

¹ Magister en Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Jefe de Programa de Magister en Administración en Salud. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia:
csonate@uc.cl

Recibido: 26-10-2023

Aceptado: 07-10-2024

Publicado: noviembre 2024

DOI: 10.5354/0719-5281.2024.72196

DESCENTRALIZACIÓN: ¿LA VÍA PARA LOGRAR UNA SALUD EQUITATIVA EN CHILE?

DECENTRALIZATION: THE PATH TO ACHIEVING EQUITABLE HEALTHCARE IN CHILE

Camilo Oñate-Schneider¹, Fernando Poblete-Arrué²

RESUMEN

Introducción: La descentralización en los sistemas de salud implica transferir responsabilidades, recursos y autoridad desde un nivel de gobierno a uno inferior. Esto puede tener un impacto significativo en la salud de la población, considerándose como una solución para abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica en distintas regiones de Chile, por lo que se buscó determinar el efecto de la descentralización en la equidad de un sistema de salud.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistematizada utilizando la matriz PRISMA y se exploró la evidencia actual en diversos buscadores de información. El análisis se centró en los efectos de la descentralización en la equidad en salud, considerando el abordaje del espacio de decisión.

Resultados: Ante las dificultades para relacionar y extrapolar los diferentes contextos y metodologías utilizados en los estudios, se observa que el impacto de la descentralización está determinado tanto por la cantidad de responsabilidad y poder otorgado a los niveles de gobierno inferiores, como por su capacidad para gestionar estas nuevas responsabilidades. Además, las características políticas, económicas y sociales del lugar intervenido también influyen en este impacto.

Discusión: Aunque es complejo comparar diferentes sistemas de salud y sus características, las similitudes observadas pueden servir como punto de partida para desarrollar evidencia que facilite la implementación de reformas en el sistema de salud, quedando aun el desafío de cuantificar el impacto de estas políticas. Esta investigación proporciona un acercamiento a comprender cómo abordar este elemento complejo y potencialmente beneficioso en los sistemas de salud.

Palabras claves: Salud Pública; Equidad en Salud; Política de Salud; Sistema de Salud; Políticas, Planificación y Administración en Salud.

ABSTRACT

Introduction: Decentralization in healthcare systems involves transferring responsibilities, resources, and authority from a higher level of government to a lower one. This can have a significant impact on the health of the population and is considered a solution to address inequalities in access to healthcare in different regions of Chile. Therefore, the aim of this study was to determine the effect of decentralization on equity in a healthcare system.

Materials and Methods: A systematic review was conducted using the PRISMA matrix, and current evidence was explored through World of Science (Core Edition) search engine. The analysis focused on the effects of decentralization on health equity, considering the decision-making framework.

Results: Given the difficulties in relating and extrapolating the different contexts and methodologies used in the studies, it is observed that the impact of decentralization is determined by both the amount of responsibility and power granted to lower levels of government and their ability to manage these new responsibilities. Additionally, the political, economic, and social characteristics of the intervened area also influence this impact.

Discussion: Although comparing different healthcare systems and their characteristics is complex, the observed similarities can serve as a starting point for developing evidence that facilitates the implementation of healthcare reforms. However, the challenge remains to quantify the impact of these policies. This research provides an approach to understanding how to address this complex and potentially beneficial element in healthcare systems.

Keywords: Public health; Health equity; Health system; Health Policy; Health Care Economics and Organizations.

INTRODUCCIÓN

La correcta integración y articulación de la red de salud de un sistema de salud es uno de los elementos vitales para lograr una salud más equitativa entre distintas regiones, y con esto mejorar la salud de la población.

Este elemento forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), propuestos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2015. Estos objetivos son una representación de los desafíos que los países y subregiones de América deben abordar para construir un mundo más justo, equitativo e inclusivo. Los ODS buscan promover el desarrollo social, el crecimiento económico sostenido e inclusivo, así como la protección del medio ambiente¹. Con 17 objetivos a alcanzar para el año 2030, abarcan diversos sectores que trabajan de manera integral para superar los retos sociales, económicos, ambientales y gubernamentales^{2,3}.

Entre estos, se destaca el objetivo 10 “Reducir la desigualdad en los países y entre ellos”, el que indica que tanto entre países, como dentro de estos, se observan desigualdades basadas en la clase, origen étnico, religión –entre otros elementos– que terminan resultando en oportunidades desiguales entre individuos de una misma sociedad^{4,5}.

Equidad

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias sistemáticas y potenciales en uno o más aspectos de la salud de la población o un grupo que está definido social, económico, demográfico o geográficamente⁶.

Otro concepto es el de inequidades en salud, definido como: “Las diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas, como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a servicios y bienes”⁷. Lo complejo de estas definiciones es que a la hora de medir o controlar este factor, su carácter normativo dificulta la forma de ser abordado.

En Chile, se observan diversas disparidades entre regiones, derivadas de brechas económicas, sociales, gubernamentales y administrativas^{8,9}. Además, factores como la educación, el género y la ubicación (urbana o rural) contribuyen a estas diferencias en términos económicos y de desarrollo de la población¹⁰. Estas disparidades, a su vez, dificultan el logro de una cobertura equitativa en el ámbito de la salud¹¹. Se comprende que los servicios otorgados por regiones tienden a ser heterogéneos, producto de distintos requisitos de salud de la población, diferenciando a la atención otorgada en cada organismo de salud¹².

La inequidad también se observa en la distribución de trabajadores de salud, en donde los médicos a nivel regional en Chile presentan una diferencia de 2,86 en el indicador de densidad de médicos, enfermeras y matronas por cada 1,000 habitantes entre las regiones de menor y mayor resultado, siendo estas la región de O’Higgins (2,56 por cada 1,000 habitantes) y la región de Aysén (5,42 por 1,000 habitantes). Mientras que en la densidad de médicos especialistas del sector público por cada 1000 habitantes, se observa a la región del Maule y de

Atacama como las con menor densidad (0,46 por 1,000 habitantes) y la región Metropolitana como la con mayor (1,35 por 1,000 habitantes), pudiendo originarse esto por la estructura y organización nacional y subnacional, influenciado por la centralización del sistema de salud nacional¹⁰.

