

ANTROPOLOGÍA APLICADA AL ÁMBITO DE LOS SISTEMAS DE SALUD:
ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN
TRES ESTADOS DE MÉXICO

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

POSTGRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Tesis para obtener el grado de Maestro en Antropología Social

TÍTULO:

“Antropología aplicada al ámbito de los sistemas de salud: Análisis antropológico de la descentralización en salud en tres estados de México”

PRESENTA:

Emanuel Orozco Núñez

DIRECTORA:

Dra. Marisol Pérez Lizaur

LECTORES:

Dra. María Teresa Chang

Dra. Elena Bilbao

Dra. Leticia Gándara

Dr. Armando Arredondo

INDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN 1

1. Antropología social aplicada a los sistemas de salud	3
2. Problema y preguntas de investigación	6
3. Metodología	7
3.1 Universo de estudio	8
3.1.1 Características de los estados	9
3.1.2 Características de los informantes	12
3.1.3 Análisis de la información	13
4. Marco conceptual	14
5. Breve descripción de la tesis	17

CASO 1. BAJA CALIFORNIA SUR. LOS FACTORES GEOGRÁFICOS Y ORGANIZACIONALES 19

1. Características generales de Baja California Sur	20
1.1 Actividades económicas	21
1.2 Ocupación laboral	22
1.3 Educación	22
1.4 Salud	23
1.5 Características de la muestra	23
2. Dimensiones organizacionales de la descentralización	24
2.1 Transferencia de responsabilidades	24
2.2 Modificación del centralismo	26
2.3 Desarrollo de capacidades gerenciales	27
3. Dimensiones económicas de la descentralización	28
3.1 Capacidades financieras locales	29
3.2 Capacidad de gestión de recursos	31
3.3 Mecanismos de maximización de recursos	33
4. Dimensiones políticas de la descentralización	35
4.1 Cambios en la relación con el nivel federal	35
4.2 Autonomía y supuestos sobre la conducción de la descentralización	36
4.3 Arreglos locales para la implantación de la descentralización	37
5. APUNTE FINAL	39

CASO 2. COLIMA. LA DESCENTRALIZACIÓN CENTRALIZADA 41

1. Características generales de Colima	41
1.1 Actividad económica	42
1.2 Educación	42
1.3 Servicios y necesidades de salud	43
1.4 Características de la muestra	43
2. Dimensiones organizacionales de la descentralización	44
2.1 Transferencia de responsabilidades	44
2.2 Modificación del centralismo	46
2.3 Desarrollo de capacidades gerenciales	47
3. Dimensiones económica de la descentralización	50
3.1 Capacidades financieras locales	50
3.2 Capacidad de gestión de recursos	52

3.3 <i>Mecanismos de maximización de recursos</i>	55	
4. Dimensiones políticas de la descentralización	59	
4.1 <i>Cambios en la relación con el nivel federal</i>	59	
4.2 <i>Autonomía y supuestos sobre la conducción de la descentralización</i>		61
4.3 <i>Arreglos locales para la implantación de la descentralización</i>		63
5. APUNTE FINAL	67	

CASO 3. JALISCO. LA GESTIÓN COMO INSTRUMENTO ORGANIZACIONAL 68

1. Características generales de Jalisco	69	
1.1 <i>Actividad económica</i>	69	
1.2 <i>Educación</i>	69	
1.3 <i>Salud</i>	70	
1.4 <i>Características de la muestra</i>	70	
2. Dimensiones organizacionales de la descentralización		71
2.1 <i>Transferencia de responsabilidades</i>	71	
2.2 <i>Modificación del centralismo</i>	73	
2.3 <i>Desarrollo de capacidades gerenciales</i>	75	
3. Dimensiones económicas de la descentralización		78
3.1 <i>Capacidades financieras locales</i>	79	
3.2 <i>Capacidad de gestión de recursos</i>	81	
3.3 <i>Mecanismos de maximización de recursos</i>	84	
4. Dimensiones políticas de la descentralización	86	
4.1 <i>Cambios en la relación con el nivel federal</i>	87	
4.2 <i>Autonomía y supuestos sobre la conducción de la descentralización</i>		88
4.3 <i>Arreglos locales para la implantación de la descentralización</i>		90
5. APUNTE FINAL	92	

DISCUSIÓN COMPARATIVA Y CONCLUSIONES 93

1. Discusión comparativa	93
1.1 <i>Las descentralizaciones</i>	94
1.2 <i>Los financiamientos</i>	95
1.3 <i>Las implantaciones</i>	97
2. Conclusiones finales	99

BIBLIOGRAFÍA 102

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera sido posible sin el apoyo afectivo, solidario e institucional de las siguientes personas:

Mis profesores del Postgrado en Antropología Social de la Universidad Iberoamericana, a quienes agradezco su guía y apoyo, particularmente a la Dra. Marisol Pérez Lizaur quien dirigió pacientemente este esfuerzo, y a las Dras. Patricia Torres y Carmen Viqueira por los invaluable conocimientos transmitidos y su apoyo incondicional para ser estudiante becario.

El apoyo recibido en el Instituto Nacional de Salud Pública para la culminación de esta tesis favoreció que ésta se haya realizado en condiciones muy cercanas a lo ideal. Por ello, quiero reconocer especialmente la generosidad del Dr. Armando Arredondo por haber compartido conmigo su acervo intelectual, así como por facilitarme el acceso a las bases de datos del proyecto macro en el que se inserta este producto intelectual. En esta etapa los consejos y apoyo laboral de Dr. Miguel Ángel González Block fueron igualmente determinantes, así como la solidaridad de René Leyva, Magali Cuadra, Martha Caballero, Gerardo Mora, Martha Híjar, Vanessa Aldaz, Mauricio Lavalle, Jesús Vértiz, Mario Flores, Simón Barquera, Jérica Gómez Jáuregui, Ofelia Poblano, Stefano Bertozzi y Michael Reich, para todos ellos una mención especial.

Dado que escribir una tesis se sobrelleva por quienes comparten nuestras vidas familiares, agradezco las horas de privación y desvelo de Raquel Velázquez, sin cuyo amor y motivación no hubiera tenido la inspiración necesaria en la recta final.

Recuerdos especiales tengo de mis amig@s de la Ibero, por lo que aprovecho para dedicarles un espacio especial por todo lo que compartimos juntos: Haydée Quiróz, Guillermo Gómez, Dubravka Mindek, Manuel Bazaldúa, Rosángela Azevedo, Lourdes

Garfias, Sandra Alarcón, Lidia Torre, Rosa María Vázquez Mellado, Julieta Contreras,
Alejandro Cornejo, Ana Lara, Luis Enrique Mejía, Agustín Gendrón, Martín Suárez,
Juan Carlos Camargo y el Grupo de Teatro de la Ibero.

INTRODUCCIÓN

El tema a analizar en la presente tesis de maestría en antropología social es la política de descentralización en salud en tres estados de México, desde una perspectiva de antropología médica y aplicada. De la primera se retoma el estudio de diversas dimensiones del proceso de atención médica desde una perspectiva cultural (Kleinman *et al.*, 1978; Helman, 1994), estableciéndose para ello que ante diversas señales o síntomas operan marcos de referencia bajo los cuales quienes los experimentan y su red social buscan atención o cura. Bajo esta perspectiva el análisis se centrará en el sistema médico gubernamental, en cuyo caso tanto el acceso como la utilización de servicios están normados por complejos marcos legales y profesionales (Helman, *op. cit.*)

De la antropología aplicada se retoma su orientación al “uso de los conocimientos y métodos de la antropología social para el entendimiento y manejo de problemas sociales específicos” (Pérez Lizaur, 2005). El análisis del tema seleccionado pretende contribuir al acervo de la Universidad Iberoamericana en materia de la investigación social aplicada al estudio de políticas de estado y sus efectos sociales (Palerm, 1987), en este caso, en la descentralización para el desarrollo de infraestructura sanitaria.

La aplicación de la antropología social al estudio de fenómenos vinculados a la atención médica constituye un campo que requiere mayor reconocimiento y promoción como parte del quehacer de la antropología mexicana. Bajo esta perspectiva se ha documentado la riqueza de las prácticas curativas en el mosaico cultural de nuestro país (Aguirre Beltrán, 1980), la interacción y desequilibrios entre las diferentes prácticas curativas (Menéndez, 1989), así como la influencia de factores organizacionales vinculados a la implantación y funcionamiento de políticas de salud (Nigenda *et al.*, 1998). Esta diversidad temática tiene una marcada tendencia a privilegiar los dos

primeros enfoques, por lo que el presente escrito busca establecer un puente entre la antropología social y la investigación en sistemas de salud.

En tanto disciplina científica la antropología social ha diversificado considerablemente sus objetos de estudio, manteniendo a la vez sus preocupaciones teóricas centrales relacionadas con el análisis de las dimensiones culturales en los diversos espacios sociales, sean estos una comunidad, una red social o una organización (Podolefsky y Brown, 1999). Bajo esta perspectiva, se abordó el estudio de la descentralización en salud en México como un componente organizacional del Sector Salud que puede ser estudiado antropológicamente. Para ello, se aplicó un diseño de investigación que enfatizara el análisis de relaciones sociales e institucionales y que aplicara técnicas de investigación de la antropología social al estudio de dinámicas del sector médico (Scrimshaw y Hurtado, 1987).

Se considera que el abordaje adoptado resultó pertinente para documentar la manera en que distintos informantes identifican cambios organizacionales, económicos y políticos, asociados a la descentralización en salud y dirigidos a eficientar la relación entre el nivel federal y los estados. La importancia de este análisis para el Sector Salud estriba en la documentación de factores vinculados a mejorar el financiamiento y a ampliar el otorgamiento de servicios públicos de salud para población pobre en México (SSA, 2001). En este sentido, se estableció en el diseño de la investigación que la perspectiva de informantes clave favorecería la identificación de desarrollos organizacionales, gestión de recursos y arreglos locales fundamentados en prácticas culturales, que podrían facilitar o limitar la implantación de la descentralización en los estados.

1. Antropología social aplicada a los sistemas de salud

En esta tesis de maestría se describen aspectos organizacionales, económicos y políticos vinculados por informantes clave a la conducción de la descentralización en salud en tres estados de México. La dimensión organizacional buscó establecer desarrollos gerenciales para la implantación de la descentralización; y la económica identificar cambios en la asignación y distribución de recursos. Por su parte, la política se propuso documentar arreglos locales que, bajo condiciones particulares, favorecen o limitan los objetivos de la descentralización en los estados desde la perspectiva de los actores entrevistados.

El análisis realizado se contextualizó en el ámbito del estudio cultural del sector biomédico en tanto organización social compleja que provee servicios especializados de salud a través de instituciones que pueden ser públicas o privadas (Helman, 1994; Frenk, 1993). Sobre este sector se ha documentado el desarrollo de un discurso determinado estructuralmente que dificulta la amplia comprensión del lenguaje médico y la institucionalización de la medicina moderna (Fitzpatrick, 1989). Asimismo, para el caso de México se ha planteado que este proceso requiere ampliar las capacidades del sector médico para instrumentar políticas públicas de ordenamiento y financiamiento de servicios que requieren de un amplio respaldo social (Frenk, *et al.*, 2004).

En consonancia con estos abordajes, el presente estudio pretende sumarse a los análisis sociales y políticos que han caracterizado efectos de la transferencia de políticas públicas en el desarrollo de capacidades gubernamentales para mejorar la distribución de recursos (González Block, *et al.*, 1989). Dado que la descentralización en salud supuso modificaciones en las transferencias financieras destinadas a financiar la producción de servicios institucionales de salud en los estados, se consideró relevante el análisis de la forma en que se expresan estos procesos económicos en el discurso de

informantes clave. En este abordaje se adoptó una perspectiva organizacional (Rodríguez, 1996), para establecer el manejo de los informantes acerca de fines, medios y recursos técnicos asociados a la distribución de recursos (Burling, 1976), en este caso, destinados al otorgamiento de servicios de salud.

En el ámbito de los sistemas de salud se ha establecido que los recursos disponibles para la producción de servicios públicos de salud son generalmente escasos, y que se requiere investigación en el área para mejorar su utilización (World Health Organization, 2000). En este contexto, la distribución de los recursos requiere de ejercicios orientados a la identificación de necesidades de salud, así como a su atención con criterios equitativos. Para ello, la atención a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social requiere de acuerdos sociales y políticos orientados a dar factibilidad a este principio (Bobadilla, 1997).

Adicionalmente, el abordaje empleado retoma el planteamiento de la antropología económica formalista que analiza prácticas de maximización de recursos (Burling, 1976). Desde esta perspectiva, se buscó la identificación de patrones y dinámicas para la consecución de metas específicas de la descentralización con base en un planteamiento de uso eficiente de recursos en los diversos ámbitos de los informantes entrevistados. En su conjunto, el ejercicio mostrará que la implantación de la descentralización en salud ha sido heterogénea y que sus modalidades variaron por tipo de estado y las características de los informantes clave.

En tanto organización compleja, el Sistema Nacional de Salud representa el conjunto de servicios públicos para población derechohabiente de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, en adelante IMSS; Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, en adelante ISSSTE), y servicios para población que carece de seguridad social (Secretaría de Salud, en adelante SSA;

Seguro Popular de Salud). Debido a factores políticos y estructurales (Martínez, 1997), la referencia a los sistemas estatales de salud comprende únicamente servicios públicos para población pobre sin seguridad social y cuya provisión es organizada por los gobiernos estatales. En función de ello, la información que aquí se describe abarca únicamente este tipo de servicios.

En términos generales, los sistemas estatales de salud se organizan desde una Secretaría estatal del ramo, cuyas oficinas se localizan generalmente en las capitales estatales. Esta Secretaría coordina diversos programas de atención médica que se proveen a población que carece de seguridad social en centros de salud y hospitales, así como en unidades móviles. La provisión de estos servicios se coordina regionalmente en unidades geopolíticas denominadas Jurisdicciones Sanitarias, las cuales abarcan diversos municipios con excepción de Tabasco, en donde la estructura municipal corresponde con las jurisdicciones sanitarias.

La producción de servicios de salud en los sistemas estatales de salud se relaciona por un lado con aspectos económicos y por otro con dimensiones sociales, geográficas y epidemiológicas (Arredondo *et al.*, 2003), centrándose el presente análisis principalmente en los aspectos económicos y sociales. Bajo este principio, los sistemas de salud en México se financian con base en un acuerdo federal que establece montos y flujos provenientes de los niveles federal, estatal y municipal.

Dados los contrastes económicos propios de México, el acuerdo federal en cuestión establece que las aportaciones en los distintos niveles habrían de estar diferenciadas, tratándose de favorecer que las asignaciones a los estados pobres fueran superiores a las entidades federativas con mayores capacidades económicas y de producción de servicios públicos (Arredondo, 2003). En este entorno de transacciones económicas y financieras, la descentralización ha sido planteada como una política

pública que favorece los procesos descritos mediante la transferencia de responsabilidades del nivel federal a los niveles estatal y municipal (Arredondo, *op. cit.*).

2. Problema y preguntas de investigación

El análisis de la interacción entre los servicios de salud con diversos sectores de la población desde una perspectiva sociocultural ha sido planteado como un fenómeno complejo (Menéndez, 1989). Sobre este particular se han documentado casos en los que factores económicos (Arredondo *et al.*, 2003), culturales (Fitzpatrick, 1989) y psicológicos (Rosenstock, 1992) limitan el acceso a servicios de salud. En contraparte, pocas han sido las investigaciones sociales orientadas a documentar procedimientos organizacionales destinados a mejorar la oferta de servicios mediante una administración adecuada de los recursos.

La descentralización en salud es una política pública que abarca únicamente al sector biomédico público. Fue impulsada desde el nivel federal durante la primera mitad de la década de 1980. Entre sus principales objetivos se establecieron la transferencia de recursos y responsabilidades del gobierno federal a los gobiernos estatales¹, ampliar el financiamiento de los sistemas estatales de salud (SSA, 2001) y modificar la relación entre los estados y el nivel federal para favorecer una mayor autonomía en los gobiernos estatales para el manejo de sus sistemas de salud (SSA, 2002).

Con la finalidad de indagar acerca de estos principios, para la presente tesis se propuso reconstruir la forma en que distintos informantes establecieron arreglos locales que favorecieron y / o limitaron su implantación. Se considera que este abordaje resultó

¹ En el presente escrito el nivel federal se refiere al Estado nacional, mientras que el nivel local se refiere a los gobiernos estatales. Para evitar confusiones, en ausencia de la nomenclatura empleada, el Estado nacional se escribirá con mayúscula.

estratégico puesto que además se documentaron acciones iniciales de la implantación del Seguro Popular de Salud como instrumento para mejorar el financiamiento de los sistemas estatales de salud. Desde esta perspectiva, la pregunta de investigación a desarrollar para el presente escrito fue: *¿Cuáles son los procesos sociales vinculados a la implantación y conducción de la descentralización en salud, y cómo han influido estos factores en el financiamiento de los sistemas de salud en tres estados de México?*

Para el desarrollo de este problema de investigación se sugirió el análisis de dimensiones organizacionales, económicas y políticas. En función de lo cual se plantearon las siguientes preguntas complementarias: *¿Cuáles son las implicaciones organizacionales de la descentralización en salud en materia de transferencia de responsabilidades, modificación del centralismo y desarrollo de capacidades gerenciales en los estados? ¿En qué medida la dimensión económica modificó capacidades financieras locales, la gestión de recursos y favoreció el desarrollo de mecanismos de maximización de recursos? Finalmente, ¿Qué arreglos favorecieron cambios con el nivel federal, autonomía en el manejo de recursos y consolidaron los objetivos de la descentralización en salud?*

Por suponer la descentralización diversas transacciones organizacionales, económicas y políticas entre distintos niveles de gobierno, se consideró que un abordaje etnológico podría resultar de gran utilidad para caracterizar las dinámicas asociadas a estas transacciones en los niveles locales. Este planteamiento implica la importancia de desarrollar un marco que favorezca el análisis de dinámicas sociales orientadas a fortalecer la conducción de políticas públicas.

3. Metodología

En tanto análisis de antropología aplicada, la investigación realizada reunió los criterios establecidos por Hackenberg (1999): Estuvo delimitada por factores de tiempo en la preparación del proyecto, su revisión y el diseño de su trabajo de campo; la investigación fue concisa y utilizó instrumentos estandarizados y piloteados; tuvo un argumento aprensible, aunque sustentado en principios teóricos y recomendaciones de expertos; sus argumentos se fundamentaron en valores compartidos (derechos de las minorías, protección a poblaciones en condiciones de pobreza); se orientó por intereses y ventajas políticas de los actores; finalmente, se fundamentó en intereses públicos.

En la investigación realizada se aplicaron técnicas utilizadas por los antropólogos sociales, tales como el trabajo de campo (particularmente en oficinas y clínicas de salud), la observación directa, las entrevistas, el diario de investigación y la sistematización de la información desde una perspectiva cultural. Asimismo, en la interpretación de la información de campo se utilizaron enfoques de antropología médica y antropología económica.

El trabajo de campo se llevó a efecto en Baja California Sur, Colima y Jalisco durante octubre y noviembre de 2003. En cada estado se realizaron entrevistas con directivos de los servicios de salud de los estados, médicos de clínicas rurales y urbanas, representantes políticos (municipales, regidores, legisladores), líderes comunitarios y de organismos civiles, y personas que acudieron a consulta médica en las clínicas visitadas.

