirigidos a las necesidades locales de salud y de presentar los planes y los presupuestos a las legislaturas estatales respectivas. Las legislaturas estatales entonces aprueban o enmiendan planes y presupuestos. Los niveles nacionales, estatales y municipales comparten la responsabilidad por los fondos y las fuentes de financiamiento de los servicios de salud. En 2004, México gastó 6.6% del producto interno bruto en salud.

Una enmienda que se hizo a la Ley Nacional de Salud tiene como mandato dos líneas presupuestarias—una para anticonceptivos y otra para servicios de PF—con el objetivo de asegurar que los Gobiernos estatales puedan financiar adecuadamente la planificación familiar. En 2000, esta regulación fue revisada y se incorporaron los anticonceptivos y la planificación familiar como rubros de líneas presupuestarias en una categoría más general de servicios médicos, lo cual da a los Gobiernos estatales más flexibilidad con sus asignaciones de presupuesto.

El reciente subanálisis del gasto en PF/SR, de acuerdo a las Cuentas Nacionales de Salud, ha demostrado que hay un promedio anual de incremento en los gastos del 2.4% en términos reales entre 2003 y 2005. Esto se debe, principalmente, a un incremento en el gasto público relacionado con el Seguro Popular y el nuevo Fondo de Protección contra Gastos durante Catástrofes. Mientras que el gasto de salud pública en salud reproductiva se ha incrementado, el gasto de bolsillo doméstico ha disminuido.

Seguro médico: Se ha desarrollado un Seguro Popular como parte del sistema de protección social de la salud. México también está lanzando un *Seguro Médico para una Nueva Generación,* con el fin de dar cobertura universal a la niñez. El programa de alivio a la pobreza, "Oportunidades," también ha sido un fuerte componente del programa de Salud. Los servicios de PF se limitan solamente a la distribución de condones.

Acceso: Por ley, México garantiza acceso gratuito a los anticonceptivos. Caravanas móviles de salud se han utilizado para llegar a los lugares menos accesibles.

Participación social: Es necesario fortalecer la participación y la coordinación comunitaria, particularmente, la participación de las ONG en estados rurales pobres.

Retos: El programa de Reforma del Sistema de Salud se propuso abordar las deficiencias en el proceso de descentralización. Estas deficiencias incluyen la limitada capacidad local para tomar decisiones acerca de la utilización de los recursos, la definición imprecisa de las responsabilidades y las desigualdades en la distribución del presupuesto federal (Egremy, 2007; Alfaro et al., 2000; Alkenbrack y Shepherd, 2005).

ANEXO 4. PASOS CLAVE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ENFOQUE INTEGRAL DE ABOGACÍA DURANTE EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN[3]

Paso 1: *Formar grupos estratégicos de trabajo* a nivel nacional, estatal y municipal, con representación diversa de los sectores público y privado, ONG, grupos de la sociedad civil y líderes comunitarios.

Paso 2: *Llevar a cabo un análisis de situación* que cubra factores clave de PF/SR y acceso a servicios; factores de población y probabilidad de demanda de PF/SR a futuro; impactos de la descentralización y la integración si aplica; identificación de nuevos tomadores de decisión y actores clave; normas, roles y desigualdades de género; los roles de los diferentes sectores; y el ambiente político local.

Paso 3: *Establecer metas, objetivos e indicadores de desempeño claros,* específicamente, para hacer abogacía a diferentes niveles y detectar el foco del reposicionamiento de la PF/SR.

Paso 4: *Identificar públicos clave* a nivel nacional, estatal y municipal.

Paso 5: *Construir apoyo y fortalecer las relaciones* por medio de tácticas de formación de redes, asocios con organizaciones de la sociedad civil y vínculos con el Ministerio de Salud y otras organizaciones gubernamentales.

Paso 6: *Desarrollar mensajes* dirigidos a públicos específicos para abordar sus inquietudes y los vacíos de información existentes, y desarrollar un enfoque apropiado para dicho público.

Paso 7: *Seleccionar canales de comunicación* para difundir los mensajes, con productos diseñados de acuerdo a la audiencia para llegar a ella y captar su atención.