Al comparar el caso chileno con otros países de la OCDE, los indicadores fiscales revelan una centralización marcada, con un sector municipal debilitado y un rol limitado. La disparidad interregional y local es evidente, careciendo de los recursos necesarios para lograr una real autonomía¹². Esta debilidad de los gobiernos subregionales se traduce en capacidades limitadas para la toma de decisiones y una falta de recursos, como se refleja en el reducido porcentaje de gastos públicos destinados a los municipios, especialmente en comparación con otros países de la OCDE.

Aunque se destaca el desarrollo de políticas nacionales de integración que fomentan la colaboración entre diferentes organismos de salud para mejorar la eficiencia, continuidad y calidad de la atención a los usuarios¹³, estos cambios también presentan desafíos significativos. Abordar la administración pública implica la participación de diversos actores en los procesos de toma de decisiones, intercambio de información y opiniones sobre capacidad y dirección. Esto resulta en un panorama político complejo¹⁴.

Descentralización

El desarrollo de variadas políticas y organizaciones del sistema de salud aluden a reducir estas desigualdades, como han sido, entre muchas otras, la redistribución de la relación público-privado en el sistema de salud, la integración vertical del sistema, diversidad en el financiamiento de los cuidados de salud⁶. En este contexto se ha propuesto el análisis del nivel de descentralización del sistema de salud como una medida útil para lograr una atención en salud más equitativa¹⁵.

La descentralización se define como “Proceso de reforma del estado compuesto por un conjunto de políticas públicas que transfieren responsabilidades, recursos o autoridad de los niveles más altos de gobierno a los más bajos”¹⁶. Todo sistema de salud presenta un grado de descentralización, el cual define como están distribuidas las responsabilidades y jurisdicciones del nivel nacional y subnacional. Siendo su efecto influenciado por las prioridades políticas nacionales, y limitado por la escala de la población y el costo de los servicios en diferentes áreas geográficas. Las capacidades locales también pueden limitarse por la distribución inequitativa de recursos, pudiéndose otorgar mayores responsabilidades en financiamiento y abastecimiento, pero sin aumentar los recursos disponibles, lo que hace más compleja la mantención de esta clase de estructuras¹⁷.

En el caso de Chile, se ha optado a utilizar un modelo económico neoliberal, el cual limita la intervención pública, junto a un modelo centralista de administración política que conforma una unidad nacional centralizada y estable y eficiente económicamente. Este enfoque centralista se percibe en la diferencia entre el porcentaje de gastos públicos totales en relación con el porcentaje de gastos subnacionales (expresado como porcentaje

de PIB). Esta proporción coloca a Chile como una nación con un bajo gasto público en relación con los gastos totales nacionales, lo que señalaría un bajo grado de descentralización¹².

La literatura distingue tres distintos grados de autonomía que pueden ser abordables en la descentralización^{8,18}:

- **Desconcentración:** Derivación de responsabilidades administrativas desde un nivel nacional a uno subnacional (como la transferencia de responsabilidades del Ministerio de Salud a las autoridades sanitarias regionales o locales).
- **Delegación:** Transferencia de poderes administrativos o de desarrollo de políticas a niveles menores de gobernanza. La autoridad y las responsabilidades pueden ser transferidas desde un Ministerio de Salud hasta entidades que pueden no estar bajo directa supervisión de esta.
- **Devolución:** Transferencia de poderes políticos desde los gobiernos nacionales a gobiernos territoriales autónomos.

La descentralización se asocia al aumento de la autonomía local en la asignación de recursos y una mejor distribución, lo que, con un enfoque de gobierno más cercano a la localidad, ayudaría a otorgar servicios públicos más adecuados para las necesidades específicas de la zona. Esto podría responder a las consecuencias de una entrega de bienes y servicios centralizados y homogéneos, lo que limitaría a las poblaciones locales a recibir lo que ellos perciben como necesario^{6,19} como también el aumento en la demanda de mejora de la calidad de atención en salud de parte de los tomadores de decisiones, debido a que su mayor cercanía con la población tiende a responder en mayor medida a las preferencias de la población²⁰ y una mayor flexibilidad al abordar sus funciones²¹.

Varios factores necesitan ser abordados para comprender el efecto económico de estas políticas, debido a que estas políticas significan un aumento en los gastos en salud que conlleva una mejoría en los resultados en salud, como es el caso de la mortalidad infantil. En contraparte con la toma de decisión centralizada, que tiende a ser menos costosa en comparación con sistemas con mayores grados de descentralización¹⁷.

Se observan variados riesgos que acompañan a este aumento de la descentralización. Las burocracias centralizadas tienden a ser más eficientes que las locales, debido a que estas atraen personas más calificadas debido al tener una mayor capacidad de inversión. La distribución de recursos según distintas zonas, beneficiaría a las regiones con mayores recursos e ingresos, debido a que estas atraerán mayores inversiones que las otras y exacerbaría las desigualdades ya presentes⁹ y el riesgo de que la estabilidad macroeconómica nacionales pueda afectarse por las decisiones fiscales de los gobiernos locales. El enfoque centralizado también estimula la búsqueda de metas nacionales, facilitando el logro de buscar cierto piso de bienestar transversal a la nación, siendo objetivos difíciles de lograr si son abordados como objetivos públicos locales^{8,9}.

Espacio de decisión

Una forma en que se percibe este impacto de la descentralización es mediante el abordaje presentado por T. Bossert²², el cual asocia las políticas de descentralización con tres conceptos

claves: Espacio de decisión (cuántas opciones son transferidas desde una institución central a una periférica); Innovación (las opciones de estos tomadores de decisiones con su mayor discreción); y Desempeño (qué efecto tienen estas opciones sobre el desempeño del sistema de salud). Estos conceptos se levantan como un marco de análisis útil para analizar la descentralización, ya que abordan a este elemento como un proceso más que un fin, el cual requiere ser evaluado y diseñado para lograr sus objetivos más amplios, incorporando la relevancia de las características del tomador de decisión responsable a la hora de analizar este fenómeno²³.