3.1 Universo de estudio

El universo de estudio estuvo integrado por 3 estados: Baja California Sur, Colima y Jalisco. Estos se seleccionaron de entre 12 estados de México analizando diferentes grados de desarrollo de acuerdo a indicadores socioeconómicos por estado; su proceso de descentralización implementado con cambios en las políticas de financiamiento de

los servicios de salud; existencia de una base de datos sobre información económica como punto de partida; capacidad técnica para conformar un equipo interdisciplinario de investigación; y compromiso técnico y político para utilizar los resultados del estudio.

Cabe señalar que los estados seleccionados corresponden a una segunda etapa de un proyecto longitudinal cuyo objetivo es establecer cambios en el financiamiento de los sistemas de salud a partir de la descentralización. En este proyecto de investigación se exploraron estados del sur del país en la primera etapa, por lo que en la segunda se buscaron estados del occidente y norte de México. Algunos de los atributos más importantes de estos estados se relacionan con niveles medios de bienestar social y seguridad social. Asimismo, se buscó la identificación de contrastes relacionados con su experiencia en descentralización y filiación política que se describen más adelante.

Una vez seleccionados, se organizaron reuniones de trabajo con los Secretarios de Salud de cada estado, los directores de la Unidad de Descentralización, Directores de Servicios Médicos, de Planeación, y de Administración y Finanzas, para presentar la propuesta y discutir su aceptación, así como para seleccionar dos municipios por estado. Con base en este principio, los municipios seleccionados fueron La Paz, San José del Cabo y Cabo San Lucas en Baja California Sur; Comala y Manzanillo en Colima; y Guadalajara, Zapopan y Tlaquepaque en Jalisco.

3.1.1 Características de los estados

Para efectos comparativos, se seleccionaron criterios relacionados con la filiación política, el grado de marginación y la experiencia estatal en la conducción de algunas estrategias federales de la Secretaría de Salud, particularmente la experiencia con la

descentralización y la incorporación al Sistema Nacional de Protección Social en Salud mediante la implantación y puesta en marcha del Seguro Popular de Salud.

Cuadro 1. Características de los estados

Estado	Partido (1)	Marginación (2)	Estrategias de la SSA	
			Descentralización (3)	Seguro Popular (4)
Baja California Sur	PRD	Media	Década de 1990	2ª fase (2003)
Colima	PRI	Alta	Década de 1990	1ª fase (2002)
Jalisco	PAN	Baja	Década de 1980	1ª fase (2002)

(1) Al momento del trabajo de campo en 2003

(2) De acuerdo con la reportada por CONAPO

(3) Se refiere a la etapa de descentralización

(4) La primera fase fue el plan piloto y la segunda la ampliación de estados incorporados

Como puede verse en el Cuadro 1, los estados seleccionados estuvieron gobernados al momento del trabajo de campo por los tres partidos más representativos del mapa político del país. Por su parte, los grados de marginación mostraron que Colima era el estado que reportaba la más alta, mientras que Jalisco reportaba la más baja.

Las columnas relacionadas con las estrategias de la SSA muestran que Jalisco inició su descentralización en la década de 1980, mientras que Baja California Sur y Colima lo hicieron durante la década pasada. Por su parte, Colima y Jalisco iniciaron la implantación del Seguro Popular de Salud desde su etapa piloto en 2002, mientras que Baja California Sur se incorporó a partir de 2003. Esta diversidad se tradujo en el presente estudio en la caracterización de experiencias diferenciadas de conducción de estrategias de la reforma orientadas a producir una mayor equidad en el financiamiento de los sistemas estatales de salud.

Dado que el presente análisis describe dimensiones económicas de los sistemas de salud en las entidades estudiadas, se presentan a continuación algunos datos económicos sobre el financiamiento de los sistemas de salud de Baja California Sur, Colima y Jalisco.

Cuadro 2. Inversión en salud en los estados estudiados

Indicador	BC Sur		Colima		Jalisco	
	Valor Nacional	Valor Estatal	Valor Nacional	Valor Estatal	Valor Nacional	Valor Estatal
Gasto público en salud per cápita para población asegurada	1,741.29	2,470.24	1,741.29	1,743.61	1,741.29	1,623.02
Gasto público en salud per cápita para población no asegurada	1,129.53	2,516.77	1,129.53	1,793.74	1,129.53	1,345.71
Gasto público en salud per cápita total	1,441.52	2,484.24	1,441.52	1,772.50	1,441.52	1,501.56
Aportación federal al financiamiento de la salud de la población no asegurada (%)	82.82	92.94	82.82	95.73	82.82	62.21
Gasto privado en salud per cápita	1,989.12	2,994.45	1,989.12	1,772.50	1,989.12	3,044.09

Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, México, 2004 (Datos validados para 2002)

El cuadro 2 muestra que el gasto público per cápita para población asegurada fue mayor al valor nacional en Baja California Sur y Colima, siendo más alto en Baja California Sur, lo que significa que en esta entidad se gasta más en población que tiene seguridad social. En el caso del gasto público para población no asegurada las tres entidades tuvieron aportaciones superiores al valor nacional, siendo igualmente superior de manera proporcional en Baja California Sur, situación muy parecida al rubro de gasto público en salud per cápita total.

No obstante estos contrastes que tenderían a favorecer el caso de Baja California Sur, el monto de la aportación federal al financiamiento de la salud en población no asegurada, atendida por los servicios de salud estatales, es muy superior en Colima y Baja California Sur, en comparación con Jalisco. Sobre este dato, es importante observar que en los dos primeros el monto estatal es menor al 10% mientras que en Jalisco es mayor al 35%.

Algunas consideraciones relevantes a este respecto sugieren que el estado que tendría a tener una situación más ideal es Colima, puesto que su población es menor a los 500,000 habitantes y su territorio es reducido. Si bien Baja California Sur presenta datos favorables para su población asegurada y no asegurada, el que más del 90% de sus

habitantes vivan en comunidades menores a los 500 habitantes en territorio vasto supone altos gastos operativos para la producción de servicios de salud. Finalmente, la situación de Jalisco se presenta favorable en materia de aportación estatal para población no asegurada, si bien este estado concentra importantes niveles de actividad productiva y desarrollo económico.

Para el caso del presente análisis, es importante tomar en consideración que los municipios seleccionados para recopilar la información fueron de ingreso medio y alto en los tres estados, habiendo sido limitada la información sobre comunidades rurales de alta marginación y difícil acceso.

En materia de efectos en el financiamiento, se ha establecido que la descentralización de los sistemas estatales de salud ha tenido efectos diferenciales tanto en la asignación como la distribución de los recursos financieros en México (Arredondo *et al.*, 2003). Sin embargo, en tanto política pública de salud su implantación ha sido lenta; este proceso inició durante la primera mitad de la década de los años 1980 por decreto presidencial en 10 estados. Antes de que acabara la década la descentralización se interrumpió debido a la crisis y no fue sino hasta 1997 en que es retomada y se consolidan los mecanismos de transferencia de recursos y responsabilidades (Arredondo, 2003).

3.1.2 Características de los informantes

Se realizaron un total de 59 entrevistas semiestructuradas en los tres estados. En Baja California Sur Se realizaron 18 entrevistas. De este total, siete corresponden a entrevistas con tomadores de decisiones en el nivel estatal, dos a líderes comunitarios, seis a usuarios de servicios de salud, dos a tomadores de decisiones en el nivel jurisdiccional y una a un médico de un centro de salud.

En Colima Se realizaron 20 entrevistas. De este total, ocho fueron realizadas a prestadores de servicios de salud (personal de servicio y tomadores de decisiones), cinco a líderes comunitarios (líderes de organizaciones y ONGs), seis a usuarios de servicios de salud, y una a un representante político.

Por su parte, en Jalisco se realizaron un total de 21 entrevistas. De este total, 10 fueron realizadas a prestadores de servicios de salud (personal de servicio y tomadores de decisiones), cinco a usuarios de servicios de salud, dos a líderes comunitarios (de organizaciones políticas y ONGs), y cuatro a representantes políticos.

Esta muestra más que representatividad buscó establecer contrastes en el discurso de informantes específicos sobre los efectos de la política de descentralización en los sistemas estatales de salud. Para ello, se buscó que en los tres estados se realizaran entrevistas con los mismos grupos de informantes, habiendo variado su número en cuanto a la oportunidad para poder realizarlas en trabajo de campo. Ahora bien, se cuidó la estandarización de las guías de entrevistas y el análisis de las mismas, a la vez que se trianguló la información en talleres de presentación de resultados realizados con funcionarios de los sistemas de salud en los estados. Este ejercicio tuvo como finalidad establecer la confiabilidad de las conclusiones y la sensibilidad del análisis realizado.

3.1.3 Análisis de la información

La información de las entrevistas fue organizada para su análisis mediante el programa de cómputo ATLAS-Ti. Este programa permite fragmentar la información en segmentos de texto y agruparla para su análisis mediante códigos *ex profeso*. La ventaja de este procedimiento consiste en que al agrupar temáticamente los segmentos de texto se conserva información en cada uno sobre el informante a que corresponden.

Adicionalmente, el programa permite diseñar modelos interpretativos a partir del ordenamiento de los códigos e hipótesis de trabajo.

4. Marco conceptual

Dado que se describe información con una carga técnica de los sistemas de salud para lectores de las ciencias sociales, se buscó un balance descriptivo orientado a simplificar la caracterización de los procesos descritos. Sin embargo, algunos términos requieren una definición puntual por sus implicaciones analíticas. Sin duda, el primer concepto a caracterizar es el de *descentralización*, en torno al cual se han tipificado al menos cuatro acepciones²:

- Desconcentración.- Implica transferencia de responsabilidades administrativas desde el nivel central hasta el nivel local, pero con acuerdos en el nivel central.
- Devolución.- Implica la devolución en la responsabilidad en la producción de servicios y diseño de programas de salud en el ámbito local, bajo la supervisión del nivel central y con cierta independencia en el manejo de recursos financieros.
- Delegación.- Supone la independencia casi total entre los niveles nacional, estatal y municipal, tanto en la producción de servicios como en las decisiones entre el manejo y la generación de fondos de financiamiento y el origen de nuevas fuentes.

² Tomado de: Arredondo Armando, Parada Irene, Orozco Emanuel, *et al. El Financiamiento de los sistemas de salud a partir de la descentralización en México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003

- Privatización.- Implica integrar en el ámbito local y con diferentes niveles de integración, la producción y el financiamiento de los servicios públicos y privados.

De acuerdo con esta tipología, la información a describir se relaciona con las acepciones de desconcentración y devolución, toda vez que el financiamiento federal representa una fuente significativa para los estados estudiados. Ahora bien, en sentido estricto la descentralización no es lo opuesto a la centralización, puesto que bajo esta última la gestión y organización de los sistemas de salud se realizan desde entidades gubernamentales de los niveles más altos, quedando el conjunto de sus componentes supeditados tanto a su rectoría como a su financiamiento y supervisión. Asimismo, otras formas de centralización se refieren a la concentración de recursos y toma de decisiones con criterios distintos a los de producir servicios de salud.

En tanto proceso político vinculado a la administración pública, la descentralización tiene como propósito mejorar la asignación y distribución de recursos. Dado el peso que tiene el financiamiento federal en la mayor parte del territorio nacional, se considera que algunos de los efectos más significativos de la descentralización se relacionan con la administración de recursos. En este sentido, se han reducido las mediaciones burocráticas mediante el impulso a la toma local de decisiones, en contraposición a un enfoque centralista donde las decisiones se toman generalmente en órdenes superiores de gobierno. Bajo este principio, el nivel federal sigue teniendo un importante control en materia de financiamiento y control de recursos, mientras que los estados han tenido mayores márgenes de autonomía para tomar decisiones. Cabe señalar que estos márgenes son esencialmente reducidos toda vez que la mayor parte de los recursos se emplean para cubrir las nóminas de los trabajadores de los sistemas estatales de salud.

Otro concepto ampliamente utilizado en el presente escrito es el de *sistemas estatales de salud*, el cual se refiere a las entidades administrativas de los gobiernos de los estados estudiados encargadas de proveer servicios de salud a la población que carece de seguridad social. Estos sistemas estatales implementan programas y políticas federales, pero tienen también las facultades legales para adaptar estas iniciativas a sus necesidades y contextos particulares. Estos sistemas de salud se rigen localmente, si bien su financiamiento y supervisión involucran otros niveles de gobierno y otras entidades gubernamentales (por ejemplo la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Comisión Nacional de Derechos Humanos).

Bajo el enfoque de la descentralización en salud, los sistemas estatales funcionan bajo la figura de *organismos públicos descentralizados*. Esta figura les confiere atribuciones normativas para hacerse cargo de la salud pública estatal (vacunación, regulación sanitaria, control de epidemias), a la vez que les responsabiliza de la provisión de servicios médicos y de atención en hospitales a población que carece de seguridad social. Para cumplir con este mandato, el financiamiento es una dinámica central debido a los costos implicados en la producción de servicios dirigidos tanto a personas (pacientes, ciudadanos en servicios preventivos) como a poblaciones (mujeres en edad reproductiva, niños en edad escolar, jornaleros agrícolas).

Dadas sus implicaciones distributivas, el enfoque adoptado en el presente análisis estuvo orientado a documentar la manera en que diversos actores identificaron efectos de la transferencia de recursos y funciones del nivel federal a los estados. En este sentido, el análisis del *fortalecimiento organizacional* de los sistemas estatales de salud se refiere al incremento de sus capacidades y productividad, en los términos en que éstos fueron percibidos por los actores entrevistados.

La transferencia de infraestructura y recursos humanos otrora federales a los estados fue mayormente descrita por trabajadores de los sistemas de salud, mientras que diversos pacientes e informantes del nivel comunitario abundaron más las necesidades de salud y atención médica de la ciudadanía. Con base en este planteamiento, el análisis de las *dimensiones organizacionales de la descentralización* se refiere a las innovaciones o reflexiones relacionadas con los efectos de esta política en el funcionamiento de los sistemas estatales de salud.

Otro concepto importante de esta tesis es *gestión*, el cual se refiere a la manera en que los sistemas estatales de salud ejercen sus recursos para cumplir con sus objetivos. Bajo este principio, se incluyen las funciones administrativas, así como la búsqueda intencionada de recursos adicionales para atender necesidades locales de salud. Dado que no se identificaron mecanismos formales para desarrollar la búsqueda de recursos intencional de recursos, las *capacidades gerenciales* son entendidas en esta tesis en relación con la eficiencia en la obtención de mayores recursos por canales formales e informales. Los cauces formales incluyen la gestión en distintos niveles de gobierno, mientras que los informales se refieren a la gestión comunitaria de recursos.

6. Breve descripción de la tesis

El escrito principal consta de tres casos y un capítulo de discusión y conclusiones. Cada capítulo corresponde a las dimensiones organizacionales, económicas y políticas de la descentralización respectivamente. En el caso de las dimensiones organizacionales se describe la transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal, la modificación del centralismo y el desarrollo de capacidades gerenciales. Las dimensiones económicas describen las capacidades financieras estatales, la capacidad

local de gestión y los mecanismos de maximización de recursos. Finalmente, la dimensión política se refiere a los cambios con el nivel federal, la autonomía local y a los arreglos locales para la implantación de la descentralización.

Dado que los casos analizados tuvieron diferencias notables entre sí, la presentación de cada caso enfatiza los aspectos particulares de la descentralización correspondientes. Así, para el caso de Baja California Sur se enfatizan las dificultades derivadas de la dispersión geográfica de su población; en el caso de Colima se destaca la recentralización de recursos y la politización del sistema de salud; finalmente, en la caracterización correspondiente a Jalisco se pone de relieve la gestión como instrumento organizacional.

CASO 1. BAJA CALIFORNIA SUR. LOS FACTORES GEOGRÁFICOS Y ORGANIZACIONALES

Este estado muestra la importancia del contexto geográfico en los alcances de la descentralización para esta entidad federativa. En el análisis realizado, este estado representó el escenario en el que los informantes refirieron las mayores limitaciones en cuanto a la implantación de la descentralización. La información recopilada sugiere que, dada su baja densidad poblacional y su extenso territorio, la transferencia de responsabilidades del sistema de salud federal al estatal supuso una carga financiera y creó condiciones para una dependencia financiera hacia el nivel federal. Al mismo tiempo, el caso de Baja California Sur sugiere la necesidad de considerar dimensiones geográficas en la implantación y financiamiento de políticas públicas.

En el presente capítulo se mostrará que aun cuando diversos informantes refirieron barreras técnicas para descentralizar el sistema estatal de salud, se establecieron mayores márgenes para la toma de decisiones. Sin embargo, el manejo limitado del lenguaje y los criterios técnicos vinculados con procesos organizacionales de la descentralización limitaron desarrollos gerenciales locales y la capacidad de gestión de recursos.

Se describirá la influencia que, desde la perspectiva de los informantes, tuvo el ámbito político en el establecimiento de arreglos locales para sustentar la implantación estatal de la descentralización. Bajo este principio, informantes del sistema estatal de salud establecieron que éste debe apoyar a población pobre, aunque señalaron que este objetivo podría verse afectado por efectos negativos del faccionalismo político debido a que los partidos políticos podrían utilizar el control de recursos para afectar a grupos de población contrarios al suyo.

Se presentan inicialmente algunas características generales del estado, posteriormente se describen las dimensiones organizacionales, económicas y políticas de la descentralización en Baja California Sur. Finalmente se presenta una reflexión sobre la influencia de las características del estado en torno a la dependencia del nivel federal que describieron algunos de los informantes entrevistados.

1. Características generales de Baja California Sur

Con la finalidad de caracterizar el contexto del presente análisis, se presentan algunas características generales del estado, particularmente información geográfica y socioeconómica. Asimismo, se describe información general sobre educación y necesidades de salud de la población. Es importante destacar que este estado fue la entidad que reportó el menor gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto a nivel nacional (SSA, 2004).

Baja California Sur es un estado peninsular de México y presenta una extensión territorial de 73.677 km cuadrados. Se localiza al noroeste de México, en la península del mismo nombre y tiene límites con el estado de Baja California al norte, el golfo de California al este y al sur, y con el océano Pacífico al oeste. Por su extensión territorial ocupa el noveno lugar en el país. Reporta una población para el 2000 de 424,041 habitantes, lo que representa a nivel nacional el 0.4%. De este total el 51% son hombres y el 49% mujeres.

Un aspecto relevante de la geografía de este estado y que fue descrito como una barrera de acceso considerable por algunos informantes es que tiene un total de 2,743 localidades de las cuales el 98.07% tienen menos de 500 habitantes. 1.31% del total de todas las localidades tiene de 500 a 2,500 habitantes y 0.47% tiene de 2,500 a 14,999

habitantes. Finalmente, el 0.15% tiene más de 15,000 habitantes y el 2.4% de su población es indígena.

Entre sus principales municipios destacan La Paz, Los Cabos y Mulegué. Para el caso de La Paz, su producción agrícola comercial es de vid, caña de azúcar y naranja. Se realiza también actividad ganadera, pesquera y turística, lo que hace de este municipio una importante zona comercial. En el censo de Población de 2000 se reportan 196,907 habitantes.

Los Cabos cuenta con clima cálido. Sus habitantes se dedican principalmente a las labores agrícolas, pesqueras y turísticas, contando el municipio con una población de 105,469 habitantes. El tercer municipio en importancia es Mulegué; este municipio tiene un relieve montañoso y plano así como un clima seco desértico. Sus principales productos agrícolas son trigo, maíz, algodón y frutas. En este municipio se reporta también actividad pesquera. Su población está estimada en 45,989 habitantes.