Paso 8: *Desarrollar planes de acción* que definan actividades, responsabilidades, tiempos para finalización, apoyo requerido y rendición de cuentas por el trabajo.

Paso 9: *Monitorear y evaluar* para determinar el avance, revisar las estrategias según sea necesario e identificar lecciones aprendidas y el impacto, a fin de ofrecer evidencia para los siguientes pasos.

---

[3] Adaptado de Proyecto POLICY. 2005. Fortaleciendo las políticas y programas de planificación familiar en países en desarrollo: Herramientas para la abogacía. Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro, M., E. González, F. Hernández, M. Kincaid. 2000. "Mexico Case Study." *Health Reform, Decentralization, and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health.* Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

Alcalde, G. 2004. "Designing Reforms: Decentralization Programs in Peru and Bolivia." *LBJ Journal of Public Affairs* Fall 2004:16(1).

Alkenbrack, S., y C. Shepherd. 2005. *Lessons Learned from Phaseout of Donor Support in a National Family Planning Program: The Case of Mexico.* Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

Alkenbrack, S. 2006. "Strengthening Contraceptive Security in Decentralized Settings." *Policy Issues in Planning and Finance* No. 6. Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

Arredondo, A., E. Orozco, E. De Icaza. 2005. "Evidence on Weaknesses and Strengths from Health Financing after Decentralization: Lessons from Latin American Countries." *International Journal of Health Planning and Management* 20(2): 181–204.

Birn, A.E., S. Zimmerman, y R. Garfield. 2000. "To decentralize or not to decentralize, is that the question? Nicaraguan health policy under structural adjustment in the 1990s." *International Journal of Health Services* 30(1): 111–28.

Bossert, T.J. 2000a. *Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems in Latin America*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, LAC Health Sector Reform Initiative.

Bossert, T.J. 2000b. *Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia.* Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, LAC Health Sector Reform Initiative.

Bossert, T.J. y F. Mier Ruiz. 2000. *Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Bolivia Case Study.* Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, LAC Health Sector Reform Initiative.

Brinkerhoff, D., y C. Leighton. 2002. "Decentralization and Health System Reform." *Insights for Implementers.* Bethesda, MD: Abt Associates Inc., Health Reform plus Project.

Egremy, G. 2007. "Concept Note on Impact of Decentralization on Reproductive Health in Mexico." Mexico City: Constella Futures, Health Policy Initiative.

Ensor, T., y J. Ronoh. 2005. "Impact of Organizational Change on the Delivery of Reproductive Services: A Review of the Literature." *International Journal of Health Planning and Management* July–September 20(3): 209–25.

Garcia Pimentel, F. 2007. "Concept Note on Impact of Decentralization on Reproductive Health in Bolivia." La Paz: Constella Futures, Health Policy Initiative.

Hardee, K., M. Bronfman, T. Valenzuela, y W. McGreevey. 2000. "Promoting Partnership and Participation in the Context of Decentralization to Improve Sexual and Reproductive Health in Latin

America and the Caribbean." In *Health Reform, Decentralization, and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health.* Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

Iniciativa de Políticas en Salud (IPS), Orden de Trabajo 1. 2006. "Cumpliendo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio". Presentación en seminario de IPS en Washington, DC, el 10 de octubre.

Homedes, N., y A. Ugalde. 2005. "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(3): 210–220.

Homedes, N., y A. Ugalde. 2006. "Reformas neoliberales en los servicios de salud de América Latina: una mirada crítica desde dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Pública* 19(1): 64–5; respuesta del autor 65-7.

Entrevistas, El Alto. 2007. Dr. Honorato Calderón, director; Dr. Ángel Veizaga, jefe, Salud Reproductiva; Dr. Miguel Flores, jefe, Planificación, CERES, El Alto.

Entrevistas, México DF. 2007. Dra. Alba Moguel Ancheita, directora general de Salud Reproductiva; Dr. Marco Olaya Vargas, director de Planificación Familiar, Centro Nacional para la Equidad de Género y la Salud Reproductiva.

Entrevistas, SUMI. 2007. Lic. Patricia Sáenz, coordinadora logística del SUMI, La Paz, abril 26.