Por ello se aprecia que este tipo de políticas lograría una mejor asignación de bienes públicos locales, con un funcionamiento del gobierno más eficiente y equitativo. En consecuencia, con beneficios de la ciudadanía en la administración y cobro de bienes y servicios. Desarrollando una mayor participación ciudadana en las políticas públicas, de la mano de un gobierno local con mayores incentivos para innovar y realizar cambios personalizados. Se reducen las tensiones regionales al fomentar una mayor estabilidad y colaboración entre los líderes políticos y un aumento de personalidades independientes a partidos políticos que participarían en esta clase de procesos^{8,17,19}.

La descentralización puede producir una distribución más equitativa de los recursos a nivel nacional asociado a una distribución más equitativa de los servicios otorgados¹⁵, lo que entrega un primer acercamiento a la capacidad de poder analizar una situación nacional con los datos pertinentes y un desarrollo metodológico acorde a los efectos esperados.

Pero es importante entender que la capacidad de aumentar la independencia y la toma de decisiones dentro de cada institución sub gubernamental, aún con una decisión unánime de descentralización, depende de la experiencia e interpretaciones de los tomadores de decisiones y quienes interactúan con la red asistencial. Limitando así su capacidad de toma de decisión y autonomía, siendo esta misma percepción de sus propias capacidades una causante de la misma falta de autonomía²⁴.

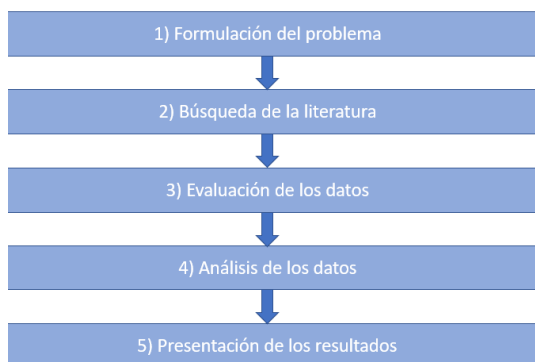
Este estudio tiene como objetivo el comprender cual es el efecto de la descentralización en la equidad de un sistema de salud. Se trata de una primera aproximación a los mecanismos por los cuales se produce este efecto, comprendiendo la dificultad y complejidad a la hora de deducir el impacto de las políticas de descentralización

MATERIALES Y MÉTODOS

Por la complejidad de evaluar el nivel y calidad de la descentralización producto del requerimiento de un abordaje multidisciplinario, se ha elegido la metodología de revisión sistematizada como la óptima para el abordaje de la temática. Este tipo de revisión busca incluir uno o más elementos de una revisión sistemática, como es la búsqueda de evidencia y el poder desarrollar un abordaje de esta desde múltiples contextos del mundo, al igual que el poder facilitar el enfocar la búsqueda de información y análisis al área de la salud pública. Pero producto de las limitación en relación a la cantidad de revisores y los plazos para realizar el análisis de la muestra y desarrollo

de resultados, se utilizó esta metodología más reservada, buscando el desarrollo de esta revisión de forma organizada para transparentar el proceso de selección de los artículos abordados y las decisiones tomadas durante la revisión²⁵.

Con la metodología definida, la investigación será llevada a cabo en las siguientes etapas²⁶:



Instrumento

Para organizar el proceso de selección de la muestra a evaluar se utilizará el esquema presentado por la declaración PRISMA, diseñada como un documento que ayude a transparentar el proceso que realiza los autores de una revisión y sus descubrimientos en revisiones sistémicas y metaanálisis. Mediante el flujograma estandarizado, se presenta el proceso de selección de los estudios a ser elegidos para el análisis final del estudio²⁷.

Selección de artículos

Por la cantidad de investigadores y tiempo disponibles, el proceso de revisión de evidencia se realizó únicamente en el buscador de “The Web of Science” en su base de datos “Core Collector”, ya que presenta una herramienta de búsqueda avanzada, la disponibilidad de idiomas y la accesibilidad otorgada por la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

Se utilizaron distintas combinaciones de palabras claves para la búsqueda de la evidencia. Las palabras fueron extraídas de los vocabularios terminológicos MeSH en inglés y DeCS en español, como la incorporación de conceptos de los grados de descentralización presentados. Estas palabras fueron agrupadas en 4 grupos, los cuales fueron organizados mediante la estrategia PIO para plantear una pregunta de investigación, incorporando el concepto de “Salud Pública” / “Public Health” para dirigir la evidencia al área de estudio de esta tesis de magister (Anexo 1).

Cada una de las palabras de cada grupo serán articuladas mediante el articulador booleano [OR], para así asociar a los cuatro grupos mediante el articulador [AND], realizando esta búsqueda en el idioma inglés y español dentro del motor de búsqueda, limitando la antigüedad de los artículos seleccionados a un máximo de 10 años de antigüedad.

Criterios de selección de muestra

Criterios de inclusión

- Artículos disponibles en: The Web of Science (Core Collection).
- Artículos publicados en: español, inglés.
- Criterios de exclusión
- Artículos con más de 10 años de antigüedad.
- Artículos que no aborden la descentralización desde la perspectiva de salud.