1.1 Actividades económicas

Desde el punto de vista económico, algunos de los principales productos del estado están representados por el ganado vacuno y caprino, producción relevante debido a que se exportan quesos y pieles de res y de cabra. La pesca es otra de las principales riquezas naturales del estado; entre las especies más abundantes se encuentran sardina, cazón, tiburón, sierra, bonito, tortuga, abulón, langosta y camarón. El estado cuenta también con una de las salinas más importantes a nivel mundial, Guerrero Negro, así como con uno de los mayores yacimientos de yeso en la isla de San Marcos.

La principal industria del estado se relaciona directamente con los recursos provenientes del mar, los cuales son procesados en empacadoras de pescados y mariscos, así como en fábricas de aceite. Cuenta también con otras industrias tales como

la alimentaria, química, eléctrica, del cemento y del hule. El turismo representa un renglón importante en su economía por sus atractivos naturales como el parque Sierra de la Laguna, reconocido por su flora y fauna peculiar, y la Laguna Ojo de Liebre, donde acuden anualmente las ballenas para reproducirse.

1.2 Ocupación laboral

El estado cuenta con un total de 169,014 habitantes económicamente activos que representan el 54.9% de la población, de los cuales el 68.81% son hombres y el 31.19% mujeres; ambos con una tasa de ocupación del 29.8. Por sexo, la Población Económicamente Activa incluye al 49.10% de hombres y al 10.21% de mujeres. La ocupación formal presenta una tasa de 31.74% (32.59% hombres y 25.81% mujeres). La tasa informal presenta para el 2000 el 68.26% de los cuales el 67.11% son hombres y el 74.19% mujeres.

El salario mínimo en el estado fue de \$45.24 pesos para el 2004. El sector primario representa el 10.7% del producto interno bruto, el sector secundario el 12.8% y el terciario el 72.2%. El ingreso per cápita promedio estimado es de \$7,469.00¹

1.3 Educación

Del total de la población de 15 años y más (284,984 habitantes) el 95.69% es alfabeto, siendo 47.87% hombres y 46.77% mujeres. Por su parte, la educación primaria presenta una eficiencia terminal de 85.6%, lo que coloca este estado en el tercer lugar a nivel nacional. La entidad muestra un índice de deserción escolar a nivel de primaria de 0.8%, de 7.2% a nivel secundaria, de 30.8% a nivel técnico y de 16.8% a nivel del

¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Anuarios estadísticos 1999-2002, México. Tomado de Arredondo, Armando. *Informe técnico del proyecto: Equity, Financing And Decentralization In México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2005

bachillerato. Con relación al habla indígena sólo el 1.4% de la población habla una lengua indígena.

1.4 Salud

El 58.91 % de la población está cubierta por alguna de las instituciones de la seguridad social, de los cuales el 72.05% pertenece al IMSS, el 25.37% al ISSSTE y el resto a otras instituciones de la seguridad social. El estado presenta un porcentaje de población usuaria de los Servicios de Salud de 41.09%.

Para el año 2003 los indicadores epidemiológicos y demográficos muestran una tasa de natalidad de 19.34 por 1,000 habitantes, una tasa de mortalidad de 3.77 por 1,000 habitantes y un crecimiento total de 1.29. La tasa de fecundidad es de 2.13, la esperanza de vida para hombres es de 72.97 años, la de mujeres de 77.98 años y la mortalidad infantil está representada con una tasa de 17.70.

Las principales causas de mortalidad y morbilidad son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades cerebro vasculares. Por su parte, las cinco principales causas de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y mal definidas, las infecciones urinarias, la amebiasis intestinal y las úlceras gástricas y duodenales.

1.5 Características de la muestra

Se realizaron un total de 18 entrevistas semiestructuradas. De este total, siete corresponden a entrevistas con tomadores de decisiones en el nivel estatal, dos a líderes comunitarios, seis a usuarios de servicios de salud, dos a tomadores de decisiones en el nivel jurisdiccional y una a un médico de un centro de salud.

2. Dimensiones organizacionales de la descentralización

Para el caso de Baja California Sur, la descentralización en salud mostró avances administrativos en materia de transferencia de responsabilidades del nivel federal, aunque diversos tomadores de decisiones del sistema estatales de salud establecieron que esta transferencia tuvo consecuencias financieras desfavorables para el sistema de salud del estado. En el contexto en el que se recopiló la información, se identificaron desarrollos gerenciales limitados para contener con la implantación de iniciativas gubernamentales de salud. La información para el desarrollo de este apartado proviene esencialmente de trabajadores de diversos niveles del sistema de salud.

2.1 Transferencia de responsabilidades

La transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal se refiere a una mayor responsabilidad estatal en la conducción del sistema de salud, mientras que el nivel federal sigue teniendo un peso relevante en el financiamiento. En este sentido, el caso de Baja California Sur muestra que la descentralización en salud tuvo en la entidad avances significativos, puesto que opiniones vertidas a este respecto señalan que esta política modificó mecanismos de articulación gubernamental con el nivel federal. Sobre este punto, tomadores de decisiones establecieron que la descentralización ha funcionado como un mecanismo de delegación de funciones regulada por marcos normativos y prioridades que han de atenderse en las entidades federativas. Un funcionario de Baja California Sur que también se ha desempeñado como legislador, estableció que estas transferencias han influido de manera favorable en procesos locales de toma de decisiones:

“... Se han delegado funciones que antes eran del gobierno federal, o sea, de la Secretaría de Salud federal al estado. Antes la SSA federal decidía dónde y bajo qué

criterio se construían las unidades de salud, qué hospitales o qué unidades de salud son sujetas de remodelación. Ahora estas decisiones se toman acá, lo mismo a qué empresas se le entregan los trabajos. Lo mismo los recursos; antes llegaban etiquetados para ser utilizados única y exclusivamente para determinados programas de salud, ahora aquí en el estado se decide hacia qué programas se canalizan los recursos y en qué cantidad...”

La delegación de funciones y responsabilidades del nivel federal al estatal, establecida a partir de la descentralización, planteó para los tomadores de decisiones un aumento considerable de responsabilidades estatales en materia de recursos humanos, ejercicio del gasto y aportaciones estatales o de otras fuentes al financiamiento del sistema de salud. Un tomador de decisiones vinculado al manejo de recursos financieros, estableció que la transferencia de responsabilidades había ocasionado una situación deficitaria en el sistema de salud del estado en el contexto de la descentralización:

“... Lo único que yo veo es que ahora hay más problemas administrativos que antes. Se tiene una deuda, un pasivo o un déficit presupuestal mucho más grande que los que teníamos cuando éramos una entidad centralizada, y tenemos muchas dificultades para comprar y tener un abastecimiento [de insumos] que siquiera llegue al 80%. Tenemos problemas para tener una plantilla que mantenga operando los servicios adecuadamente, entonces yo le veo a la descentralización mas desventajas que ventajas...”

Ahora bien, una reflexión proveniente del análisis de este estado sugiere la importancia de adaptar la implantación de políticas públicas a las características de las entidades federativas de México, puesto que éstas podrían en algunos casos limitar la capacidad resolutoria del sistema de salud. Para el caso de Baja California Sur, algunos funcionarios estatales comentaron que las características geográficas del estado influyen de manera directa en diversos costos de atención para la población. Para ello, se refirió que diversos traslados de diversas comunidades a hospitales estatales o regionales suponen grandes distancias, lo que incrementa notablemente los costos operativos de este tipo de atención médica. Un funcionario de una Jurisdicción Sanitaria enfatizó esta

problemática ante la implantación en el estado de nuevas políticas de atención a la salud federales:

“... El Seguro Popular va a atender a una gente de Santa Rosalía. ¿Cómo le van a hacer para trasladarlo desde allá a que venga a atenderse en otro nivel? Entonces ahí yo creo que hay unas pequeñas lagunas; los traslados estamos hablando de 800, 900 kilómetros. El costo es grandísimo...”

2.2 Modificación del centralismo

Otro aspecto central en el cambio de la articulación entre los niveles federal y estatal se refiere a la modificación del otrora centralismo federal. Para identificar este cambio se indagaron transformaciones a partir de la descentralización en cuanto al desarrollo de capacidades locales atribuibles a la transferencia de responsabilidades o a cualquier otra estrategia de la descentralización en salud. Asimismo, se indagó acerca del efecto de estos cambios en el financiamiento del sistema de salud estatal.

La información recopilada en este estado, destacó que el funcionamiento del sistema de salud en Baja California Sur ha dependido de manera significativa de los recursos provenientes del nivel federal. En este sentido, el discurso de tomadores de decisiones refirió que el monto de los recursos federales no se había modificado de manera sustancial a partir de la descentralización, tal y como lo expresó un médico vinculado con el manejo de recursos financieros a nivel estatal:

“... El presupuesto de gasto de operación de la Secretaría de Salud del gobierno federal tiene años que sigue siendo la misma cantidad, con incrementos mínimos que no llegan ni siquiera a la tasa de inflación anual...”

Esta presunta falta de modificación en la relación con el nivel central se tradujo para diversos informantes en limitaciones locales para asumir la organización del sistema de salud en el estado. Bajo este principio, para estos actores la implantación de la descentralización no favoreció el desarrollo de capacidades locales para diversificar fuentes de financiamiento ni para modificar la situación del sistema de salud. A ello se

agregó que la falta de recursos en el estado ha limitado las capacidades del sistema de salud, teniéndose que tomar decisiones significativas sobre el manejo de recursos, tal y como lo expresó un administrador:

“... En realidad no se han dado esos cambios, pues no ha habido una modificación en el financiamiento. Yo no he notado ninguna variación, al contrario, cada vez el presupuesto es menor, cada vez tenemos más problemas. Cada vez tenemos que estar utilizando recursos que antes utilizábamos nosotros para el gasto de operación, para estar contratando personal. Eso antes no sucedía porque cada vez que se abría una nueva unidad de salud se daba la plantilla para operarlo; ahora nosotros la tenemos que contratar...”

2.3 Desarrollo de capacidades gerenciales

Dado que la descentralización en salud se propuso fortalecer las estructuras de los sistemas estatales de salud, se indagó acerca del fortalecimiento organizacional en materia de capacidad directiva y gestión de recursos. Sobre estos temas, la información recopilada en las entrevistas sugiere que no hubo cambios notables que los informantes hayan atribuido a la descentralización.

Al documentar esta problemática, se encontró que, para diversos informantes, la asignación de recursos puede seguir un procedimiento denominado histórico, así como otro descentralizado. En el primer caso, se consideró que la asignación presupuestal federal utiliza como criterio la asignación anterior, mientras que en el segundo existen asignaciones financieras con criterios técnicos fundamentados en la atención a las necesidades de salud de la ciudadanía.

Sin embargo, llamó la atención que diversos informantes relacionados con el sistema de salud hayan establecido los parámetros descritos sugiriendo que tienden a predominar en la entidad los mecanismos de asignación histórica y una aparente aplicación limitada de criterios técnicos. En este sentido, hubo testimonios que señalaron efectos adversos para el estado de la poca capacidad local para ajustar las políticas vigentes de financiamiento al contexto actual. Un tomador de decisiones

vinculado en otro momento a tareas legislativas expresó de la siguiente manera el predominio de criterios no descentralizados:

“... Lo negativo de estos cambios en cuanto a salud se refiere, no son ni cambios sino que no hemos cambiado porque no hemos sido capaces como para ir a designar mayores recursos a la salud y, pues esos cambios tienen que ver con problemas políticos y con decisiones gubernamentales mal tomadas...”

En términos organizacionales, la información presentada sugiere que para los informantes la descentralización introdujo nuevos problemas financieros al sistema estatal de salud. Al mismo tiempo plantea la necesidad de analizar la adaptación de las políticas públicas a las características de los estados. Finalmente, si bien se refirió una marcada transferencia de responsabilidades y funciones hacia el estado, la dependencia financiera del nivel federal sugiere una revisión de los alcances de esta política en materia de financiamiento.

3. Dimensiones económicas de la descentralización

Los testimonios de los informantes sugieren que la descentralización en salud pudo haber tenido importantes implicaciones económicas en los estados estudiados. En Baja California Sur se refirieron limitaciones en diversas transacciones financieras del sistema de salud a partir de la descentralización, habiéndose referido como parámetro la capacidad para movilizar recursos al interior del sistema de salud. En cuanto a capacidades financieras locales, se reportaron en la entidad dinámicas que muestran dependencia financiera del nivel federal. Ante esta problemática, se plantearon capacidades locales limitadas para la gestión de recursos. Por su parte, las limitaciones económicas referidas en el estado se expresaron en mecanismos de maximización de recursos relacionadas esencialmente con el ahorro.

3.1 Capacidades financieras locales

El desarrollo de capacidades financieras supone el manejo de un entramado complejo de procedimientos, así como de un lenguaje especializado. Para la identificación de estas capacidades, se indagó acerca de la ampliación del financiamiento al sistema de salud, habiéndose documentado en la entidad referencias limitadas a fuentes alternativas de financiamiento, como recursos provenientes de donativos y aportaciones ciudadanas. Asimismo, informantes de distintos niveles de gobierno respondieron afirmativamente a la identificación de fórmulas de asignación financiera, pero manifestaron desconocer sus características y procedimientos como instrumentos para mejorar la gestión estatal de recursos.

En Baja California Sur se refirieron tres fuentes de financiamiento por parte de informantes entrevistados del sistema de salud: el nivel federal, la entidad federativa y las cuotas de recuperación que aportan los usuarios de servicios de salud por los servicios recibidos. Para estos informantes, la principal fuente de financiamiento del sistema estatal de salud proviene de los recursos que aporta el nivel federal, sobre la que comentaron depender para atender a la población que carece de seguridad social. Una observación relevante sobre este proceso fue que los testimonios recopilados no refirieron alternativas para mejorar el financiamiento estatal, aun cuando las reformas promovidas por la descentralización promueven un incremento de las obligaciones locales en materia de aportaciones al financiamiento del sistema de salud. Un tomador de decisiones del nivel estatal comentó al respecto:

“... Nosotros tradicionalmente hemos sido un estado que vive del subsidio federal. Como estado representamos el punto cuatro del producto interno bruto y, como tal, no generamos los suficientes recursos para todo. El funcionamiento pues del aparato público que se da aquí en el estado trabaja a través del subsidio...”

Al indagar con funcionarios del nivel estatal acerca de fuentes alternativas de financiamiento, se refirió el caso del Patrimonio de la Beneficencia Pública, el cual es una instancia de la SSA federal que transfiere recursos a los estados para apoyar esencialmente a personas que viven con alguna discapacidad. Dadas sus características, se considera que esta fuente tiene impactos limitados porque funciona con una combinación de recursos provenientes de la SSA y de las cuotas de recuperación que aportan las personas que acuden a consulta. Sobre su funcionamiento en el estado, un informante estableció algunas características generales de esta fuente y de cómo se financia:

“... En el estado está el Patronato de la Beneficencia Pública que funciona y opera recursos que le llegan a través del 15% de las cuotas de recuperación; 10% de esa cuota de recuperación le quedan a esta administración de la beneficencia pública y el otro cinco por ciento se debe mandar a la Ciudad de México al PBP nacional. El tipo de apoyo que da este organismo es para ayudar a la gente que no tiene para pagar una atención que resulta cara, como pudiera ser el tratamiento y medicamentos para la atención del cáncer, prótesis, aparatos auditivos y cuando la gente no puede ser atendida...”

Para efectos de ampliar las capacidades financieras de los sistemas estatales de salud, la SSA federal facultó a los estados a realizar cobros módicos por los servicios médicos denominados ‘cuotas de recuperación’. Esta fuente de financiamiento fue ampliamente valorada por informantes de los servicios de salud de distintos niveles. Algunos de los argumentos aportados a favor de este recurso expresaron su utilidad para financiar necesidades de los servicios para atender a las personas, tal y como lo expresó un médico del nivel jurisdiccional:

“... Pues mire, lo de las cuotas de recuperación era una tablita de salvación para los centros de salud y para los hospitales porque de ahí contrataban gente, medicamentos, material de curación, placas de rayos X, vehículos, todo eso...”

Ahora bien, una dimensión relevante de la capacidad financiera local se refiere al manejo de lenguaje y procedimientos técnicos. Si bien se encontraron casos donde este manejo fue referido, la mayor parte del personal de los servicios estatales de salud

manifestó desconocerlo, lo que sugiere que el personal médico podría tener capacidades limitadas para la ejercer este tipo de funciones administrativas. En este sentido, la diversidad de fuentes que en conjunto integran el financiamiento estatal mostró un panorama complejo de flujos financieros que se canalizan a través de instancias gubernamentales federales, estatales y municipales, tal y como lo muestra el siguiente testimonio descrito por un médico vinculado al área administrativa:

“... Las fuentes siguen siendo las mismas: presupuesto federal a través del Fondo de Aportación a los Servicios de Salud, o sea el FASSA, Ramo 33, y algún presupuesto del Ramo 12 que llega a los municipios y que los municipios no utilizan para salud sino que lo utilizan para sus prioridades, el presupuesto que da el gobierno del estado y el presupuesto de la fuente de financiamiento que representan las cuotas de recuperación. Hay algunas otras fuentes como el programa de Oportunidades, en donde el gobierno federal canaliza recursos, pero no en dinero sino en especie, para algunos programas que para el gobierno federal son prioridad...”

3.2 Capacidad de gestión de recursos

Dada la situación de limitaciones presupuestales referida por diversos informantes de los servicios estatales de salud de la entidad, se indagó acerca de la capacidad para gestionar recursos adicionales para atenderla. Para ello, el manejo de criterios técnicos volvió a ser relevante, mostrando que en Baja California Sur este manejo fue igualmente limitado. Sobre este particular, el desconocimiento sobre las pautas y criterios de gestión presupuestal fue más marcado conforme más baja fue la posición de los informantes en la estructura organizacional del sistema estatal de salud. Un médico de un centro de salud expresó de la siguiente manera su desconocimiento de dinámicas económicas del sistema de salud:

“... Pues yo te puedo decir que nosotros tenemos un presupuesto pero se maneja a nivel estatal. No sabemos cuánto es el presupuesto que cada Jurisdicción tiene...”

En materia de aportaciones estatales para suplir limitaciones presupuestales, llamó la atención que las limitaciones financieras apuntadas se hayan expresado en un discurso dual sobre gestión de recursos para financiar la atención médica pública. En

este caso, informantes del nivel gerencial apuntaron haber gestionado favorablemente recursos para cubrir diversos gastos (trípticos, folletos, rota folios, etc.) particularmente ante empresas. En contraste, para informantes vinculados con la atención médica la gestión de recursos representó en cierto sentido una barrera para la generación de recursos orientados a la atención médica y la promoción de la salud. Como muestra de ello, se presenta a continuación un testimonio de un médico sobre la gestión de recursos:

“... El Estado de Baja California Sur todo el tiempo ha sido subsidiado por la federación y ahora que desprende el recurso en cuanto a la descentralización nos va ‘como en feria’, y lo sentimos. Por ejemplo, en el área de promoción de la salud nosotros tenemos que andar haciendo gestiones ahora sí que fuera de la Secretaría a veces tratando de buscar el recurso, por ejemplo, con empresas refresqueras, con otras estancias...”