Entrevistas, UNFPA. 2007. Dr. Javier Domínguez del Olmo, asesor de calidad de servicios de Salud Reproductiva, Equipo Técnico de Servicios Técnicos para América Latina y el Caribe, México, 2007.

Kincaid, M., T. Valenzuela, y S. Alliaga. 2000. "Promoting Successful Participatory Decentralization: Lessons Learned from Policy Activities." *Health Reform, Decentralization, and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health.* Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

La Razón. 2007. "Cinco regiones se reúnen para discutir el seguro". Tomado el 31 de marzo de 2008, de www.la-razon.com/Versiones/20070720_005973/nota_250_456040.htm.

Langer, A., G. Nigenda, y J. Catino. 2000. "Health Sector Reform and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links." *Bulletin of the World Health Organization*. 78(5): 667–76.

Levine, R., A. Glassman, y M. Schneidman, 2001. "Women's Health and Health Sector Reform: Synergies and Risks." *The Health of Women in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: World Bank.

Lubben, M., S.H. Mayhew, C. Collins, y A. Green. 2002. "Reproductive Health and Health Sector Reform in Developing Countries: Establishing a Framework for Dialogue." *Bulletin of the World Health Organization* 2:80(8): 667–74.

Menotti, E., y S. Sharma. 2007. Using Data and Information to Advance Contraceptive Security in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Constella Futures, Health Policy Initiative, Task Order 1.

Merino, L., C. Cisek, M. Montenegro, y L. Casteneda. 2000. "Guatemala Case Study." *Health Reform, Decentralization, and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health.* Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

Lubben, M., S.H. Mayhew, C. Collins, y A. Green. 2002. “Reproductive Health and Health Sector Reform in Developing Countries: Establishing a Framework for Dialogue.” *Bulletin of the World Health Organization* 2:80(8): 667–74.

Moreland,S., y S. Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning.* Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

Consejo Nacional de Salud. 2007. “*Acuerdos de la Primera Reunión Ordinaria*, 3/22/2007.” Tomado el 2 de abril de 2008 de http://www.cns.salud.gob.mx/interior/acuerdos_1_cns_2006_2012.pdf.

Noticias Departamentales. 2007. Tomado el 31 de marzo de 2008 de www.boliviaprefectural.org/noticias_proc.asp?ID=278.

Pan American Health Organization/Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). 2007. *Health in the Americas, 2007 Edition.* Washington, DC: PAHO.

Pinto, G., S.A. Alliaga, V. Dayaratna, C. Pedregal, y B. Murillo. 2000. “Bolivia Case Study.” *Health Reform, Decentralization, and Participation in Latin America: Protecting Sexual and Reproductive Health.* Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project.

Rondinelli, D.A., J.R. Nellis, S. Cheema. 1984. “Decentralization in Developing Countries: A Review of Recent Experiences.” *World Bank Staff Working Papers* No. 581. Washington, DC: World Bank.

Sanchez, A., W. Abramson, N. Olson, y N. Quesada. 2006. *Decentralizing and Integrating Contraceptive Logistics Systems in Latin America and the Caribbean: Considerations for Informed Decision Making throughout the Health Reform Process*. Arlington, VA: John Snow Inc, DELIVER Project.

Seguro Popular: Medicamentos. 2008. Retrieved March 31, 2008, from www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/menu_medicamentos/lista_medicamentos_2007.pdf.

United Nations Population Fund/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2000. “UNFPA and Government Decentralization: A Study of Country Experiences.” *Evaluation Findings* Issue 30 (June). New York: Office of Oversight an Evaluation.

World Bank/Banco Mundial. 2004. *Health Sector Reform in Bolivia: A Decentralization Case Study*. Washington, DC: World Bank.

World Health Organization/Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS). 2000. *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance.* Ginebra: WHO.

Health Policy Initiative, Task Order 1
Constella Futures
One Thomas Circle, NW, Suite 200
Washington, DC 20005 USA
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
Email: policyinfo@healthpolicyinitiative.com
http://ghiqc.usaid.gov
http://www.healthpolicyinitiative.com