Análisis

Comprendiendo que los estudios en la salud pública no tienden a ser abordados en casos individuales sino que a nivel poblacional, lo que dificulta el análisis de la calidad de evidencia²⁸, se decidió desarrollar un análisis deductivo e inductivo con foco en abordar la evidencia encontrada según el marco de análisis de “Espacio de decisión, Innovación y desempeño” propuesto por T. Bossert²². Al comprender la asociación presentada por el autor entre la capacidad de toma de decisiones y el desarrollo de una salud más equitativa, se procedió a analizar los hallazgos de la revisión. Estos fueron clasificados según las diversas funciones del espacio de decisión definido por Bossert, donde cada función representa una categoría de actividades o funciones en las cuales los tomadores de decisión tienen más margen de intervención. Este enfoque facilita la comprensión de las diferencias en la aplicación y el impacto de los distintos contextos presentes en la evidencia recopilada. Estas funciones son:

- Financiamiento
- Organización de los servicios
- Recursos humanos (RR.HH.)
- Reglas de acceso
- Reglas de gobernanza

Dentro del análisis se percibió que la evidencia actual pudiera no ser suficiente para realizar una comprensión de un contexto particular que se pudiera presentar en los artículos, por lo que se enfoca el abordaje en la detección de hallazgos respecto al impacto de la descentralización y cómo esto se ve condicionado por diversos factores en los distintos contextos, presentando los distintos efectos descubiertos en la evidencia y buscando formar una comparación de aquellos casos que presenten mayor cercanía o similitud.

Matriz de extracción de información

En cada uno de los estudios seleccionados la información se registró y organizó dentro de una matriz de extracción según las variables bibliométricas, características de su metodología, dimensión de descentralización que aborda, definición de descentralización utilizada en el estudio²⁹, como también la incorporación de las funciones presentadas según el análisis propuesto³⁰.

RESULTADOS

La búsqueda inicial de evidencia se llevó a cabo el 21-04-2023, mediante el desarrollo de 2 consultas dentro del motor de búsqueda. Estas consultas se realizaron con el objetivo de segmentar la búsqueda de evidencia, combinando palabras tanto en inglés como en español.

Dentro de esta se destaca la combinación de palabras claves seleccionadas por el autor en español, la que finalizó en una búsqueda sin resultados en ninguno de los idiomas (#11-12) como se presenta en el Anexo 1. En cambio, en la muestra que

utilizó conceptos en inglés (#5) se obtuvo una muestra de 59 artículos, de los cuales 55 se encontraban en idioma inglés y 3 en español, por lo que esta búsqueda (#6) es la muestra inicial que se trabajó durante la investigación

El cribado de los artículos seleccionados se realizó mediante el desarrollo de la matriz PRISMA presentada en la Figura 1. Se decidió incorporar 4 artículos desde otras fuentes, los que fueron seleccionados debido a que abordaban los efectos de la descentralización desde la perspectiva metodológica del Espacio de decisión a utilizar en el análisis. Los artículos finales se presentan con mayor detalle en el Anexo 2.

Anexo 1: Tabla de palabras claves en inglés y español utilizadas

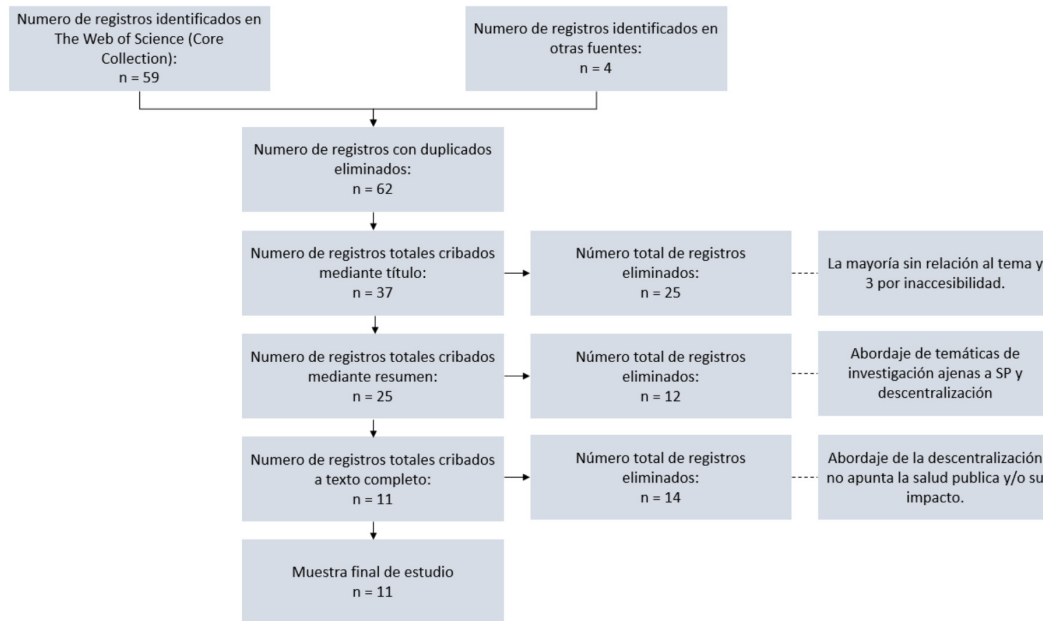
			Inglés	Origen
PIO	Problema/ Población de estudio	Grupo #1	Health Policy	MeSH
			Population Health Management	MeSH
			Health System	MeSH
			Healthcare System	MeSH
			Health Care Economics and Organizations	MeSH
Intervención	Grupo #2	Decentralization	WHO, 2016	
		Devolution	WHO, 2016	
		Delegation	WHO, 2016	
		Deconcentration	WHO, 2016	
Outcome	Grupo #3	Health Equity	MeSH	
		Health Care Quality, Access, and Evaluation	MeSH	
Área de estudio	Grupo #4	Public Health	MeSH	

			Español	Origen
PIO	Problema/ Población de estudio	Grupo #1	Política de Salud	DeCS
			Administración en Salud Pública	DeCS
			Sistemas de Salud	DeCS
			Sistemas Nacionales de Salud	DeCS
			Políticas, Planificación y Administración en Salud	DeCS
Intervención	Grupo #2	Descentralización	WHO, 2016	
		Devolución	WHO, 2016	
		Delegación	WHO, 2016	
		Desconcentración	WHO, 2016	
Outcome	Grupo #3	Equidad en Salud	DeCS	
		Equidad en el acceso a los servicios de salud	DeCS	
		Inequidades en Salud	DeCS	
		Equidad	DeCS	
Área de estudio	Grupo #4	Salud Pública	DeCS	

Anexo 2: Artículos seleccionados para la revisión.