En torno a la complejidad de los procedimientos técnicos implicados en la gestión de recursos, se comentó ampliamente que es en el nivel federal donde se formulan y emiten los criterios normativos que regulan el ejercicio de los recursos. A ello se agregó que tales criterios están orientados a establecer parámetros para su asignación, el ejercicio del gasto y los reportes acerca de su uso. Un tanto al margen de estas dinámicas, se documentó una iniciativa local coordinada a nivel de una cabecera municipal que buscaba vincular distintas instituciones de asistencia social y mejorar las oportunidades de acceso a servicios médicos para los ciudadanos del municipio mediante la vinculación de estrategias y programas, tal y como lo refirió un regidor municipal:

“... Mi exposición fue sobre un plan emergente para el Municipio, para que toda la gente contara con un servicio de salud que sea equitativo, democrático e informativo. Este fue uno de los proyectos que presenté en esa reunión de hace aproximadamente un año. Estamos tratando de implementarlo por medio de comités, a base de muchas cosas. Llevamos un año y medio; todavía no lo podemos consolidar pero lo vemos desde una base o un eje de este gobierno municipal...”

Es importante resaltar que si bien las aportaciones realizadas por los usuarios en materia de cuotas de recuperación representaron una forma de participación económica directa con efectos favorables para los servicios de salud, diversos sectores de la población usuaria expresaron su inconformidad por la realización de tales aportaciones. Sobre este particular, algunas usuarias expresaron que este gasto se combina con otros, particularmente con el transporte que deben pagar debido a las distancias existentes entre las comunidades más alejadas de las unidades de atención. Esta situación fue referida por una madre de familia de la siguiente manera:

“... Pues yo no estoy de acuerdo que se paguen cuotas. Por ejemplo: yo trabajo en un bar y vengo de San Lucas hasta San José (Los Cabos), entonces yo a veces no puedo venir. Por ejemplo, aquí nos dicen que vengamos lunes, martes o miércoles o jueves. Ya cuando es viernes ya nos cobran doble; por ejemplo, ahorita tuve que pagar, me cobraron...”

3.3 Mecanismos de maximización de recursos

Dadas las limitaciones de capacidad de gestión documentadas, se indagó acerca de mecanismos de maximización de recursos orientados a ampliar la capacidad de producir servicios de salud en el sistema estatal. Para el caso de Baja California Sur, estos mecanismos se relacionaron esencialmente con el ahorro. Llamó la atención en este punto que se hayan referido por parte de la población efectos favorables de los servicios de salud resultantes de apoyos recibidos u observados en personas de sus comunidades.

En materia de ahorro, se refirió un proyecto para optimizar las compras estatales en asociación con otros estados a fin de lograr mayores descuentos por volumen. Es importante poner de relieve que, de acuerdo con algunos testimonios, en un esquema de compras centralizadas a nivel federal se favorecían presuntamente los fondos federales. En este sentido, en el contexto actual se desarrollaron algunas estrategias orientadas a generar oportunidades de ahorro para eficientar el uso de los fondos de financiamiento, programándose algunas compras de manera conjunta con otras entidades federativas.

Un médico vinculado a las finanzas estatales expresó esta iniciativa de la siguiente manera:

“... No tenemos nosotros la capacidad como lo puede existir en Guadalajara, México o Monterrey. Entonces, yo estoy pensando acercarme a mi compañero homólogo de Guadalajara o al de Monterrey y decirle: ‘¿Sabes qué?: inclúyeme unas 3,000 mil cartillas más y a ver cómo le hago para mandarte el dinero porque me va a salir más barato’...”

Ahora bien, fueron referidas barreras políticas y de coordinación relacionadas con el ámbito sindical por prestaciones laborales, así como con la necesidad de establecer una mayor coordinación con otras secretarías de estado para ampliar las capacidades del sistema de salud. Asimismo, se estableció la importancia de promover que la SSA federal desarrolle mayores funciones normativas y amplíe los recursos que asigna a los estados para brindar atención médica a población pobre. Bajo este principio, fueron recopilados testimonios de usuarios que refirieron haber observado beneficios en la población por concepto de haber recibido atención médica pública, lo que muestra el potencial de la maximización de recursos, dada la ampliación de servicios derivada de la aplicación de los recursos optimizados:

“... Nos han ayudado, a varia gente nos han ayudado, como a nosotros ahora sobre lo del embarazo y eso. Nos dan platicas y nos están ayudando...”

En este apartado se mostró que Baja California Sur fue el estado con menor capacidad local de movilización de recursos hacia el sistema de salud, así como la entidad con menor capacidad de gestión de recursos en el nivel local. Asimismo, se documentó un manejo limitado de criterios técnicos relacionados con la asignación de recursos y un apego a los criterios establecidos desde el nivel federal para el manejo local de recursos. En este contexto se refirió que ciertas formas de ahorro han favorecido una atención que goza de reconocimiento por parte de las personas que acuden a recibir atención médica.

4. Dimensiones políticas de la descentralización

En materia de los arreglos locales para favorecer la implantación de la descentralización, la información recopilada muestra que aun cuando se identificaron desarrollos gerenciales limitados, fueron referidos testimonios que perfilan cambios en la relación entre el nivel federal y el estado a partir de la descentralización, en este caso, en materia de mejoras en la toma local de decisiones. Asimismo, se recopilaron testimonios que sugieren una mayor autonomía estatal, así como un importante peso de la dimensión política en la implantación local de políticas públicas.

4.1 Cambios en la relación con el nivel federal

El análisis realizado mostró que la relación con el nivel federal supone la integración de aspectos normativos y de capacidad gerencial relacionada con el margen local para decidir sobre el destino de los recursos en el estado. En materia de la relación entre el nivel federal y la entidad federativa, se refirió que la normatividad vigente en la entidad era esencialmente federal, lo que crea la percepción que ésta continua centralizada. Asimismo, se estableció que no se dispone en el estado de un sistema de monitoreo de indicadores organizacionales y financieros que permita establecer de manera precisa los efectos de los programas de salud.

A pesar de las observaciones anteriores, buena parte de los informantes de los Servicios de Salud estableció que la descentralización llevó también a la entidad un conjunto de ventajas, particularmente en la toma local de decisiones. Sobre el particular, se estableció que en el ejercicio del gasto existen ciertos márgenes de autonomía en cuanto a la realización de obras públicas, contratación de personal y ejercicio del gasto en compras de material, medicamentos y otros rubros. Estos cambios fueron resaltados

como un efecto favorable de la descentralización por un alto tomador de decisiones, destacando la necesidad de mayor desarrollo gerencial:

“... Lo que he observado es que el gobierno del estado cada vez tiene más ingerencia en la toma de decisiones y en muchas ocasiones son a nivel de gobierno estatal que se decide casi la mayoría de las acciones que se van a llevar a cabo. Desde dónde se va a construir una unidad de salud, a quién se va a contratar, en qué se va a gastar el dinero. En eso sí se tiene mayor injerencia por parte del gobierno del estado y eso tiene un riesgo, de que quien esté decidiendo no tenga todos los elementos y toda la información necesaria para tomar una adecuada decisión...”

4.2 Autonomía y supuestos sobre la conducción de la descentralización

Como ya se ha sugerido, un efecto favorable de la descentralización fue una mayor autonomía para el manejo de los recursos y la toma de decisiones. En contraste con estos efectos, se refirieron limitaciones financieras locales significativas que han llevado al cobro de cuotas de recuperación para financiar la producción de servicios de salud.

En este contexto, llamó la atención que el supuesto de la producción de servicios en el estado haya sido referido como una forma de protección social para la población más pobre. Al respecto, se mencionó la necesidad de cierta subsidiaridad que favorezca una mayor asignación de recursos para el sistema estatal de salud, tal y como lo expresó un médico de un centro de salud:

“... Hay obviamente, como en el resto de país, personas que tienen muchas carencias y otras que tienen todo. Entonces, yo considero también que con relación a la equidad en la población sudcaliforniana es bueno que los que más tenemos nos solidaricemos con los que menos tienen para que ellos tengan acceso a los servicios de salud, al igual que los que estamos afiliados a un régimen de seguridad social...”

En un contexto más amplio, se planteó que existen otros factores del proceso salud enfermedad que pueden tener efectos impredecibles en un futuro cercano. Tales factores suponen la integración de dimensiones técnicas y teóricas del ámbito de la investigación en sistemas de salud. Es importante apuntar que si bien las líneas generales del discurso de los informantes mostró alcances limitados en materia de asignación presupuestal, altos tomadores de decisiones expresaron la necesidad de

eficientarla y democratizarla para atender favorablemente las necesidades de salud de la población. Este planteamiento fue expresado de la siguiente manera por un alto tomador de decisiones estatal:

“... El proceso que actualmente se desenvuelve México en una transición epidemiológica, demográfica, política y plural, es complejo y en este sentido ahora reconocer que las enfermedades emergentes, además muy costosas, plantean un reto muy importante cuando persisten todavía desigualdades en el país, en Baja California Sur. ¿A qué me refiero? A que tenemos menos población marginada, el estatus social y económico más o menos está nivelado. Reconocemos que el programa de equidad viene como una respuesta al reconocimiento de eso y a establecer comisiones que puedan propiciar la igualdad de oportunidades generando capacidades y por otro lado haciendo más democrático todas sus actividades con la participación de todos nosotros...”

Es importante señalar que uno de los importantes supuestos descritos como parte de la maximización de recursos se relacionó con la ampliación de la capacidad local de producción de servicios de salud. Sin embargo, diversos informantes de los servicios expresaron que la mayor parte del presupuesto disponible se ejerce en atender requerimientos de recursos humanos, quedando un margen reducido de recursos que se canalizan a la adquisición de insumos y a la realización de obra pública. En este escenario, se establecieron riesgos de pérdida de autonomía y la necesidad de adaptar la implantación de políticas a las características de los estados mediante esquemas gradualistas, tal y como lo refirió un tomador de decisiones vinculado a tareas de planeación:

“... Inicialmente hubo tareas desconcentradas que vinieron a fortalecer los acuerdos nacionales con las entidades federativas para descentralizar, pues propiamente ya en el proceso del gobierno federal a los estados la autonomía de los estados en coordinación o responsabilidad de la salud en forma todavía compartida de cierta manera. Ciertamente, decía yo, que iba en forma progresiva y paulatina, porque en ese gradualismo iban dándose los pasos para que los gobiernos, digamos, pulsaran esa responsabilidad y estimaran hasta la convergencia de esa administración...”

4.3 Arreglos locales para la implantación de la descentralización

Un aspecto favorable de la investigación realizada fue que identificó testimonios que apuntan a una vinculación muy importante entre las dinámicas políticas y la conducción de los sistemas de salud en los estados. En este sentido, distintos informantes expresaron inquietudes relacionadas con la filiación política y la asignación de recursos. Sobre este tema, si bien no se identificaron en campo señalamientos directos, se sugirió que podría haber influencia de la esfera política en la asignación presupuestal, buscándose con ello favorecer municipios o entidades relacionadas con los grupos gobernantes en aras de mantener el poder político más que de producir servicios para grupos vulnerables.

Dado que el gobierno del estado visitado estaba representado por el Partido de la Revolución Democrática, se expresaron opiniones en las cuales la filiación política del gobierno federal podría, de manera hipotética, afectar la asignación de recursos a la entidad, puesto que el gobierno federal está representando por el Partido Acción Nacional. Sin embargo, se sugirió al mismo tiempo que en la implantación de programas federales se logra un equilibrio al respecto. Esta situación fue descrita de la siguiente manera por un representante político estatal:

“... Yo escucho al Presidente, también al Lic. Gobernador, sobre todos los proyectos que existen. Es cierto, hay algunos detalles, pero van encaminados fuera de partidos. Hay una buena convivencia. En materia de salud, estamos empezando en este gobierno promoviendo el nuevo Seguro Popular, este programa que lleva el presidente también lo hemos visto con buenos ojos. De alguna manera han sido programas muy transparentes y no están politizados sino llegan hasta el último rincón de una población, hasta la persona más alejada...”

Dado que el trabajo de campo se realizó en un año de elecciones federales, diversos informantes de los servicios de salud expresaron su preocupación por el probable uso político electoral tanto de los programas de salud como de los fondos y recursos financieros para operarlos. En este sentido, se estableció en cuanto a la relación entre niveles de gobierno, que el que el PRD haya sido el partido en el gobierno, ello no

había limitado la relación con el gobierno federal. Al respecto, se comentó favorablemente que el propio gobernador del estado había participado de manera directa en la gestión de más recursos financieros para inversión en proyectos sociales.

Se estableció también que la coordinación interestatal había funcionado favorablemente, dado que la filiación política de las distintas instancias gubernamentales no obstaculizaba la toma de decisiones en el estado. Sin embargo, se dejó entrever que si bien había habido una buena coordinación, esta podría verse afectada por algún conflicto partidista o electoral entre los distintos actores sociales relacionados con el sistema de salud. Esta problemática fue referida de la siguiente manera por un representante político estatal:

“... Existe una buena coordinación entre el estado y los municipios y aquí al interior pues la mayoría de los alcaldes son del mismo partido al que pertenece el gobernador. No sé qué vaya a suceder en la próxima elección, que es en 2005, y cómo vaya a quedar compuesto el mapa político aquí en el estado; si van a ser todos del mismo partido o de partidos diferentes...”

La dimensión política mostró en el caso de este estado mejoras en la toma local de decisiones, aunque la limitada gestión de recursos no modificó la dependencia de la entidad hacia el nivel federal. Dadas sus características, se habló de la necesidad de mayores consideraciones para favorecer una implantación de políticas de salud con un esquema gradualista que considere capacidades locales de gestión de recursos. Finalmente, se sugirió la posibilidad que el faccionalismo político pudiera tener efectos desfavorables en los procesos de asignación financiera de la descentralización.

5. APUNTE FINAL

Para el problema de investigación planteado, los procesos sociales que han influido en la descentralización del sistema de salud de Baja California Sur se relacionaron con las dinámicas asociadas a su dispersión poblacional, su diseño organizacional local y sus limitadas capacidades locales de gestión de recursos.

En materia del financiamiento del sistema estatal de salud, se refirió una marcada dependencia de los recursos provenientes del nivel federal, observándose un manejo limitado de procedimientos técnicos. Asimismo, se sugirió la posibilidad que dinámicas vinculadas al faccionalismo político pudieran afectar negativamente el financiamiento del sistema estatal de salud.

CASO 2. COLIMA. LA DESCENTRALIZACIÓN CENTRALIZADA

El caso de Colima representó un escenario en el que la mediación estatal pareció limitar alcances de autonomía local y toma de decisiones. A diferencia de Baja California Sur, el territorio de este estado es de los más reducidos del país y la población no se encuentra tan dispersa. Al mismo tiempo, se refirieron ventajas en materia de la transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal que influyeron en una gestión amplia de recursos que, en opinión de informantes del sistema de salud, favoreció la maximización de la base financiera del sistema de salud y amplió la oferta de servicios.

En materia organizacional se describe un contexto de mayor consolidación de la descentralización en el estado, aunque se muestra que en la transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal se generaron formas de centralización en éste último. No obstante esta dinámica, se refirieron mayores capacidades financieras y de gestión, así como mayores desarrollos gerenciales.

Una dimensión que resultó particularmente relevante fue la política, en cuyo caso se refirieron arreglos locales para la implantación de políticas de salud que parecen privilegiar la participación en iniciativas federales que mejoran la gestión estatal de recursos. Sin embargo se identificaron situaciones que derivaron en distintas formas de corporativismo en torno a la provisión de servicios de salud.

1. Características generales de Colima

Este estado se sitúa en el occidente del país y representa el 0.3% de la superficie nacional con una extensión territorial de 5,191 km². Su capital es la ciudad de Colima, la cual cuenta con una extensión territorial de 103 km² y una población de 130,000

habitantes. El estado está integrado por 10 municipios de los cuales cinco constituyen sus principales centros poblacionales.

La población total de Colima en 2000 fue de 542,627 habitantes, ocupando el 31° lugar del país. La composición de su población por sexo es de 49.4% de hombres y de 50.6% de mujeres. La distribución de la población urbana es de 464,438 habitantes mientras que la rural es de 78,189 habitantes, presentando una densidad poblacional de 99 habitantes por km². El 4% de la población de la entidad es indígena. Para la época del trabajo de campo el estado estaba en proceso de elección de gobernador siendo electo el candidato del Partido Revolucionario Institucional.

1.1 Actividad económica

El ingreso promedio *per cápita* fue de \$6,309.00 para 2002¹. La población económicamente activa de 12 años y más está representada por el 47.79% del total, del cual 62.98% son hombres y el 37.02% son mujeres. De esta población el 20.2% trabaja en el sector secundario, el 20.1% se dedica al comercio y el 47.9% trabaja en el sector de servicios. El salario mínimo fue de \$42.11.

La tasa de ocupación en Colima representa el 30.86% de la población económicamente activa. De este porcentaje el 20.6% tiene una ocupación formal mientras que el 79.4 se desempeña en el sector informal. Por sectores de producción el sector primario representa el 9.5%, el sector secundario el 30.3%, el sector comercio el 14% y el sector servicios el 46.2%.

1.2 Educación

¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Anuarios estadísticos 1999-2002, México. Tomado de Arredondo, Armando. *Informe técnico del proyecto: Equity, Financing And Decentralization In México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2005

De la población de 15 años y más, representada por 343,190 habitantes, la población alfabetizada representa el 92.7% y la analfabeta el 7.3%. De la población alfabetizada el 18% tiene primaria completa, mientras que el 54.2% tienen algún grado de educación postprimaria que incluye secundaria, preparatoria y licenciatura.

1.3 Servicios y necesidades de salud

En el sector salud encontramos que el 48.21% de la población carece de seguridad social. Por su parte, el 45.63% de la población cuenta con servicios de seguridad social, de la cual el 82.61% pertenece IMSS, el 14.84% al ISSSTE y el otro 6.61% a otras instituciones de la seguridad social.

El estado presenta una tasa bruta de natalidad para el 2003 de 18.27, una tasa de global de fecundidad de 2.08, una tasa de crecimiento de 1.29, una tasa de mortalidad general de 4.48 por 1000 habitantes y una tasa de mortalidad infantil de 17.85 por 1000. La población del estado presenta una esperanza de vida promedio de 74.52 años, siendo para los hombres de 72.98 años y para mujeres de 77.72 años para el año 2003.

Las cuatro principales causas de mortalidad en el estado son enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y accidentes. Con relación a la morbilidad las cinco principales causas son infecciones respiratorias agudas, infecciones por otros organismos, infecciones de vías renales, picadura por alacrán y dengue clásico. Con relación a la mortalidad infantil, las principales causas para el 2002 fueron desnutrición y otras deficiencias nutricionales, infecciones intestinales e infecciones respiratorias agudas.

1.4 Características de la muestra

Se realizaron un total de 20 entrevistas semiestructuradas. De este total, ocho fueron realizadas a prestadores de servicios de salud (personal de servicio y tomadores de

decisiones), cinco a líderes comunitarios (representantes políticos y líderes de organizaciones civiles), seis a usuarios de servicios de salud, y una a un representante político.

2. Dimensiones organizacionales de la descentralización

Respecto a la dimensión organizacional, la información aportada por los informantes de Colima sugiere que la transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal dio pie a procesos locales de recentralización de recursos, en este caso en el gobierno estatal. Bajo esta modalidad, personal médico estableció que tal transferencia se tradujo en una carga financiera para el sistema estatal de salud. En este contexto, se documentaron desarrollos gerenciales para la mejora de la gestión de recursos derivados de la implantación de políticas de salud, aunque éstos fueron más notorios en los niveles directivos.