Titulo	Autor	Origen	Dimensión de descentralización presentada	País del estudio	Año de publicación	Método
Decentralisation of Health Services in Fiji: A Decision Space Analysis	Mohammed, Jalal; North, Nicola; Ashton, Toni	Literatura gris	Descentralización	Fiyi	2015	Uso de datos nacionales y subnacionales del gobierno.
Devolution of healthcare system in Kenya: progress and challenges	Masaba, B. B.; Moturi, J. K.; Taiswa, J.; Mmusi-Phetoe, R. M.	Búsqueda de literatura	Devolución	Kenia	2020	Revisión de literature
Effects of health care decentralization in Spain from a citizens' perspective	Antón, José-Ignacio; Muñoz De Bustillo, Rafael; Fernández Macías, Enrique; Rivera, Jesús	Búsqueda de literatura	Delegación de responsabilidades. / Devolución (A instituciones privadas)	España	2014	Uso de datos gubernamentales sobre percepción poblacional.
Engaging sub-national governments in addressing health equities: challenges and opportunities in China's health system reform	Brixi, Hana; Mu, Yan; Targa, Beatrice; Hipgrave, David	Búsqueda de literatura	Descentralización	China	2013	Uso de datos nacionales y subnacionales del gobierno.
Impact of income inequality and fiscal decentralization on public health: Evidence from China	Hao, Yu; Liu, Jiahui; Lu, Zhi-Nan; Shi, Ruijie; Wu, Haitao	Búsqueda de literatura	Descentralización fiscal	China	2021	Uso de datos nacionales y subnacionales del gobierno.
Improving Health System Performance in a Decentralized Health System: Capacity Building in Pakistan	Bossert, Thomas John; Mitchell, Andrew David; Janjua, Muhammad Anwar	Literatura gris	Descentralización	Pakistán	2015	Entrevistas a tomadores de decisiones relevantes a la temática.
Making social services work better for the poor: Evidence from a natural experiment with health sector decentralization in Honduras	Zarychta, Alan	Literatura gris	Descentralización	Honduras	2020	Guías nacionales, registros nacionales y entrevistas.
Optimising decentralisation for the health sector by exploring the synergy of decision space, capacity and accountability: insights from the Philippines	Liwanag, Harvy Joy; Wyss, Kaspar	Búsqueda de literatura	Descentralización	Filipinas	2019	Entrevistas a tomadores de decisiones relevantes a la temática.
The Effects of Health Sector Fiscal Decentralisation on Availability, Accessibility, and Utilisation of Healthcare Services: A Panel Data Analysis	Rotulo, Arianna; Paraskevopoulou, Christina; Kondilis, Elias	Búsqueda de literatura	Descentralización fiscal	Italia	2022	Uso de datos nacionales y subnacionales del gobierno.
Tracking health sector priority setting processes and outcomes for human resources for health, five-years after political devolution: a county-level case study in Kenya	Munywoki, Joshua; Kagwanja, Nancy; Chuma, Jane; Nzinga, Jacinta; Barasa, Edwine; Tsofa, Benjamin	Búsqueda de literatura	Descentralización	Kenia	2020	Guías nacionales, registros nacionales y entrevistas.
What conditions enable decentralization to improve the health system? Qualitative analysis of perspectives on decision space after 25 years of devolution in the Philippines	Liwanag, Harvy Joy; Wyss, Kaspar	Literatura gris	Descentralización	Filipinas	2018	Entrevistas a tomadores de decisiones relevantes a la temática.

Figura 1. Resultados de esquema PRISMA



Fuentes: Elaboración propia

La aplicabilidad del acercamiento mediante el espacio de decisión requiere el abordaje de los tomadores de decisión y las instituciones a las cuales los gobiernos centrales derivan las responsabilidades en la toma de decisión; por esto se dificulta la aplicación y búsqueda de elementos asociados a este enfoque como muestra de estudio.

Muchos estudios abordan los efectos de la descentralización desde indicadores asociados al desempeño e impacto sobre la asistencia del sistema de salud, como son la cobertura de programas asistenciales o efectos en el estado de salud poblacional (mortalidad, incidencias), pero para comprender el efecto de un cambio en las estructuras políticas se buscó priorizar el abordaje de los efectos de la descentralización sobre el sistema, aseguramiento, gastos en salud y utilización de servicios.

Este abordaje cobra mayor complejidad al comprender que la mayoría de los artículos seleccionados, aun al centrarse en descentralización y el sistema de salud, enfocan sus resultados en distintos factores e indicadores de los efectos finales de la descentralización, por lo que los resultados son organizados según las funciones de espacio de decisión definidas en la teoría, para clasificar los distintos efectos presentados por los autores y acercar las variadas metodologías utilizadas a un grupo de categorías de los efectos, pero las diferencias en el contexto, las causas y consecuencias de cada estudio no pueden ser extrapolados a otro artículo.

Los resultados según función son los siguientes:

Financiamiento

En Fiyi, la toma de decisiones sigue siendo centralizada a pesar de las políticas de descentralización, presentando una disminución en el gasto en salud y limitaciones en la capacidad de cobro de honorarios³¹. En Kenia, la capacidad de los condados para mejorar la atención médica se ve obstaculizada por el bajo presupuesto nacional³². En China, la descentralización contribuye a las desigualdades regionales y a la falta de inversión suficiente en salud pública^{33,34}. En Filipinas, la escasez de fondos locales y la competencia por la asignación de fondos afectan los servicios de salud locales^{35,36}. En Honduras, la autonomía financiera de los centros de salud ha demostrado ser más resiliente en tiempos de crisis³⁷. En Italia, hay responsabilidades financieras compartidas entre el gobierno central y las autoridades locales³⁸.