2.1 Transferencia de responsabilidades

Para el caso de Colima, informantes del sistema de salud sugirieron que la transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal representó una carga financiera y administrativa, si bien en otros apartados se identificaron efectos más favorables de la descentralización. Al analizar el discurso de los informantes de los servicios de salud se encontró que sus opiniones mostraron que el principal rubro de gasto es el de recursos humanos. Este apunte es relevante al coincidir con el caso de Baja California Sur en que la transferencia de las responsabilidades en materia de recursos humanos a las entidades federativas ha representado un rubro de gasto que plantea retos organizacionales en el corto plazo. Una tomadora de decisiones, al establecer el peso del gasto en personal

respecto al gasto total, mostró que el gasto se ajustó en relación a las necesidades de operación del sistema de salud, quedando la atención a las necesidades de salud supeditada a estos ajustes:

“... El problema que tenemos es que soportamos una plantilla de personal que nos absorbe un porcentaje muy importante y ya lo que son gastos de operación pues quedan reducidos para soportar todo lo que es el pago hasta el final. Entiendo yo por ejemplo dentro de lo que es el gasto de operación que el pago para el personal tiene que hacer una serie de ejercicios que garanticen que a diciembre el trabajador pueda cubrir todo lo que son las percepciones de fin de año. Esto sacrifica mucho la administración que tiene que estar guardando para hacer economías y poderles garantizar al trabajador lo que son las prestaciones de fin de año, sus aguinaldos y todo; y eso es básicamente descansado en el presupuesto del estado, no hay una partida específica...”

Al margen de la carga financiera de los distintos rubros de gasto del sistema de salud, la comparación con otras entidades permite sugerir que en cada estado existen condiciones intrínsecas que favorecen y / o limitan los alcances de la transferencia de responsabilidades al nivel estatal. En este sentido, las características propias del estado de Colima parecieron favorecer circunstancias bajo las cuales el sistema estatal puede implantar programas sociales cuyos costos operativos pueden ser más altos, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de una médica que desempeña tareas de planeación, en el que incluye dimensiones técnicas:

“... Nosotros somos un estado afortunado: no tenemos grandes concentraciones como en otros estados de población indígena, nuestros indicadores de impacto son favorables. Esto nos permite que la distribución presupuestal sea más o menos, digamos ‘lineal’. De hecho, en 1999 tuvimos el primer lugar en el cumplimiento de indicadores de impacto de los 46 indicadores. Entiendo que tenemos una esperanza de vida mayor que el promedio nacional; entonces, eso nos garantiza a nosotros que no hay los polos de marginación que pudiera haber en estados como Guerrero o Oaxaca...”

Para el caso del presente estudio, una comparación con Baja California Sur y Jalisco mostraría una situación un tanto más favorable en términos de acceso a servicios de salud. Sin embargo, la cobertura de la seguridad social es más limitada.

2.2 Modificación del centralismo

En el caso de Colima resultó sobresaliente que se haya modificado la relación con el nivel federal, aunque en el proceso de asignación de los recursos financieros se definieran circunstancias que parecieran favorecer nuevas formas de centralismo. El análisis realizado mostró que existe un conocimiento vago entre los trabajadores del sistema de salud acerca del cómo se establecen los montos asignados y qué criterios son empleados para tal fin. Una noción que prevalece en el análisis de este procedimiento es que los fondos del financiamiento del sistema estatal provienen esencialmente del nivel federal, siendo en su transferencia al estado donde los recursos se recentralizan, generando con ello dificultades para ejercer el gasto. Un encargado de servicios a nivel jurisdiccional comentó al respecto:

“... En teoría el financiamiento a las entidades federativas llega de una manera más directa a las unidades estatales. Sin embargo, finalmente sigue habiendo cierto mecanismo de retraso porque las radicaciones se hacen a nivel estado. En el estado se detiene poco tiempo el dinero por ahí, otro poco tiempo en las oficinas centrales y finalmente a las unidades operativas viene llegando ya extemporáneamente; entonces finalmente el cambio pretendía dar mayor oportunidad, mayor acercamiento a las Unidades. Creo que todavía falta ultimar esos pequeños detalles...”

Ahora bien, es importante observar que en la manera en que se ha conducido la descentralización en Colima se haya considerado que con ésta haya aumentado la capacidad estatal para producir servicios de salud. En este caso, se encontró que médicos vinculados a la toma de decisiones establecieron un panorama óptimo a partir de la implantación de esta política, considerándose que el esquema de financiamiento vigente habría de cambiar hacia un escenario de mayor autonomía financiera y mayor capacidad de producción de servicios.

Dado que durante trabajo de campo se estaba implantando el Seguro Popular de Salud en la entidad, se documentó que si bien los recursos a esta iniciativa se asignaron verticalmente desde el nivel federal, fue en la redistribución donde éstos habrían de

horizontalizarse en el estado, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un médico del área administrativa:

“... A partir de la descentralización la asignación de los recursos cambia precisamente desde la fuente que llega a los gobiernos estatales y que de los gobiernos estatales pasa a la coordinación con los servicios de salud. Esa es una forma en que cambia: entiendo que es como si hicieran una gran bolsa donde los servicios de salud priorizan hacia dónde van a dirigir el recurso y la fuente de financiamiento del Seguro Popular es directa, es vertical el subsidio que llega del nivel federal y la forma de reasignarlo a las unidades es con mayor libertad. De mi experiencia previa entiendo que esto no es tan natural, básicamente [porque antes] era en base a los irreducibles, a los históricos y no tanto a las necesidades...”

El caso de Colima mostró que en el contexto de la recentralización estatal de recursos se produjo una noción en la que el personal encargado de atender a las personas percibe márgenes acotados de decisión para el ejercicio de los recursos financieros. Esta noción pareció reforzarse al establecerse que una vez asignados los recursos del nivel federal, es el propio gobierno estatal el que influye tanto en la programación del gasto como en la asignación oportuna de recursos financieros. Desde la óptica de estos informantes, esta dinámica representó un efecto adverso para la descentralización en el nivel estatal, por las limitaciones que implica que la asignación de recursos se haga al gobierno estatal y no directamente a los servicios de salud, tal y como lo expresó un médico encargado de programa del nivel jurisdiccional:

“... En cuestión del financiamiento, desde mi punto de vista, creo que en cierta forma vino a mermar un poco la cuestión de la oportunidad del financiamiento. Sabemos que dentro del proceso de descentralización todo tiene que pasar por la secretaria de finanzas a quien se le deposita el recurso de la secretaría de salud y pues de ellos dependemos. La asignación del recurso a los servicios estatales de salud, por cosas que son extraoficiales, a veces se conoce que se ha limitado un poco en cuanto a la transferencia que a veces no se da con los tiempos como se requiere para poder cubrir las necesidades. Yo en cierta forma veo que si fuera descentralizado pues que se hubiera descentralizado el recurso directamente a los servicios estatales de salud sin tener que pedir una autorización a la secretaria de finanzas o al gobierno del estado, porque prácticamente el ramo 33 debe ser intransferible si viene etiquetado. Los servicios son quienes deben gastarlos en los diferentes conceptos y programas...”

2.3 Desarrollo de capacidades gerenciales

Para el caso de Colima se refirieron mayores desarrollos gerenciales a partir de la descentralización, aunque éstos fueron más predominantes en los niveles directivos. Parte de estos desarrollos han consistido en la identificación de oportunidades para mejorar la gestión estatal de recursos para el sistema de salud, y se vincularon de manera más sobresaliente con la participación en convocatorias que suponen asignaciones especiales de recursos, tales como la certificación de unidades y programas. Por su parte, se identificó un manejo limitado de criterios técnicos entre el personal de salud sobre la transferencia de responsabilidades y la asignación de recursos.

Respecto a los desarrollos gerenciales referidos por personal directivo, se describieron procesos de certificación y acreditación de unidades. A ello se agregaron referencias sobre la ampliación de la infraestructura. En torno a ello se relacionaron ventajas geográficas, sociales y económicas del estado que han influido en que personal médico asocie a su sistema de salud atributos en los que se favorece una mayor participación y una mayor capacidad de implantación de políticas en el nivel estatal. Sin embargo, aunque distintos proveedores hayan atribuido niveles óptimos de capacidad resolutive al sistema de salud, también identificaron problemas similares a los de otros estados en materia de provisión de servicios en donde algunos sectores como la población rural tiene un acceso más limitado a servicios, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un funcionario de un hospital:

“... A partir de 1999 el estado se certifica con cobertura universal por parte de la Organización Panamericana de la Salud. Tenemos la construcción del Hospital Regional Universitario que está dando atención a mayores especialidades con un poco más de complejidad a los servicios troncales, y en cuanto a la elección pues prácticamente yo creo que todavía no llegamos a que el paciente pueda elegir con qué médico quiera atenderse, sobretodo en el caso del primer nivel y las comunidades rurales...”

En cuanto al desarrollo gerencial para la gestión de recursos, la mayor parte de informantes de los servicios de salud estableció como mecanismos de asignación los criterios ‘históricos’ y no comentó un conocimiento amplio de fórmulas y criterios utilizados para la asignación de recursos financieros. También refirieron que en la asignación de recursos financieros no se siguen criterios técnicos, lo que limita oportunidades para mejorar la gestión de recursos, tal y como lo expresó un médico vinculado a tareas administrativas:

“... Una desventaja es que el recurso, creo yo, no sé cómo es desde el nivel federal y que la fórmula no ha sido actualizada. De hecho, con la reforma a la Ley General de Salud prácticamente todavía no está definida la fórmula sobre cómo va a ser la asignación presupuestal. Esa ha sido la desventaja: La asignación no ha tenido una fórmula mas acorde a la realidad...”

En cuanto al manejo de los criterios técnicos para la asignación de recursos entre el personal vinculado a los servicios médicos, se encontró que éste era limitado. Este planteamiento incluyó también lo relacionado con la programación de las actividades a realizar como su participación en la gestión de recursos, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un médico de un centro de salud:

“...: No conozco la fórmula de asignación. Lo que pasa es que uno de los grandes problemas es que nosotros desconocemos cuál es el presupuesto estatal, entonces yo no sé qué parte se destina a gastos de administración, qué parte para los hospitales, o cuánto se destina para la administración de las clínicas, lo que siempre es secundario porque debe abrirse la información a todos y eso está oculto...”

En el presente análisis se consideró el manejo del marco legal como un componente del desarrollo gerencial. Al respecto, se refirió que la normatividad vigente provenía del nivel federal, correspondiéndole a ese nivel la emisión de tales normas. Con base en este planteamiento, personal de nivel directivo estableció que esta política introdujo cambios importantes en el funcionamiento del sistema de salud, como lo sugirió un tomador de decisiones:

“... Yo concibo la descentralización en cuanto a la estructura y las funciones y lo que son las competencias estatales conservando la normatividad del nivel federal. En

cuanto a cambios estructurales, pues sí hubo una reforma considerable en la estructura de prestación de servicios a nivel estatal...”

El capítulo organizacional del estado de Colima mostró que en el proceso de asimilación de las funciones estatales del sistema de salud se desarrollaron habilidades gerenciales en el nivel directivo y no así entre el personal que realiza funciones relacionadas con la atención a la población. Por su parte, en el proceso de transferencia de funciones y recursos se desarrollaron dinámicas de centralización de recursos a nivel del gobierno estatal que generaban efectos desfavorables para el manejo estatal de recursos. Asimismo, se documentó un manejo técnico limitado de procedimientos y marcos normativos de la descentralización.

3. Dimensiones económica de la descentralización

El caso de Colima resultó relevante porque refiere capacidades locales para la gestión de recursos. En este punto, diversos informantes establecieron que la capacidad del sistema estatal de salud se amplía mediante la participación en iniciativas federales que parecen mejorar el financiamiento estatal.

3.1 Capacidades financieras locales

En Colima se refirieron tres fuentes de financiamiento: el financiamiento federal, las aportaciones estatales y las cuotas de recuperación. Pese a que los diversos actores refirieron la dependencia de los recursos provenientes del nivel federal, se identificaron en campo iniciativas de gestión y asignación estatal cuyas particularidades serán descritas más adelante.

En el caso del financiamiento federal, se refirió que éste fue la principal fuente de financiamiento para el estado, y que su asignación y gasto siguieron un conjunto de flujos complejos que abarcaron diversos niveles de gobierno. Estos procedimientos implicaron el manejo de criterios técnicos complejos vinculados a la descentralización, tal y como lo refiere el siguiente testimonio de un tomador de decisiones:

“... Yo concibo la descentralización en cuanto a la estructura y las funciones, lo que son las competencias estatales y conservando la normatividad del nivel federal. En cuanto a la forma en la que son financiados los servicios de salud a través del Ramo 33 también fue una modificación importante, dado que todo lo que se deriva del nivel federal a los estados llega vía finanzas como ramo 33 y esta a su vez a través del FASSA que es para los servicios de salud...”

El caso de Colima mostró al nivel estatal que las fuentes de financiamiento tuvieron un comportamiento dinámico, destacando en primer lugar la manera en que el personal médico del estado se refirió al establecimiento de facultades para integrar y manejar los fondos, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un médico de un centro de salud:

“... Tenemos la facultad los estados de apoyar ciertas actividades. Ya no es tan hermético ni vertical el gasto en salud porque se pueden hacer las adecuaciones dependiendo de las necesidades que en ese momento requiera la población para atender su salud...”

En cuanto a las cuotas de recuperación aportadas por la ciudadanía, se documentó que éstas eran un recurso significativo para los servicios estatales de salud. Dada su relevancia, informantes médicos destacaron en su caracterización la visualización de este recurso como una fuente de financiamiento en etapa de transición. Este cambio fue atribuido a que estas cuotas habrían de ser sustituidas por un prepago derivado de la implantación del Seguro Popular. Este proceso de cambio en las fuentes tradicionales de financiamiento fue caracterizado de la siguiente manera por una médica que desempeña tareas de planeación:

“... Entiendo que los servicios que paga la población son acordes a un parámetro ya establecido; se publica en el Diario Oficial, en el periódico local, lo que son las cuotas

de recuperación; gran parte ya tienen un mecanismo normado sobre cuánto queda para la unidad, cuánto para la Beneficencia Pública local y cuánto para la federal. Es la forma de incorporar y hacer un poquito más para oxigenar las finanzas de las áreas. Puedo decir que el 80% de la población está afiliada al Seguro Popular, lo que me refería a las áreas es que las cuotas de recuperación son cada vez más pequeñas por la incorporación del Seguro Popular. Eso es básicamente lo que sería las cuotas de recuperación que nunca han sido suficientes empezando porque son servicios subsidiados...”

Adicionalmente, tomadores de decisiones comentaron la existencia de recursos adicionales generados en el estado para cubrir rubros de gasto que no estaban programados dentro del llamado gasto corriente. Estos recursos provinieron de fondos creados para financiar iniciativas de tipo asistencial orientadas a cubrir necesidades de población vulnerable. Al respecto, un médico vinculado a tareas administrativas destacó la relevancia del Patrimonio de la Beneficencia Pública estatal:

“... No recuerdo el año, pero sí han ya oficializado la creación de la Beneficencia Pública para el estado de Colima. Este organismo recibe el apoyo de recursos por parte de la SSA; un porcentaje de las cuotas de recuperación es para apoyar a estos organismos de la Beneficencia Pública y estos organismos retribuyen en especie como ejemplo: material de osteo síntesis, sillas de ruedas, muletas, marcapasos y ese tipo de cosas...”

3.2 Capacidad de gestión de recursos

Pese a que buena parte de testimonios de personal de los servicios de salud estableció limitaciones en el financiamiento, en Colima se refirieron fuentes adicionales que se generaron al nivel del estado, encontrándose recursos provenientes de la combinación de fuentes, de las aportaciones que hace directamente el gobierno estatal para fortalecer algunas iniciativas de atención, así como participaciones que realiza la ciudadanía.

Respecto a la combinación de fuentes, algunos proveedores apuntaron como una práctica estatal el combinar recursos provenientes de diversas iniciativas cuyo uso coincida con la atención a la salud y diversas necesidades de la población que carece de seguridad social. De acuerdo con los testimonios recopilados, esta dinámica ha sido

promovida en buena medida a iniciativa del gobierno estatal como lo muestra el testimonio de una médica del área de planeación:

“... Hay instituciones de beneficencia pública pero no han sido de alguna manera propiciadas por un programa específico. Ya existían. En la actualidad en el estado funciona un consejo sectorial de política social en el que participan las secretarías y las organizaciones civiles. Las ONG que participan tienen conocimiento pleno de los programas sociales que maneja la Secretaría de Desarrollo Social, entre ellos Oportunidades, Liconsa y todos ellos...”

A esta dinámica se sumó el desarrollo de iniciativas locales orientadas a la gestión de recursos para la ampliación de la atención a la salud de población que carece de seguridad social, donde actores externos al sistema de salud desempeñaron un rol significativo. Al respecto, algunos líderes comunitarios pertenecientes a estructuras de gobierno comentaron su vinculación con las comunidades para gestionar los recursos necesarios para atender sus necesidades, sin dejar de establecer la necesidad de mayores recursos para operar eficientemente los servicios estatales. Un representante municipal comentó.

“... Yo tengo constante contacto con la gente. Diario tengo contacto constante con la gente. Falta dinero para hacer el ajuste económico para sacar al personal. Si tuviéramos el personal suficiente y los suficientes recursos económicos haríamos todo lo que se pudiera hacer; entonces tenemos que ir improvisando y tenemos que ir realizando la economía más el tiempo y los recursos humanos que contemos para poder ir haciendo ese tipo de actividades...”

Cabe señalar que en el caso del personal vinculado a la atención médica, este tipo de apoyos no les resultaron familiares. Para estos informantes, no ha habido cambios importantes en la gestión de recursos para el sistema estatal de salud, aunque algunas iniciativas recientemente impulsadas desde el nivel federal parecían estar cambiando esta noción. Un médico de un centro de salud comentó respecto a estos cambios:

“... Por lo general los fondos se manejan igual: históricamente. Considero que no ha habido una innovación. Yo me he involucrado últimamente con el proceso de presupuestación de los programas. Ahora viene la nueva modalidad con la reforma de la Ley General de Salud...”

Una observación relevante realizada por informantes vinculados con la toma de decisiones mostró que existen transferencias de recursos que no se están asignando al sistema estatal de salud por medio de los gobiernos municipales. Bajo este principio, se refirió una especie de desvinculación de esferas de gobierno que ha limitado la corresponsabilidad financiera de los servicios de salud en el nivel local. En este contexto se refirió que diversas autoridades se vincularon únicamente en torno a iniciativas asistenciales, sin realizar otro tipo de aportaciones, tal y como lo apuntó un líder comunitario:

“... No estoy enterado de qué manera se hayan manejado anteriormente los recursos. Yo voy a hablar a nivel municipal, a nivel municipal yo me he dado cuenta que el estado coordina todos los esfuerzos de todos los municipios para llevar la salud a cada uno de los ciudadanos; entonces, el municipio no deroga dinero directamente de su presupuesto para atención a la salud. Si acaso nada más se atienden a lo que serían los DIF municipal, pero todos los centros de salud están bajo la Jurisdicción y el reglamento o la Ley de Salud Estatal...”

Es importante apuntar que pese a los avances descritos tanto por personal médico como por líderes comunitarios en relación con la gestión de recursos, algunas de las personas entrevistadas en las clínicas refirieron que estrategias con valoraciones positivas como las cuotas de recuperación pueden representar una barrera para algunos sectores sociales. Estos informantes expresaron valoraciones positivas para algunos incentivos, particularmente descuentos:

“... Está mal que la gente pague cuotas de recuperación porque hay veces que uno no trae dinero para pagar, y si le hacen descuentos y eso, está muy bien...”