Organización de servicios

En Fiyi, la descentralización no otorga autonomía completa a los servicios locales, y la toma de decisiones sigue siendo centralizada³¹. En Pakistán, la capacidad de toma de decisiones a nivel de distrito se asocia con un mejor desempeño administrativo en los servicios de salud³⁹. En China y España, la descentralización permite abordar la inequidad y promover

la participación de proveedores privados en la atención médica^{33,40}. En Filipinas, los gobiernos locales tienen un espacio moderado de decisión en la implementación de programas y servicios, pero están limitados por las políticas centrales³⁵ y la cooperación efectiva entre los servicios de salud a nivel central y local es limitada³⁶.

RR.HH.

Después de la descentralización en Fiyi, la Comisión de Servicios Públicos local centralizó el control de los RR.HH.³¹. En Kenia, a pesar de la capacidad mejorada para contratar personal, la descentralización no ha solucionado el problema de falta de funcionarios debido a factores como intereses políticos, necesidades de personal y limitaciones presupuestarias^{32,41}.

A pesar de un aumento en el espacio de decisión en Pakistán y en las estrategias de abordaje de RR.HH. en la salud en Italia y Filipinas, todavía hay escasez de profesionales y vacantes sin cubrir^{35,37,39}.

Reglas de acceso

En Fiyi existe un paquete de servicios de salud definido de manera central, el cual tiende a ser similar en todas las regiones, pero con una cierta flexibilidad a la hora de agregar servicios en función de los requerimientos de la población que atienden, al igual que la capacidad de derivar usuarios a otros servicios en caso de no tener los recursos adecuados³¹.

En China se señala que las políticas de descentralización desarrollaron esquemas que buscaron beneficiar los grupos poblacionales previamente excluidos. No se percibió efecto en los indicadores de asignación per cápita de las distintas localidades presentando una amplia variación en los resultados³³.

Reglas de gobernanza

En Fiyi, la estructura gubernamental sigue siendo centralizada a pesar de la descentralización³¹. En Kenia, la devolución ha permitido una mayor participación ciudadana, pero ha habido resultados mixtos debido a la falta de guía política^{32,41}. En China, se incorporaron sistemas de retroalimentación de la población y el pago basado en el desempeño según la percepción de la población³³. En Filipinas, se han implementado consultas ciudadanas y ha habido un aumento en el gasto en salud a nivel local³⁵.

DISCUSIÓN

El impacto de la descentralización en los sistemas de salud puede variar significativamente debido a las múltiples diferencias en contextos culturales, políticos y económicos, así como en las políticas y reformas específicas implementadas en cada caso estudiado. Además, otros cambios políticos o reformas adicionales que ocurran durante el período analizado pueden dificultar la asociación de resultados o el desarrollo de conclusiones generalizables sobre el impacto de estas políticas.

Al revisar los estudios citados, se pueden encontrar conclusiones diversas en cuanto al efecto de la descentralización. Por

ejemplo, el estudio de Rotulo et al.³⁸ sugiere un efecto negativo en el desempeño del sistema de salud debido a la descentralización, con una disminución en la calidad de los servicios y la disponibilidad de RR.HH.. En contraste, Zarychta³⁷ indica que las reformas de descentralización en Honduras tuvieron un efecto beneficioso en el desempeño de la salud a nivel local, aumentando la flexibilidad de los gobiernos locales para gestionar y reformar los sistemas de salud locales.

Mohammed et al.³¹ señala que, en Fiyi, el espacio de toma de decisiones fue limitado, lo que resultó en una disminución en la calidad de los servicios y en el tiempo dedicado a cada usuario. Sin embargo, sugieren que aumentar el espacio de decisión en la organización de servicios, las reglas de acceso y la gobernanza local podría tener un impacto positivo en abordar o incluso resolver este efecto negativo. Estas ideas respaldan el estudio de Bossert et al.³⁹, donde se sugiere que fortalecer la función de descentralización va de la mano con fortalecer otras dimensiones del sistema de salud.

Es importante destacar que el impacto de la descentralización no solo varía entre diferentes países, sino que también puede ser diferente a nivel regional dentro de un mismo país. Esto perpetúa y amplía las disparidades existentes previas a la implementación de las políticas de descentralización, como se menciona en el artículo de Rotulo et al.³⁸. La diferencia en el impacto de la descentralización a nivel regional está relacionada con los hallazgos de Liwanag y Wyss³⁶ y Brixi et al.³³, que indican que las áreas con mayores ingresos tienen más capacidad para asumir nuevas funciones sin intervención del gobierno local, mientras que las áreas con menos recursos requieren de ese apoyo para llevar a cabo las nuevas responsabilidades que se les han otorgado.

Esta diferencia en el impacto de la descentralización puede estar asociada a una serie de causas fundamentales. Sin embargo, dentro de la revisión realizada se identificaron varios conceptos que se consideran relevantes para comprender los mecanismos detrás de estas reformas políticas.

Problema con falta de capacidades

Se señala que el impacto de la descentralización está estrechamente ligado no solo al incremento de funciones, sino también al desarrollo de las capacidades necesarias³⁹. Esto requiere una estructura organizativa sólida y el fortalecimiento de las capacidades de las unidades y de la fuerza laboral especializada^{33,41} con el fin de hacer frente a las deficiencias que puedan existir tanto a nivel del gobierno central como en el ámbito local, donde puede haber una falta de capacidades para cumplir con las funciones asignadas³⁶. Esta situación refuerza el limitado espacio de toma de decisiones otorgado por el nivel central debido a la desconfianza hacia los tomadores de decisiones locales³⁵.

Rol de supervisar

Se alude a que las reformas de descentralización deberían asociarse al seguimiento y gestión del desempeño de los niveles inferiores por parte del gobierno central³³. Esto se debe a que

se reconoce que la combinación óptima de estos dos tipos de políticas debe adaptarse para compensar las limitaciones en las capacidades de los niveles centrales³⁶. Esto plantea el desafío de comprender hasta qué punto se pueden delegar responsabilidades a los distintos niveles, e incluso funcionar como un método de interacción y rendición de cuentas aplicado a las organizaciones de gestión local³⁷.

Problemas con intereses políticos

Los intereses políticos sesgan la toma de decisiones cuando se busca aumentar la capacidad de toma de decisiones, especialmente relacionado con la gestión de RR.HH. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando la toma de decisiones en la mayoría de las funciones recae en el funcionario local electo, quien puede o no respaldar los objetivos de salud pública, en lugar del funcionario de salud local que posee la competencia técnica y administrativa en servicios de salud³⁶.

Limitaciones de las metodologías

Las diferencias en las metodologías implican diferencias en los datos comparados entre los estudios⁴⁰. Además, existen limitaciones en la disponibilidad de datos, dificultando la acumulación de evidencia empírica de alta calidad³⁷. Asimismo, el tamaño muestral utilizado en relación con la población total afectada por estas políticas es otro factor a considerar^{39,41}. También es importante tener en cuenta la capacidad limitada para controlar datos independientes que pueden afectar los indicadores utilizados, como los cambios presupuestarios que impactan en los sistemas de salud nacionales^{32,38,39}.

Falta de foco en salud

Se observa una diferencia en el desarrollo de la descentralización cuando se enfoca en aspectos fiscales, ya que una intervención de descentralización fiscal tiende a centrarse en la contención de costos impulsada por el mercado³⁸. Esto puede dar lugar a una falta de recursos o fondos insuficientes para el sector de los servicios públicos de salud a nivel local³². Esta situación puede ser el resultado de la priorización de otras intervenciones políticas debido a intereses políticos o a la falta de fondos para llevar a cabo este tipo de intervenciones, lo que aumenta la inequidad y tiene un impacto negativo en la efectividad de los servicios de salud proporcionados³⁴.

Dificultad para medir el impacto

La descentralización de los servicios de salud varía entre países y entornos, y también se ve influenciada por las funciones del sector de salud que son intervenidas, los responsables de la toma de decisiones que transfieren y asumen nuevas funciones, y el nivel del sistema en el que se toman esas decisiones³⁵. Además, surgen problemas para cuantificar el impacto de la descentralización en la equidad en salud debido a otros cambios en la estructura política o situación económica local, así como a la recopilación de datos necesarios para evaluar este efecto³⁸.

Aunque la información presentada hasta ahora no logra explicar completamente el mecanismo mediante el cual la descentralización afecta la equidad en un sistema de salud, proporciona un punto de partida para comprender los diversos elementos asociados a este tipo de reforma en las políticas de salud. Se destaca la posibilidad de realizar nuevos estudios en el futuro utilizando los datos nacionales disponibles en la actualidad y la creación de bases de datos de alta calidad que contribuyan a un mejor entendimiento del nivel de descentralización actual en el país.

Además, se plantea la falta de una metodología clara para definir el impacto de la descentralización en la equidad de un sistema de salud. Por lo tanto, la información recopilada en este estudio podría ser útil para abordar esta temática y sentar las bases para futuras investigaciones en el área.

Debido a la sensibilidad del contexto en cada estudio, es difícil extrapolar los efectos observados de la descentralización. Además, las distintas características locales del sistema de salud también alteran el impacto de las políticas de descentralización a un grado actualmente desconocido. Las diferencias en los efectos que la descentralización puede producir en el sistema de salud reflejan la complejidad de predecir el impacto de este elemento en un sistema de salud, así como cómo las diferencias entre naciones moldean la capacidad beneficiosa o perjudicial de estas políticas. Existe una falta de consenso en la literatura en cuanto a cómo comprender y predecir estas asociaciones entre la descentralización, las características locales y el efecto esperado/deseado de esta intervención.

La discusión y el abordaje de esta problemática no pueden realizarse únicamente desde la perspectiva de la salud pública. Es vital abordar este tipo de políticas desde una mirada holística que incorpore dimensiones políticas, económicas y asistenciales, así como estudios sociales que brinden una mayor profundidad a la perspectiva de esta política y un enfoque multidisciplinario para comprender y definir el impacto de la descentralización en la equidad de un sistema de salud a nivel central y local.

Limitaciones del estudio

Este estudio no permite el comparar los diferentes contextos debido a factores políticos, sociales y económicos que influyen en el efecto de estas políticas. La metodología utilizada tiene limitaciones y se centra en la salud pública, pero se necesita un enfoque multidisciplinario a la hora de abordar esta clase de políticas de carácter transversal. También la extrapolación de datos es limitada debido a las diferencias en las metodologías de los artículos, objetivos e indicadores de descentralización utilizados.

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento al equipo completo del Magíster de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica, quienes han sido un gran apoyo y consejeros durante todo el proceso de investigación. También deseo agradecer al profesor Dr. Fernando Poblete, quien demostró una disposición y buena voluntad excepcionales al acompañarme en este proceso y brindarme una guía invaluable para abordar este desafío.

Asimismo, quiero agradecer al Dr. Jaime Sapag y al Dr. Thomas Bossert, quienes me brindaron orientación y apoyo de diversas maneras en esta investigación, ayudándome a comprender cómo abordar una investigación de esta naturaleza y qué aspectos considerar.

Por último, quiero agradecer a mi familia y, en especial, a mi pareja Paula, quien fue un pilar fundamental durante todo este arduo proceso. Le estaré eternamente agradecido/a por su apoyo y ayuda en este período.