De particular relevancia en relación con la observación expresada por algunas usuarias, fue que aunque valoradas favorablemente por proveedores y líderes comunitarios, las cuotas de recuperación no representaron para algunos tomadores de decisiones un porcentaje significativo del financiamiento global del sistema de salud. Desde esta perspectiva, el actual contexto de financiamiento sugiere la posibilidad de

revisar este mecanismo, tal y como lo muestra el testimonio de un médico vinculado a la toma de decisiones:

“... Las cuotas de recuperación nunca han sido una limitante. Entonces, utilizamos los dineros más bajos de recuperación. No son un elemento determinante para nuestra operación...”

Como se verá más adelante, parte de la gestión local de recursos descrita por algunos informantes se relacionó con el ámbito político local. Las dinámicas asociadas a este ámbito mostraron dinámicas corporativas en donde las comunidades aportaban recursos para que les fueran provistos servicios médicos con intermediación de diversos actores. Este tipo de planteamientos se relacionaron con la identificación de casos en algunos poblados del estado, en donde la participación comunitaria se tradujo en experiencias locales de colaboración bajo un esquema de administración local, tal y como lo describe el siguiente testimonio de un líder comunitario:

“... Está más ligado a un trabajo comunitario. Lo que se ha logrado en algunas localidades es generar sus propios espacios para pláticas para la salud, generar espacios de consultorios en lugares donde los atendía la unidad móvil, que ellos han generado su propio consultorio. Un cuartito ya con ciertas condiciones para en lugar de subirse a la ambulancia para el diagnóstico o para que la revisen se lleve a cabo en un espacio más adecuado. Esto más que nada esta en función a cada comunidad. Que esa aportación se traduzca en mejores servicios para ellos, pero generados, administrados y destinados hacia la misma población. Te estoy hablando de palapas, te estoy hablando de adquisición de ventiladores, de la adquisición de mobiliario que se ha hecho en algunas comunidades y otras más que se han creado...”

3.3 Mecanismos de maximización de recursos

En el caso de Colima se identificaron diversos mecanismos de maximización de recursos, los cuales involucraron ajustes presupuestales, combinación de recursos de programas gubernamentales y mayores asignaciones derivadas de la gestión de recursos. En este sentido, la ampliación de los recursos financieros pareció haber influido en el mejoramiento de la atención médica, así como en la compra de insumos y la ampliación de la infraestructura del sistema de salud.

Se establecieron tres rubros de gasto en torno a los cuales se ejercieron los recursos presupuestales: pago al personal, medicamentos e infraestructura. Al igual que en Baja California Norte, informantes del sistema de salud establecieron que los servicios de salud funcionan en una situación de insuficiencia presupuestal, lo que ocasiona un conjunto de ajustes al presupuesto. Estos ajustes buscan atender con cierto equilibrio las necesidades operativas del sistema de salud en primer lugar, dejando un espacio de maniobra para la oferta y provisión de servicios a la población, tal y como lo describe el siguiente testimonio de un médico del nivel jurisdiccional:

“... Falta dinero para hacer el ajuste económico para sacar al personal. Si tuviéramos el personal suficiente y los suficientes recursos económicos haríamos todo lo que se pudiera hacer; entonces, tenemos que ir improvisando y tenemos que ir realizando la economía más a tiempo para que los recursos humanos contemos para poder ir haciendo ese tipo de actividades...”

Este escenario de provisión de servicios con recursos limitados fue identificado también por ciudadanos que acudieron a los servicios de salud, en cuyo caso algunos de ellos señalaron la importancia de aportar cuotas de recuperación para apoyar la provisión de servicios, maximizándose con ello la base de recursos en el nivel local. Dado que estas representaron aportaciones de dinero en efectivo, algunos de los informantes externaron su preocupación por mostrar que tanto la recaudación como la aplicación de los recursos se realizó con criterios de transparencia, tal y como lo señaló una integrante de un comité de salud que apoyaba la recaudación de recursos en un centro de salud:

“... Las cuotas de recuperación son muy pocas. Yo pienso que no se cobra mucho, es poco y viene siendo una ayuda porque ya ve que no tienen los doctores el recurso suficiente muchas veces para pagar a quien esté también ahí atendiendo. Yo siento que son buenos, porque los recursos no son para hacer corrupción ni nada de eso. Su manejo es algo que queda muy claro, que es limpio y transparente...”

Como resultado de una mayor gestión y de la ampliación de la base de recursos financieros en el estado, se documentó que al ampliarse los recursos, se dispuso del

acceso a más insumos para la atención médica. Dentro de lo complejo que resulta la programación del gasto, destacó para el caso de Colima el peso que se le asignó al gasto en medicamentos. En este caso particular, se hizo mención expresa a que este patrón derivó de las iniciativas relacionadas con el Seguro Popular de Salud, porque el abasto de este tipo de insumos tiene un peso significativo para lograr la aceptación del Programa, tal y como lo refirió una funcionaria estatal de este programa:

“... Nosotros consideramos que sí ha habido cambios a partir de esta forma de financiar la salud. Por ejemplo, yo le puedo asegurar que en este momento se tiene una mayor solvencia al médico para prescribir el medicamento y garantizar que la población tenga el medicamento; para mí es uno de los cambios más importantes...”

Esta innovación en el financiamiento no dejó de representar riesgos para algunos informantes. Al respecto, se comentó que el tipo de atención médica influye fuertemente en la programación del gasto, puesto que la ampliación de la oferta de servicios de salud contempla la creación de nuevos rubros de gasto que podrían representar una carga financiera significativa. Desde esta perspectiva, se establecieron avances en el mejoramiento de la oferta de servicios de salud por parte de personal médico, aunque no dejaron de señalarse servicios que podrían limitar los alcances de la base de recursos disponibles, como lo sugiere el siguiente testimonio del director de un hospital:

“... Se está ofertando la atención en hospitales. Si esto sigue con esa tendencia no va a ser factible dar atención porque se están ofertando intervenciones quirúrgicas, tomografías, etc. No alcanzaría el recurso para atender ese tipo de servicios. Por parte de los que proporcionamos los servicios, estamos de acuerdo pero porque ya nos han beneficiado un poco en el abasto de medicamentos; hay todavía otros problemas, estamos apenas dando los primeros pasos y bueno, ya tenemos una mayor posibilidad de atender a nuestros pacientes...”

No obstante este planteamiento, se estableció que la mayor disposición de recursos derivada de la participación en nuevos programas federales ha favorecido una mayor maximización de recursos y una mayor atención a las necesidades de la población. Esta situación fue descrita de la siguiente manera por un médico de un centro de salud:

“... A través del subsidio que tenemos de las familias apoyamos el equipamiento, la contratación de personal. El Director se quedó muy contento porque realmente el trabajar y tener lo necesario para poderle dar la atención a la población es gratificante. Como ésta ya es una unidad equipada, ya cuenta con servicios que antes no tenía...”

Como parte de la maximización de recursos documentada, aparte del rubro de medicamentos, en Colima se describió como otro rubro significativo el gasto en infraestructura, en torno al cual se apuntaron logros significativos. Estos avances fueron referidos como efectos de una política de gestión de recursos que tuvo efectos favorables para la infraestructura del sistema de salud, como lo muestra el siguiente testimonio de un alto tomador de decisiones:

“.. Si se contempla en el presupuesto el gasto de inversión pues sí se ve incrementado con nosotros. Estoy hablando de que se han constituido 25 centros de salud, se ha construido el Hospital Regional Universitario ...”

Cabe señalar de manera adicional, que las estrategias orientadas a combinar recursos para lograr mayores impactos en la atención a la población, mostraron que diversos programas asistenciales operan paralelamente en la estructura de los servicios de salud estatales. Pese a sus efectos favorables, ello puede llegar a ocasionar dificultades operativas derivadas de la racionalidad con que operan las distintas dependencias gubernamentales, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un médico en el que se muestra que recursos del programa *Oportunidades* mejoraron las condiciones de trabajo de personal que trabajaba en zonas rurales:

“... Como ventajas de Oportunidades por lo menos se ha dotado de mayor personal médico y de enfermería a las unidades para poder atender a esta población de manera exclusiva, pues en el sector rural el médico no recibe lo justo por sus servicios. Entonces en muchas ocasiones el no saber manejar la situaciones los lleva a meterse en problemas de pedir cuotas o de exigir alguna otra prestación...”

En cuanto a las dimensiones económicas de la descentralización en Colima, el presente apartado sugiere que el sistema estatal mostró capacidades para ampliar su base de

recursos mediante la gestión e identificación de nuevas fuentes de financiamiento. Asimismo, la maximización de recursos mediante la combinación de fuentes de financiamiento y los ajustes presupuestales se tradujo en la ampliación de los rubros de gasto refiriéndose erogaciones en materia de medicamentos y desarrollo de infraestructura.

4. Dimensiones políticas de la descentralización

En el presente apartado se describirán las dimensiones locales de la política estatal relacionadas con la implantación de la descentralización en salud. La información a presentar mostrará que los informantes no identificaron cambios significativos en su relación con el nivel federal, si bien se estableció el respaldo de este nivel en la implantación de nuevos programas de salud. Esta gestión con el nivel federal amplió la base de recursos y aumentó con ello los márgenes de autonomía locales. Sin embargo, se documentó que diversos arreglos políticos locales posibilitaron un uso político del sector salud, atendiendo a intereses locales particulares.

4.1 Cambios en la relación con el nivel federal

En Colima no se refirieron cambios importantes en la relación con el nivel federal atribuibles a la descentralización en salud. En este sentido, para informantes de los servicios de salud, la descentralización poco influyó en el desarrollo de mecanismos locales orientados a mejorar el financiamiento del sistema de salud a nivel estatal. Bajo este enfoque, los servicios estatales fueron conceptualizados como entidades que administran recursos con una capacidad local limitada para generarlos, tal y como lo refirió un funcionario del nivel jurisdiccional:

“... Desde mi función aquí pues las condiciones han sido las mismas. Realmente no podría decir que ha dado libertad, a lo mejor no es en sí el proceso de la descentralización sino ha sido la cuestión administrativa local, la cuestión de organización de nosotros como servicios estatales de salud. Que se busquen fuentes alternas de financiamiento, esa limitación creo yo que la tenemos en base a nuestra estructura organizativa o nuestra forma de administrar el recurso o de buscar nuevas fuentes de financiamiento...”

Sobre la aplicación de criterios técnicos en la asignación de recursos, se encontró que el personal de los servicios de salud no identificó cambios significativos en la asignación de recursos financieros. Sin embargo, se refirieron cambios identificados con el control y vigilancia del ejercicio de los recursos financieros, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un médico del área administrativa estatal:

“... La proporción del recurso que recibimos de la federación es similar a la que existía antes de la descentralización. Antes de la descentralización a grandes rasgos el 97% de los recursos eran federales y después de la descentralización el financiamiento sigue siendo federal en peso mucho mayor. Sí se ha avanzado porque ya hay un control del ejercicio presupuestal a nivel del estado; también se ha avanzado en materia de la administración del recurso humano...”

El caso de Colima mostró que el marco legal resultó estratégico para la implantación de la descentralización. Como muestra de ello se identificó con tomadores de decisiones un manejo de este marco orientado a mejorar la gestión de recursos. Para estos informantes, la interacción entre los niveles federal y estatal tiene relevancia en el nivel de claridad y acuerdos con que se establecen los marcos legales para garantizar la conducción de políticas públicas. Adicionalmente, se observó que el respaldo del nivel federal en algunos programas estratégicos como el Seguro Popular de Salud propició que en la entidad se haya decidido a apoyar la implantación este programa, tal y como lo describe el siguiente testimonio de un médico del nivel jurisdiccional:

“... Acerca de la factibilidad operativa y financiera del Seguro Popular, yo creo que si me lo hubiera preguntado antes de que fueran aprobadas las modificaciones a la Ley General de Salud, sería realizado con mucha voluntad pero sin soporte legal. En este momento yo creo que la publicación de esas modificaciones nos da mayor certeza del marco normativo, de todos los aspectos legales que se tienen que dar para darle una personalidad a esta estructura ...”

:

4.2 Autonomía y supuestos sobre la conducción de la descentralización

En este estado se identificaron diversos márgenes de autonomía, así como un conjunto de supuestos sobre los servicios médicos que respaldan ampliamente la participación del Estado en el sector público. Dado el peso de la dimensión política en Colima, se considera relevante tomar como punto de partida los supuestos de que sea el propio nivel federal, es decir el Estado nacional, la entidad que absorba los requerimientos de financiamiento de los sistemas estatales de salud, tal y como lo refiere el siguiente testimonio de un líder comunitario:

“... Es una obligación del Estado proveer servicios, es obligación del Estado dar la salud y no deben existir las aportaciones ciudadanas porque la gente tiene necesidades, la gente tiene muchos problemas que resolver. No deberían de existir las cuotas de salud en el centro de salud, en el Hospital General, en el Hospital Civil no deberían existir. Las cuotas debería absorberlas el Estado...”

Adicionalmente, trabajadores del sistema de salud expresaron que el tipo de servicios médicos que proveen a población que carece de seguridad social tiene un conjunto de subsidios que aseguran su provisión. Bajo este principio, se consideró la necesidad de dar continuidad a este patrón para mejorar la provisión de servicios mediante una proyección sistemática de los requerimientos de gasto necesarios para tal fin, tal y como lo apunta el siguiente testimonio de una funcionaria del Seguro Popular de Salud:

“... Trabajamos sobre la población pero con esa aportación que la federación hace del subsidio por cada familia que atendemos creo que es una forma de hacer llegar los recursos y que nos permita realmente fortalecer la prestación con calidad y con cariño. Creo que sin recursos no se puede hablar de una calidad por muy capacitado que esté nuestro personal si no tiene los insumos, y por otro lado nuestra población si no le otorgamos el medicamento a lo mejor podemos dar una atención, una historia clínica excelente en cuanto atención a nivel de consultorio o de especialidad, pero si no cuidamos la contraparte desde su casa o que tenga el medicamento para atender su salud igual no pudiéramos hablar de calidad...”

Ahora bien, al indagar acerca de dimensiones técnicas para operacionalizar la descentralización y modificar el financiamiento del sistema estatal de salud, el discurso

tendió a ser más limitado. Sin embargo, el análisis realizado favoreció la identificación de espacios de autonomía para la toma de decisiones derivados de la implantación de esta política. Bajo esta perspectiva, para personal de los servicios de salud, la distribución de los recursos estuvo supeditada a variables que se ven afectadas por la insuficiencia presupuestal con que opera el sistema en su conjunto, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un médico de un centro de salud:

“... Yo creo que dentro del Organismo Público Descentralizado se le ha dado la autoridad al titular para que pueda decidir en base a necesidades de los programas. Desde un principio se hace una distribución presupuestal que dice: ‘de esta forma se va a gastar por programa y por concepto’, pero dependiendo de las necesidades. Como el recurso es limitado para todos los programas, pues aquí se prioriza. Depende a ver si hay una emergencia, entonces el titular tiene toda la autoridad de decidir si se transfiere un recurso de un programa a otro...”

Una dimensión importante en cuanto a la autonomía local consistió en que tomadores de decisiones hayan establecido que parte de sus tareas se refiere a la búsqueda de un reparto equitativo de los recursos para favorecer el establecimiento de metas y objetivos generales relacionados con la atención a necesidades y grupos de población considerados como vulnerables por no disponer de seguridad social. Este planteamiento fue referido de la siguiente manera por un tomador de decisiones del nivel estatal:

“... A nivel tanto estatal como federal se trata siempre de buscar la equidad entre la población que menos tiene. Considero que los programas prioritarios tienen una carga importante en lo que son los aspectos de salud de la mujer, la salud del niño, la salud del adulto. Estos programas llevan una carga importante de lo que es la búsqueda de la equidad. Yo creo que es como el que todos tengamos la misma oportunidad...”

Un supuesto adicional de la atención médica en el sector público de Colima, se refirió a la referencia de la Carta Magna. Sin embargo, resultó particularmente relevante que si bien en este tipo de documentos se establecen los alcances de la política sanitaria, no se estipulan claramente los mecanismos a través de los cuales habrán de concretarse estos alcances. En este nivel, el esquema bajo el cual se provee atención a la población

fue conceptualizado por algunos tomadores de decisiones como un ámbito que parece ampliar las diversas oportunidades de acceso a servicios de salud:

“... Yo entiendo que la salud debe ser de una manera generalizada, porque en el artículo cuarto de la Constitución se habla claramente que todo ciudadano tiene derecho a la atención a la salud. Sin embargo, nuestra Constitución no establece claramente o no dice qué debe haber, o si debe haber clasificación en cuanto a la atención a la salud...”

4.3 Arreglos locales para la implantación de la descentralización

En Colima se identificó una participación amplia del gobierno estatal en materia de aportaciones estatales al financiamiento del sistema de salud, particularmente en iniciativas coyunturales vinculadas tanto a nuevos programas del Sector Salud como a procesos políticos locales. En este caso, la coincidencia de la implantación piloto del Seguro Popular con procesos electorales motivó la aportación de un fondo estatal para cubrir las cuotas de afiliación al programa de grupos de población vulnerables. Sin embargo, no se refirieron mecanismos orientados a dar continuidad a este tipo de iniciativas, tal y como lo describe el siguiente testimonio de un funcionario de este programa:

“... La experiencia que tenemos en este momento es que cubrimos el 80% de la población abierta, entonces obviamente que habla de un impacto. Yo creo que en un futuro lo que vamos a procurar es mantener ese impacto, puede ser lo más difícil, fortalecer también nuestros servicios y trabajar en todos los aspectos de la certificación de unidades para que esta población que esta inscrita en este momento pueda decir ‘el programa es bueno, me voy a reafiliar para el próximo año’. El Gobierno del estado en este año a través de un convenio nos dio la apertura para cubrir la cuota de afiliación de todo lo que es el decil uno, son diez reactivos que establecen las reglas de operación; el estado cubre el decil número uno y el número dos, que finalmente es la población que acude para la afiliación...”

Un aspecto relevante en este contexto, fue que se identificaron iniciativas locales en torno a las cuales se perfilaron experiencias de participación orientadas a ampliar el acceso de la población a servicios médicos. Este tipo de casos fueron relevantes al mostrar el tipo de negociaciones y mediaciones políticas existentes en el nivel local y

que tienen alcances relevantes en materia de participación social, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un líder comunitario:

“...La comunidad tuvo que organizarse para hacer esa petición al Presidente Municipal. El turno aquí es PAN; yo como Presidente de la Comisión de Salud tuve que estar al pendiente exigiéndole al Presidente que pusiera atención, que solicitaran al Sector Salud y al Gobernador del estado la creación de ese Centro de Salud. Es una participación ciudadana, participación de líderes y participación de las autoridades...”

En el contexto de la vinculación entre niveles de gobierno, diversos tomadores de decisiones de los servicios estatales de salud comentaron que los canales de articulación política establecidos por el aparato gubernamental del gobierno del estado de Colima han favorecido la conducción de políticas y programas de salud en el nivel local. Esto fue referido de la siguiente manera por un funcionario del nivel jurisdiccional:

“... Hay una comunicación más estrecha entre la autoridad municipal y la autoridad de los servicios de salud del estado. Es para mí muy claro que hay mayor comunicación; lo que anteriormente era así como ‘esto es cerrado y pues nada más de mi ámbito’, en este sentido la comunicación es mucho más ágil entre la federación y el estado. Creo que también han habido obviamente esfuerzos extraordinarios por innovar y por dar alternativas de financiamiento en el servicio. Lo que pasa es que igual mientras no se incremente el producto interno bruto lo referente a salud, pues yo creo que por ahí también pudieran empezar los problemas desde más arriba...”