Conflictos de interés

El autor declara no presentar ningún conflicto de interés asociado a la temática abordada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. OPS; 2015 p. 113.
2. Organización Panamericana de la Salud. Información Regional de la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas. 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Marco operacional para el desarrollo de sistemas de salud resilientes al clima. 2017.
4. ONU. Salud y Bienestar: Por qué es importante [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.un.org/>
5. ONU. Igualdad: Por qué es importante [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.un.org/>
6. Riutort M, Cabarcas F. Decentralization and Equity: A review of the Latin America Literature. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2006;5(11):8-21.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las desigualdades en salud. 2013.
8. Aninat S. I, Irrázaval L. I, Razmilic B. S, Rodríguez C. J. Más allá de Santiago : descentralización fiscal en Chile . Editado por centro de estudios públicos; 2020.
9. Sujarwoto S. Why decentralization works and does not work? A systematic literature review. *J Public Adm Studies*. 2017;1:1-10.
10. Ríos M. Desigualdad regional en Chile: ingresos, salud y educación en perspectiva territorial. 2019;
11. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlottheuber A, Valentine N, et al. El monitoreo orientado a la equidad en el contexto de la cobertura universal de salud. *PLoS Medicine*. 1 de septiembre de 2014;11(9).
12. OECD. Revisión de Gobernabilidad Multinivel en Chile: Modernización del Sistema Municipal [Internet]. OECD; 2017. (OECD Regional Development Studies). Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/the-governance-of-land-use-in-france_9789264268791-en
13. Navarrete MLV, Lorenzo IV, Calpe JF, Núñez T. Organizaciones sanitarias integradas: Una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79.
14. Bode I, Culebro Moreno JE. La tensión entre la fragmentación y la integración en la reforma a los sistemas de salud. Un estudio comparativo entre Alemania y México. *regsoc [Internet]*. 1 de septiembre de 2014 [citado 16 de diciembre de 2022];26(61). Disponible en: <https://regionysociedad.colson.edu.mx:8086/index.php/rys/article/view/65>
15. Bossert TJ. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Organ* 2003; 81(=2):95 - 100
16. Falletti TG. Una teoría secuencial de la descentralización: Argentina y Colombia en Perspectiva Comparada. *Desarrollo Económico*. octubre de 2006;46(183):317.
17. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Decentralization in health care: strategies and outcomes. McGraw Hill; 2007.
18. World Health Organization. Strategizing national health in the 21st century: a handbook [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 5 de julio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>
19. Irrázaval I, Rodríguez Pupo JM. Más allá de Santiago: descentralización fiscal en Chile [Internet]. 2020 [citado 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/342882955>
20. Alves J, Peralta S, Perelman J. Efficiency and equity consequences of decentralization in health: An economic perspective. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. enero de 2013;31(1):74-83.
21. Boisier S. La Modernización del Estado: una mirada desde las regiones. *ILPES*. 1995;41:15-38.
22. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Sci Med*. noviembre de 1998;47(10):1513-27.
23. Bossert TJ. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy Plan*. 1 de marzo de 2002;17(1):14-31.

24. Seshadri SR, Parab S, Kotte S, Latha N, Subbiah K. Decentralization and decision space in the health sector: A case study from Karnataka, India. *Health Policy Plan.* 1 de marzo de 2016;31(2):171-81.
25. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* junio de 2009;26(2):91-108.
26. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* diciembre de 2005;52(5):546-53.
27. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clinica.* 2010;134(11):507-11.
28. Juárez García J, M. Nivel de evidencia en salud pública [Internet] [citado 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v19n2/a06v19n2>
29. Armstrong R, Waters E, Moore L, Riggs E, Cuervo LG, Lumbiganon P, et al. Cannabis: evidencia científica de uso medicinal. *J Public Health.* 19 de enero de 2008;30(1):103-9.
30. Manchado Garabito R, Tamames Gómez S, López González M, Mohedano Macías L, D'Agostino M, Veiga De Cabo J. Revisiones Sistemáticas Exploratorias. *Med segur trab* [Internet]. septiembre de 2009 [citado 5 de julio de 2023];55(216). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300002&lng=en&nrm=iso&tIng=en
31. Mohammed J, North N, Ashton T. Decentralisation of Health Services in Fiji: A Decision Space Analysis. *Int J Health Policy Manag.* 15 de noviembre de 2015;5(3):173-81.
32. Masaba BB, Moturi JK, Taiswa J, Mmusi-Phetoe RM. Devolution of healthcare system in Kenya: progress and challenges. *Public Health.* diciembre de 2020;189:135-40.
33. Brixii H, Mu Y, Targa B, Hipgrave D. Engaging sub-national governments in addressing health equities: challenges and opportunities in China's health system reform. *Health Policy Plan.* diciembre de 2013;28(8):809-24.
34. Hao Y, Liu J, Lu ZN, Shi R, Wu H. Impact of income inequality and fiscal decentralization on public health: Evidence from China. *Econ Model.* enero de 2021;94:934-44.
35. Liwanag HJ, Wyss K. Optimising decentralisation for the health sector by exploring the synergy of decision space, capacity and accountability: insights from the Philippines. *Health Res Policy Syst.* 10 de enero de 2019;17:4.
36. Liwanag HJ, Wyss K. What conditions enable decentralization to improve the health system? Qualitative analysis of perspectives on decision space after 25 years of devolution in the Philippines. Tsofa B, editor. *PLoS ONE.* 5 de noviembre de 2018;13(11):e0206809.
37. Zarychta A. Making social services work better for the poor: Evidence from a natural experiment with health sector decentralization in Honduras. *World Development.* septiembre de 2020;133:104996.
38. Rotulo A, Paraskevopoulou C, Kondilis E. The Effects of Health Sector Fiscal Decentralisation on Availability, Accessibility, and Utilisation of Healthcare Services: A Panel Data Analysis. *Int J Health Policy Manag.* noviembre de 2022;11(11):2440-50.
39. Bossert TJ, Mitchell AD, Janjua MA. Improving Health System Performance in a Decentralized Health System: Capacity Building in Pakistan. *Health Syst Reform.* 19 de mayo de 2015;1(4):276-84.
40. Anton JI, Munoz de Bustillo R, Fernandez Macias E, Rivera J. Effects of health care decentralization in Spain from a citizens' perspective. *Eur J Health Econ.* mayo de 2014;15(4):411-31.
41. Munywoki J, Kagwanja N, Chuma J, Nzinga J, Barasa E, Tsofa B. Tracking health sector priority setting processes and outcomes for human resources for health, five-years after political devolution: a county-level case study in Kenya. *Int J Equity Health.* 21 de septiembre de 2020;19(1):165.