Se considera central establecer para el caso de Colima que la articulación entre niveles de gobierno perseguía fines que rebasaban el ámbito de la atención a la salud de la población, para dar pie a una agenda política donde los actores de la estructura gubernamental del estado desempeñaban un rol protagónico. De acuerdo con la información recopilada, la coordinación política entre los niveles de gobierno estatal y municipal favorecía en gran medida el empate de las agendas de la atención a la salud con la promoción de los actores de la política gubernamental, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un tomador de decisiones:

“... Aquí en Colima, el gobernador ha hecho un excelente papel en cuanto a la atención a la salud; ha hecho que de alguna manera toda la población sea atendida por número de centro de salud. También ha creado centros de salud en los municipios y

creemos que la cobertura y la atención ha sido buena. De hecho, debe de trabajarse más en la atención a la salud. Ahora sí se satisface al cien por ciento; bueno, pudiéramos decir que sería una utopía satisfacer al cien por ciento, porque sería hablar de que no hubiera enfermos, de que no hubiera enfermedades, pero que se pueda hacer más por la salud definitivamente siempre se podrá hacer más...”

Un aspecto relevante que refuerza el planteamiento referido en el presente análisis muestra que las relaciones entre los niveles políticos tienen intermediarios que resultan fundamentales para dar racionalidad operativa al esquema en su conjunto. En este caso, diversos líderes comunitarios destacaron su función de intermediación entre las necesidades de la ciudadanía y su atención dentro de los cauces establecidos para tal fin. Este planteamiento fue expresado por un líder comunitario en los siguientes términos:

“... Hay una buena relación. La gente ha reaccionado adecuadamente y eso a favor del trabajo. Hace rato le contesté que me habían solicitado algún servicio para algún usuario y este fue atendido; entonces, yo considero que es buena la atención, que es buena la relación entre el sector salud y los líderes de las comunidades. Con las autoridades de salud del estado sí tenemos comunicación constante, la prueba esta en que sabemos cómo nos llamamos, cómo nos apellidamos...”

Quizá el efecto más complejo de las variables políticas en materia de producción de servicios se observe igualmente en el nivel local. Al respecto, fue posible la identificación de dinámicas sociales que hacen igualmente complejo el estudio de las barreras políticas para ampliar la provisión de servicios de salud. Si bien esta problemática no fue referida de manera insistente, los casos documentados demandan un análisis acucioso, puesto que la intermediación política en los servicios de salud podría impedir un mayor desarrollo de la ciudadanía e imponer limitaciones significativas a la capacidad local de conducción de políticas sociales, tal y como lo señaló un representante político:

“... Desgraciadamente el problema es que hay problemas políticos. Si aquí el estado es priísta y el municipio panista no debería de ser pero sí se da. Se da ‘estira y afloja’, hay ataques y eso viene a dar al traste con todo lo demás. Igual en los municipios. Yo he vivido dos administraciones, una panista y priísta y he visto una diferencia enorme. El gobierno del estado lleva ya seis años y es un gobierno priísta; aquí antes había una

administración priísta y no había el mismo flujo pues siempre hay restricciones ahí. La Comunidad es un municipio priísta hasta este momento; sí hay una buena relación, hay un buen servicio, pero me preocupa porque la próxima administración, o sea los que ganaron son panistas y creo yo que vaya a haber pues el señalar, marginar...”

Es importante considerar que el escenario caracterizado se presentó en una coyuntura electoral que tuvo como consecuencia, entre otras cosas, que el sector salud haya sido señalado de apoyar la campaña del candidato del partido en el poder, así como la propia anulación del citado proceso electoral. Resulta relevante al mismo tiempo y como parte de este proceso, que el discurso de los distintos actores políticos haya dado evidencia de una orientación más abierta hacia la participación social.

Asimismo, se estableció que la base de la participación social para la conducción gubernamental de políticas y programas requiere que los ciudadanos ejerzan un rol más activo en materia del ejercicio de sus derechos. En este sentido, la corresponsabilidad en la operación de los servicios de salud en el nivel local fue referida como un factor asociado a la consecución de metas de los programas de salud, tal y como lo expresó un líder comunitario:

“... En relación a la democratización de la salud, me ha tocado ser parte de dos programas anteriores a este. Yo digo que cada uno tiene su propia vigencia, sin embargo en esta democratización creo que el papel ha sido bien importante que la gente se politice en buen sentido, que sepa qué es a lo que tiene derecho, cuáles son sus obligaciones también, porque no existe un derecho si no hay una obligación de corresponsabilidad del programa en materia del compromiso establecido para la institución y los beneficiarios...”

Adicionalmente, se documentó entre distintos médicos desconfianza respecto a formas y dinámicas de participación provenientes de la sociedad civil. Al respecto, llamó la atención que no se haya considerado dentro de las instancias de participación a los organismos civiles, favoreciéndose únicamente la conformación de las agrupaciones que se acerquen a los cauces establecidos en torno a las unidades de salud del sistema estatal, tal y como lo expresó un funcionario de los servicios de salud del nivel estatal:

“... Se han construido espacios de participación social, excepto con las organizaciones no gubernamentales. No tengo conocimiento de su participación en la jurisdicción sanitaria. Pero con líderes sociales, con la propia comunidad y con los usuarios de los servicios sí hay un vínculo muy estrecho y sí están tomando una actitud democratizadora. Estamos permanentemente conociendo sus grados de satisfacción en los diferentes puntos que podemos. Sí hay espacios y ese es nuestro vínculo es el Comité de Salud que es lo que articula la comunidad con la institución; tengo conocimiento que hace seis años funciona y que debe de estar funcionando mejor: tenemos más de sesenta Comités...”

El ámbito político en Colima parece sustentar el centralismo estatal al favorecer por un lado la gestión de recursos y por otro distribuirlos con base en la agenda política e intereses grupales. En este contexto, se documentaron márgenes de autonomía relativos, así como la existencia de arreglos locales que favorecen la participación comunitaria para la atención de necesidades locales.

5. APUNTE FINAL

El caso analizado mostró que los arreglos políticos juegan un papel relevante en el nivel local, y que éstos se vieron favorecidos por un territorio reducido y una amplia capacidad local para la gestión de recursos. En este contexto, se identificaron desarrollos gerenciales en los niveles directivos y un manejo incipiente de los marcos legales.

Cabe señalar que estos efectos tuvieron expresiones favorables en materia de maximización de recursos con una orientación a ampliar la oferta de servicios de salud. Sin embargo, el corporativismo local favoreció situaciones coyunturales sin identificarse mecanismos orientados a ampliar la participación financiera del gobierno estatal de manera sostenida.

CASO 3. JALISCO. LA GESTIÓN COMO INSTRUMENTO ORGANIZACIONAL

El caso de Jalisco corresponde con el estado que presentó la mayor complejidad para instrumentar la descentralización de su sistema de salud. Como parte de este proceso, se observó una mayor transferencia de responsabilidades y recursos con una intermediación estatal menor que en el caso de Colima.

Como uno de sus rasgos más destacados se presenta la municipalización de servicios de salud, con lo cual se sientan las bases para una descentralización a niveles mínimos de gobierno, y se crean oportunidades para una mayor autonomía estatal y local. En torno a estos procesos, se documentó un amplio aprovechamiento estatal de los marcos legales y los mecanismos de gestión de iniciativas federales para ampliar la base de los recursos.

Adicionalmente, el análisis realizado permitió documentar las capacidades estatales de gestión de recursos, proceso en torno al cual se identificaron desarrollos gerenciales y márgenes de autonomía locales para diversificar fuentes de financiamiento y ampliar con ello la oferta de servicios de salud. Sin embargo, estos desarrollos parecieron encontrar sus límites más importantes en la carga financiera que representa la nómina del personal del sistema estatal de salud.

En términos políticos, resultó notoria la menor manipulación del sistema de salud, así como el desarrollo de dinámicas locales orientadas a ampliar los alcances de la descentralización. En este punto, resultó significativo que el sistema estatal de salud de Jalisco haya mostrado capacidades para promover la participación de organismos civiles y lograr con ello la transferencia de recursos para el desarrollo de intervenciones con sectores y asociaciones particulares.

1. Características generales de Jalisco

Enclavado en el occidente mexicano, Jalisco tiene una extensión de 78,839 km² en donde se distribuyen 113 municipios. Su capital es Guadalajara, la que tiene una población de 2'178,000 habitantes. Este estado tiene nueve ciudades con más de 50.000 habitantes, entre las que se cuentan Ciudad Guzmán, Guadalajara, Lagos de Moreno y Vallarta entre otras. Asimismo, este estado tiene 36 localidades con más de 15,000 habitantes. El estado reporta una población al año 2000 de 6'322,000 habitantes, de los cuales 48.6% son hombres y el 51.8% mujeres. El 1.6% de su población es indígena. El salario mínimo en el estado 43.73 pesos.

1.1 Actividad económica

Del total de la población económicamente activa de 12 años y más, el 52.60% tiene empleo y el 0.51% está desocupada. Con relación al producto interno bruto, dada la gran división de actividad económica encontramos que el sector primario corresponde al 7.6%, el sector secundario está representado por el 26.6% y el terciario corresponde al 41.8%. Para la fecha de la realización del trabajo de campo el partido de gobierno en el estado esta por el Partido Acción Nacional. Por su parte, el ingreso per cápita para 2002 fue de \$13,609.00¹, el más alto de los tres estados estudiados.

1.2 Educación

De total de la población de 15 años y más 93.5 % son alfabetos, de los cuales el 94% corresponde al sexo masculino y el 93% al sexo femenino. El 86.7% de esta población

¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Anuarios estadísticos 1999-2002, México. Tomado de Arredondo, Armando. *Informe técnico del proyecto: Equity, Financing And Decentralization In México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2005

tiene educación primaria completa. El estado presenta un índice de deserción a nivel primaria de 1.9 y de 10.2 a nivel de secundaria.

1.3 Salud

Del total de la población, el 53.81% no tiene seguridad social y el 46.19% cuenta con seguridad social; de este porcentaje, el 93.10% pertenece al IMSS, el 6.16% al ISSSTE y el 0.74% recibe atención en otras instituciones.

Como parte de sus indicadores demográficos y epidemiológicos, Jalisco presenta una tasa de crecimiento para el 2003 de 1.48, una tasa de natalidad de 19.39 y una tasa de fecundidad de 2.23. La esperanza de vida es de 75.42 años, la cual por sexo se distribuye en 73.03 años para los hombres y 77.82 años para las mujeres. La tasa de mortalidad general es de 4.64 por 1000 habitantes mientras que la de mortalidad infantil es de 18.03 por cada 1,000 nacidos vivos.

Las principales causas de mortalidad son las enfermedades de corazón, tumores Malignos, diabetes mellitus, accidentes y afecciones perinatales. Por su parte, Las cinco principales causas de Morbilidad son las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales, las infecciones de vías urinarias, la amebiasis intestinal y las úlceras gástricas y duodenales.

1.4 Características de la muestra

Se realizaron un total de 21 entrevistas semiestructuradas. De este total, 10 fueron realizadas a prestadores de servicios de salud (personal de servicio y tomadores de decisiones), cinco a usuarios de servicios de salud, dos a líderes comunitarios (de organizaciones políticas y ONGs), y cuatro a representantes políticos.

2. Dimensiones organizacionales de la descentralización

El caso de Jalisco corresponde a la entidad federativa estudiada con la mayor complejidad geográfica, demográfica y política. En función de ello, la documentación de la dimensión organizacional mostrará que se ha logrado una mayor transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal con una menor intermediación local en el manejo de los recursos.

Una de las particularidades de esta entidad federativa se refirió a la documentación de iniciativas de municipalización de servicios de salud, con lo que se mostraron avances importantes en cuanto a modificación del centralismo. Asimismo, el análisis de este caso mostró un mayor desarrollo gerencial en materia de aprovechamiento del marco legal como instrumento de gestión, si bien el desarrollo de habilidades gerenciales fue documentado esencialmente en ámbitos directivos.

2.1 Transferencia de responsabilidades

El caso de Jalisco contrasta con los de Baja California Sur y Colima por la capacidad financiera y la experiencia estatal en descentralización, dado que esta entidad inició este proceso desde la década de los años 1980, mientras que los otros estados se descentralizaron a finales de la década pasada. Llamó la atención en este sentido la referencia por parte de distintos informantes a describir una situación para el sistema estatal de salud de limitaciones financieras, si bien fueron amplias las referencias al desarrollo de capacidades de gestión significativas.

En materia de transferencia de responsabilidades, podría decirse que ésta ha sido asimilada localmente, y que este estado mostró mayores desarrollos de la descentralización en salud, al haberse documentado casos de municipalización de

servicios de salud. Para dar cuenta de las implicaciones organizacionales de esta transferencia de responsabilidades se estableció la importancia de los cambios en la relación entre los niveles federal y estatal. Como consecuencia de ello, la descentralización habría de favorecer una mayor capacidad local para la toma de decisiones. La información analizada de Jalisco muestra que esta noción fue ampliamente compartida por informantes del nivel directivo, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un alto tomador de decisiones del nivel estatal:

”... Yo creo que es muy importante reconocer que la descentralización de los servicios de salud fue un gran esfuerzo, tenía un excelente objetivo; fue sin lugar a dudas un paradigma en la historia de la administración pública nacional, fue sin lugar a dudas también un ejemplo de cómo la negociación del entendimiento puede fortalecer las acciones que el gobierno federal realiza en los diferentes estados y municipios fue sin lugar a dudas una excelente oportunidad de darle a los estados el nivel de coordinación necesaria para atender los problemas en donde esos se generan, sin embargo creo que también debido a la situación que está viviendo el país y a los aspectos históricos que le dieron origen a la secretaria de salud fueron la descentralización y en su momento fue tan ambiciosa y viable como se pudo pero dejó algunos huecos...”

Ahora bien, tal y como ocurrió con los otros casos analizados, los avances en materia de descentralización que se refieren en los niveles directivos no se corresponden con las opiniones del personal vinculado a la consulta médica. Para estos informantes, las mejoras financieras en el sistema de salud distan de lo que se refiere en otros ámbitos. Estas referencias llaman la atención porque se documentaron casos de descentralización a nivel municipal, situación contrastante con la recentralización documentada en Colima. Respecto a la falta de compatibilidad de opinión con los avances de la descentralización, un médico de un centro de salud urbano comentó:

“... Bueno primero considero que no se ha dado una verdadera descentralización, porque la descentralización se ha dado más en funciones que en financiamiento. Sé que han avanzado mucho en la descentralización, pero no tengo elementos para decir concretamente acerca de la asignación presupuestal ni el comportamiento del gasto. En ese sentido, no sé qué sucede en la Secretaría, pero en forma general considero que no se ha dado una real descentralización...”

Se considera que la referencia a la municipalización de servicios de salud representa un avance significativo en materia de descentralización para el caso de Jalisco, situación que no se documentó en los otros casos analizados. En este caso particular, este proceso se referiría a la transferencia de infraestructura y funciones al municipio para ocuparse de los servicios de salud. Dadas las características de este proceso, hacia las fechas de trabajo de campo se habían descentralizado los municipios de Zapopan y Tlaquepaque. Es importante apuntar que ambos municipios son conurbados a la Ciudad de Guadalajara y que tienen una importante capacidad económica.

Respecto a la transferencia de responsabilidades al nivel municipal, se observó que ésta tuvo implicaciones políticas relevantes, toda vez que los ayuntamientos asumen la función de proveer servicios de salud a la ciudadanía que carece de seguridad social. En este contexto, fue referido por algunos representantes municipales que este cambio no ha sido vislumbrado por los ciudadanos, de quienes se esperan formas de participación orientadas a dar sustentabilidad a este esquema de provisión de servicios de salud. Un representante municipal vinculado a la nueva estructura de servicios de salud del ayuntamiento comentó al respecto:

“... Los experimentos que hemos tenido a nivel municipal en cuanto a participación ciudadana no han sido gratis, yo creo que la sociedad no está preparada, lo digo a conciencia y vaya que yo soy demócrata y tengo muy claro el concepto de poder recibido del pueblo. Uno es su representante, sí, pero para bien o para mal hay muchas áreas políticas. Tenemos en Zapopan seiscientas colonias, muchas de ellas en la mitad o el 60% con asociaciones vecinales. Todas tienen problemas: no son representativas o participan tan poquitos que quizá lejos está el líder de estos poquitos que tienen algún interés partidista de todos los partidos incluyendo el mío. Se usa la participación para medrar, no cobrar dinero, importárselo, para que se levanten ciertas construcciones. Hay que hacerlo y hay que empezar a abrir espacios...”

2.2 Modificación del centralismo

En correspondencia con el apartado anterior, el caso de Jalisco mostró una mayor modificación del centralismo, al haberse documentado tendencias en materia de una mayor autonomía local para la toma de decisiones con base en criterios locales. A ello se agregó la referencia a la municipalización de servicios de salud como una muestra de la delegación de funciones y decisiones a los niveles más locales de gobierno.

Se identificaron desarrollos organizacionales orientados a ampliar y eficientar el manejo de los recursos en el nivel local. Como parte de este proceso, los cambios en la relación con el nivel federal se tradujeron para informantes del sistema estatal de salud en oportunidades para optimizar el manejo de recursos y eficientar procesos administrativos. Es importante apuntar que la recentralización estatal se limitó a partir de la formulación de esquemas en torno a los cuales el sistema estatal de salud tiene mayor participación en la programación del gasto. Para ilustrar las implicaciones de esta dinámica, un médico vinculado a funciones administrativas comentó:

“... Cuando nos descentralizamos, el asunto de compras fue una ganancia extraordinaria. Antes para comprar este lápiz, como el hospital estatal entonces dependía de la secretaria del estado y del servicio de compras de estado, igual compraba trapeadores, que plumas, que lápices, que jeringas, que medicamentos. Con la descentralización tenemos mucho flujo con el comité de compras. Quedó estructurado legalmente. Nosotros compramos, nosotros hicimos que nos compraran, ya tenemos personalidad jurídica que no teníamos antes para hacer eso. Voy a buscar mercado para hacerlo por las tardes para que los vea. Por la tarde esta viniendo la gente a hacerse estudios...”

Para el caso de la articulación entre las instancias gubernamentales estatales, la municipalización de servicios de salud implicó un cambio en la articulación entre los servicios estatales de salud y los ayuntamientos. Para el problema de investigación analizado, la documentación de estos casos representó un efecto favorable de la descentralización en salud, como una estrategia que modificó formas de centralismo en los estados analizados. Dado que esta dinámica estaba en proceso de implantación, informantes relacionados con sus procesos establecieron que arreglos de este tipo

suponen igualmente vincular los niveles municipal y federal, atenuando la mediación estatal. Este planteamiento fue referido por un tomador de decisiones del sistema estatal de salud de la siguiente manera:

“... En Jalisco particularmente hay un municipio muy interesado en lo que se ha llamado la municipalización, que es el municipio de Zapopan. Este municipio iba a hacer un plan piloto de esta aventura. La municipalización integra todos estos elementos. Particularmente en el campo de la salud lo que se pretende es que las unidades médicas o de servicio que estén dentro del municipio van a ser responsabilidad del municipio. Esto ya habla de la responsabilidad de parte del gobierno de atender al 100%, de hacer universales los servicios y aprovechar las unidades de servicio que existen. Como el modelo español, en donde el Estado no deja tener la responsabilidad de la atención de los pacientes...”

2.3 Desarrollo de capacidades gerenciales

El caso de Jalisco presentó un mayor desarrollo de capacidades gerenciales vinculadas sobre todo con la gestión de recursos. Estas capacidades se orientaron al fortalecimiento del marco legal y a lograr una mejor articulación con las instancias gubernamentales relacionadas con la asignación, programación y aplicación de los recursos. No obstante estos desarrollos, se documentó de igual manera que el manejo de los criterios técnicos fue más limitado entre el personal relacionado con la atención médica.

En el caso del fortalecimiento de los marcos legales y normativos, fue referido por tomadores de decisiones que la descentralización introdujo figuras legales que favorecieron el desarrollo de una mayor autonomía para la toma de decisiones en los estados. Como parte de este escenario se aprovecharon las bases legales que la descentralización confiere a las entidades federativas para favorecer una mayor asignación de recursos al sistema de salud en el propio contexto de la entidad federativa. Este planteamiento fue referido de la siguiente manera por parte de un médico tomador de decisiones:

“... Creo que la figura jurídica de descentralización pues precisamente nos abre mucho las puertas en ese sentido porque nos crea una figura jurídica. El Organismo Público

Descentralizado nos da mucho más autonomía en el manejo de los recursos, mucho más oportunidad jurídica en los compromisos y mucho más oportunidad operativa...”

Al indagar sobre cambios en el financiamiento a partir del fortalecimiento gerencial, se encontraron referencias a una mayor vinculación con esferas gubernamentales para hacer más eficiente la gestión de recursos. Como parte de esta dinámica se describieron un conjunto de acuerdos sociales en torno a los cuales se fortaleció un sentido de autonomía estatal. Sobre estos acuerdos y su influencia en una mayor capacidad local de gestión de recursos, un médico vinculado a la toma de decisiones comentó:

“... Se dieron cambios a nivel de financiamiento como la oportunidad ahora de negociar un presupuesto adicional por parte hacia el estado, insistiéndole en este caso a las instancias administrativas que tienen el nivel de decisión sobre el ejercicio de los recursos, que el estado tiene un recurso importante en salud, pero que requiere un recurso adicional. También nos dio las armas necesarias para poder hacer convenios de gestión con organismos de la sociedad civil que en un momento determinado están interesados en participar en salud. También nos da la oportunidad de abrir otras puertas de dependencias federales, en este caso por ejemplo la Secretaria de Salud federal, para poder hacer programas de cofinanciamiento. En una estrategia de ‘peso a peso’ a veces pueda ser posible que algo que costaba 20 pesos pues al estado le cueste 10...”

Al igual que en Colima, la participación de la entidad en la implantación iniciativas federales como el Seguro Popular de Salud, mejoró capacidades locales para favorecer la atención médica de la población que carece de seguridad social en el estado. En este sentido, se observó un uso a favor del estado de la normatividad vigente, particularmente en aspectos relacionados con la asignación de recursos. Llamó la atención para el caso de este estado que se haya vinculado la asignación de recursos con criterios de desempeño, tal y como lo refirió un tomador de decisiones del área de planeación

“... En cuanto al marco legal, hay lineamientos de estos cambios en materia de financiamiento. Yo lo único que conozco es la reforma a la Ley General de Salud que tuvieron el 13 de mayo [de 2003] que se firmó el decreto y que publicaron en el Diario de la Federación. Creo que ahí están dadas las condiciones para que pudiera darse un trato más equitativo al estado y de acuerdo a su necesidad y a su desempeño...”

Es importante señalar que las innovaciones referidas anteriormente influyeron de manera favorable en la percepción de cambio en torno a los mecanismos de asignación de recursos. Estos cambios han producido efectos valorados por diversos proveedores de servicios, producto de los cuales la gestión de recursos financieros se volvió más eficiente, de acuerdo con testimonios recopilados al respecto, aunque se identifiquen al mismo tiempo patrones referidos para los otros estados analizados relacionados con tendencias históricas, tal y como lo expresó un médico vinculado a funciones administrativas:

“... Yo pienso que sí se han modificado los mecanismos de asignación, pero no necesariamente ha sido una modificación radical. Creo que se han abierto dos oportunidades adicionales: la oportunidad de tener recursos específicamente para programas con una inversión compartida y la oportunidad de tener recursos de una, digamos, asignación adicional, pero a final de cuentas la asignación de recursos se basa fundamentalmente en los irreductibles...”

Respecto a las herramientas gerenciales para la gestión de recursos, se identificó la participación de personal altamente calificado en puestos vinculados con el análisis de necesidades y asignación de recursos. Este personal apuntó la necesidad de establecer el empleo de criterios técnicos en la asignación de recursos, dado que, en su opinión, ello favorecería un mejor empleo de los recursos, tal y como lo señaló un especialista en estadística:

“... Lo que yo insisto mucho es que la oportunidad de tener acceso a presupuestos adicionales no debería quedar supeditada a la aportación del estado, sino debería de estar perfectamente establecida en una fórmula de distribución: si hay presupuesto adicional se distribuye en base a esta fórmula y el estado que lo aplique en donde son sus verdaderas prioridades en salud...”

Ahora bien, entre el personal que realiza tareas de atención a la población, Jalisco no fue excepción en cuanto a limitaciones en el manejo de criterios y fórmulas técnicas de asignación de recursos y desarrollo de habilidades gerenciales en este nivel. Sin embargo, se documentó que el desconocimiento de estos criterios no implica que se

les cuestione. Dado que el manejo de estos criterios supone el desarrollo de capacidades específicas, quizá ello explique la falta de precisión sobre el funcionamiento de estos mecanismos, tal y como lo refirió un médico de un centro de salud urbano:

“... No conozco la formula que se utiliza para equidad en la asignación de recursos. La conozco como que habla de que la asignación es por ciudadanos más un porcentaje de acuerdo a marginación. Hay quien habla que un porcentaje de acuerdo a nivel de satisfacción de todos en los servicios, o deficiencia de servicios que se tengan. Pero realmente yo no conozco una fórmula...”

Finalmente, se identificó un segmento acotado de informantes que no manifestaron su voluntad de familiarizarse con el manejo de criterios técnicos. Para este segmento de informantes, la asignación de recursos están inmersa aun en dinámicas en donde las tendencias históricas y el manejo de recursos con márgenes acotados de autonomía limitan un manejo de recursos con una orientación a la atención de prioridades, tal y como lo expresó un médico de un centro de salud semiurbano:

“... Yo creo que tenemos que reconocer que lamentablemente hasta el concepto de la modificación a la ley ha tenido efectos limitados, pues históricamente los fondos financieros venían siendo manejados bajo la historia de los famosos irreductibles y del crecimiento de la inflación...”

En materia organizacional, los informantes entrevistados identificaron en Jalisco los mayores avances tanto en transferencia de responsabilidades como en una disminución del control estatal sobre los recursos. Al mismo tiempo, si bien con ciertas limitaciones, el contexto de este estado mostró un mayor margen de autonomía para la toma de decisiones y el desarrollo de capacidades gerenciales. Estos factores favorecieron a su vez un mayor aprovechamiento del marco legal como instrumento de gestión de recursos.

3. Dimensiones económica de la descentralización

Aparejada al desarrollo gerencial, la gestión de recursos fue una de las dimensiones más relevantes documentadas en el caso de Jalisco. Uno de los elementos que favorecieron esta situación fue la diversificación de fuentes de financiamiento así como el desarrollo de incentivos locales orientados a ampliar la base de recursos para la producción de servicios de salud. Por su parte, los mecanismos de maximización de recursos documentados mostraron una mayor orientación a ampliar los recursos de atención a la población, así como una participación significativa de agentes externos al sistema de salud.

3.1 Capacidades financieras locales

Al igual que en los otros estados estudiados, los informantes identificaron esencialmente tres fuentes de financiamiento: los recursos federales, las aportaciones estatales y las aportaciones ciudadanas, esencialmente cuotas de recuperación. También se documentaron dinámicas relativamente emergentes, como la municipalización de servicios de salud y la implantación del Seguro Popular de Salud, que tendieron a mostrar una mayor diversificación de fuentes de financiamiento. Esta característica favoreció en el estado analizado mayores alcances de la política de descentralización.

Es importante señalar que parte de las referencias para el caso de Jalisco en materia de ampliación de los fondos de financiamiento se relacionaron con la experiencia que se ha tenido en materia de descentralización, puesto que este estado fue de los primeros descentralizados a nivel nacional. Esta particularidad ha favorecido, en opinión de informantes con carrera administrativa en el sistema de salud, el fortalecimiento institucional del sistema estatal de salud para consolidar un sistema complejo de flujos financieros y criterios normativos, como lo muestra el siguiente testimonio de un médico vinculado a la administración de recursos:

“... El ramo 33 y el ramo 22 se canalizan ya directamente al estado, a la Tesorería del estado, donde junto con la otra proporción de dinero que es la que pone el propio estado de Jalisco. Hasta hace un año que yo revisé el dato estábamos en una proporción de 47.53, la segunda mas alta después de todo el país después de Tabasco. Se distribuye junto con la aportación estatal a las dos áreas sin dejar de reconocer que nunca es suficiente...”

Una referencia que permite establecer una tendencia a una mayor diversificación de fuentes de financiamiento en Jalisco, se refirió a que una gama amplia de informantes estuvo en capacidad de referir una mayor diversidad de estas fuentes. En el nivel estatal se refirió la participación de los ayuntamientos, algunos de los cuales participan ya en la operación de sistemas de salud por medio de un financiamiento federal proveniente de los recursos del denominado Ramo 33. Dado que este cambio supone la participación de otras esferas de gobierno, se estableció la necesidad de contar con incentivos, algunos de los cuales fueron referidos por personal vinculado con la implantación de estas iniciativas en el estado:

“... Lo que hemos estado viendo es que existen tres tipos de financiamiento: el financiamiento federal que ya viene etiquetado como tal, por capítulos, catálogos, etc.; el financiamiento estatal que viene propicio para el área de salud, y el financiamiento municipal. Aquí hemos encontrado otro tipo de modalidades que es el buscar financiamientos a través de la firma de convenios y venta el servicio que ya estamos haciendo. En cuanto a la descentralización, con el dinero público lo que sabemos es que ya está incluso en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud. Los municipios y las autoridades en la medida de lo posible se hagan cargo de los servicios de salud, no sólo de los que ya tienen, sino de todos aquellos servicios que primero fueron de la federación...”

Una de las limitantes referidas en la entidad en materia de capacidades financieras fue que buena parte de los recursos asignados al sistema de salud se emplearon en el pago del personal.. De acuerdo con la información recopilada, esta problemática podría tener efectos desfavorables en la capacidad financiera local para la producción de servicios de salud, tal y como lo muestra el siguiente testimonio de un médico vinculado a la administración de recursos:

“... Es un hecho: cada vez tenemos más recursos para inversión en salud. Sin embargo, también es un hecho que cada vez es mayor el porcentaje de recursos que se

utilizan para pago de nóminas. De tal manera que los fondos de inversión y los gastos de operación son los que han venido desmeritando paulatinamente...

Adicionalmente, los márgenes estatales de autonomía sobre el ejercicio de los recursos sugieren que éste se da sobre la base de un porcentaje mínimo del total de los recursos con que opera el sistema estatal de salud. Esta problemática, aparte de restar capacidad resolutive a los servicios de salud, limita la canalización de mayores recursos tanto a la producción de servicios como a la atención de las necesidades de salud de la población, tal y como lo sugiere el siguiente testimonio de un tomador de decisiones del área de planeación:

“... El gasto en salud viene el 80% para pago de nómina. Puede ser hasta de 87% que es Capítulo Mil, y el resto, el 13% restante, se supone que es para gastos de operación, inversiones y equipamiento...”

3.2 Capacidad de gestión de recursos

En Jalisco se identificaron las mayores capacidades de gestión de recursos. A diferencia de Baja California Sur y Colima, en este estado se habló de una situación financiera con menores limitaciones, lo cual podría explicarse precisamente por la diversificación de fuentes de financiamiento relacionadas con gestión de recursos federales, aportaciones ciudadanas, subrogación de servicios y una mayor participación de organismos civiles.

Se considera relevante establecer que la población total de Jalisco es muy superior a la de los otros estados analizados. En este contexto, los requerimientos financieros y de infraestructura de este sistema de salud mostraron formas particulares de organización y movilización de recursos para proveer servicios. Se observó en primer lugar la combinación de recursos federales y estatales, como lo muestra el siguiente testimonio de un tomador de decisiones del área de planeación:

“... Si nosotros hacemos un análisis de las gráficas de presupuesto podemos ver que la tendencia del presupuesto en salud asignado por el gobierno federal y en nuestro caso por el gobierno estatal siempre ha estado por encima de la inflación...”

Uno de los recursos generados en el estado que corresponde con los otros casos analizados se refiere a las cuotas de recuperación. Estas cuotas representaron una fuente relevante para la producción de servicios de salud y para fortalecer el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los ayuntamientos. Para mostrar los alcances de esta fuente en la producción de servicios, el caso de un hospital de alta especialidad mostró que éstas favorecieron mecanismos de gestión de recursos orientados a mejorar la atención a los usuarios. En este caso, fue importante observar que los recursos generados no fueron recentralizados ni redistribuidos, sino que se ejercieron de manera directa, tal y como lo refirió el director de la unidad:

“... El año antepasado y el año pasado se recabaron 47 millones de cuotas de recuperación, excluyendo rayos X, porque lo que se hizo aquí se hizo sustentable. Aquí nosotros sí pudimos hacer esto, el resto de los servicios no son competitivos. Rayos X sí se volvió competitivo para pagarse solo. Que sean ocho meses para darnos un superávit para el resto. Las cuotas de recuperación son casi nuestra única vía de oxígeno...”

Sobre esta fuente resaltó, como en los otros casos analizados, que pese a sus valoraciones positivas entre los informantes del sistema estatal de salud, usuarias de servicios expresaron que las aportaciones realizadas a la unidad por la atención recibida pueden ser onerosas para su economía, como lo muestra el siguiente testimonio de una madre de familia entrevistada al respecto en un centro de salud:

“... Pues a veces sí se me hace más... se me hacen caras las cuotas de recuperación porque a veces trae uno de dos o tres niños y pues ya son sesenta, ochenta pesos. Sí se me hace caro pues...”

Por su parte, en el caso de un sistema de salud municipal, el tipo de gestión de recursos referido fue el de la venta de servicios a particulares. Estos esquemas mejoraron y diversificaron el financiamiento en el caso de estos servicios, para lo cual se establecieron figuras legales que favorecieron la práctica de estos mecanismos. Estas estrategias se respaldaron esencialmente en el establecimiento de convenios con

particulares, como lo sugiere el siguiente testimonio de un tomador de decisiones de un sistema municipal de salud:

“... Hemos estado buscando otros financiamientos; en este momento ya tenemos firmado un convenio con un comedor industrial el cual nos consume servicios y nos paga mensualmente lo que nos haya consumido. Estamos por firmar otro convenio que ya está totalmente aprobado con una mutualidad del auto transporte urbano, que viene siendo aquí les llamamos mini-buses y los autobuses...”

Asimismo, se encontraron hospitales descentralizados en Jalisco, lo que llevó a estas entidades gubernamentales igualmente a establecer mecanismos orientados a ampliar sus fondos de financiamiento. En este caso, se documentó la existencia de organismos como los patronatos, los cuales suelen generar recursos adicionales para favorecer la operación de unidades con gran demanda de atención y necesidad de insumos para atenderla. Sobre este tipo de organismos un alto tomador de decisiones comentó:

“... Durante la pasada administración se inicio un proyecto de farmacias en donde los patronatos llevaban a cabo el establecimiento dentro de los hospitales de una farmacia. Se le otorgaban los medicamentos con un precio al público menor. Creo que la experiencia fue buena en el aspecto de poder lograr mejorar el abasto de medicamentos que es un problema histórico que tenemos en las dependencias. Sin embargo, no cumplió con el objetivo fundamental y que era realmente ayudar de una manera importante desde el punto de vista social a las personas que menos tienen...”

Ahora bien, a estos esquemas de gestión de recursos se agregó el que se vinculó con la implantación del Seguro Popular de Salud en el estado, lo que creó expectativas favorables en torno a las cuales se estableció la posibilidad de invertir en el sistema estatal de salud los recursos que puedan hacerse llegar al estado por medio de los mecanismos de asignación de recursos financieros de este programa. Un funcionario estatal comentó al respecto:

“... En el papel o en el hecho los del Seguro Popular están bien financiados. Pero el financiamiento como un sistema solidario vendrá a reforzar las instalaciones, las plantillas de personal, el equipo de diagnóstico. Lo ideal es que el Seguro Popular entre a una comunidad y se afilien todos...”

Otras fuentes de financiamiento referidas por personal del sistema de salud y líderes comunitarios se relacionaron con la gestión de fuentes adicionales al financiamiento público y a las aportaciones de los usuarios de servicios de salud. Estas fuentes provinieron del desarrollo de proyectos o intervenciones con grupos de pacientes, así como con donativos directos. Es importante considerar que pese a lo novedoso de esta dinámica respecto a los otros estados analizados, estas fuentes no generaron expectativas amplias, aunque ciertamente tuvieron reconocimiento por parte del personal médico y tomadores de decisiones, como lo muestra el siguiente testimonio de un alto funcionario estatal:

“... Hemos vivido esta muy grata experiencia de poder llevar a cabo negociaciones que se hacen a final de cuentas realidad, ya sea mediante financiamiento externo como ha sido por ejemplo en nuestro caso con algunos proyectos internacionales de lucha contra el SIDA. Hemos tenido la oportunidad de recibir donaciones de diferentes instancias internacionales, principalmente relacionadas con equipamiento médico. En muchas ocasiones recibimos donaciones a cambio de recibos deducibles. Éstos generalmente se marcan a lo que es la industria farmacéutica nada más. No recibimos generalmente donativos de otro tipo de industrias sino más bien son donativos directos que a veces recibimos de personas físicas...”

A las fuentes apuntadas se sumó la participación social como agente de gestión de recursos. En este sentido, se identificaron mecanismos orientados a favorecer la asignación de recursos para financiar intervenciones especiales en torno a las cuales se organizan y coordinan organizaciones de la sociedad civil. Esta situación fue descrita de la siguiente manera por un líder comunitario:

“... Sí hay muchísimos organismos de beneficencia pública. No tengo ahora la lista, pero tenemos incluso una regiduría de asistencia social en la cual una comisión de regidores están inscritos y acuden a ayudar y a pedir apoyo a todas aquellas instituciones no gubernamentales, ONGs, que requieren desde un terreno o simplemente facilidades en permiso, etc. Ellos mismos están protegiendo a la población, por ejemplo la liga de la espiga lisa, la liga de la leche, distrofias musculares, Dawn, drogadicción, diabetes, hipertensos, existen muchos organismos que nos apoyan en función de atender a la comunidad...”

3.3 Mecanismos de maximización de recursos

La capacidad de gestión en el caso de Jalisco favoreció la maximización de sus recursos mediante la ampliación de las fuentes de financiamiento destinadas a la producción de servicios de salud en el estado. En términos generales, se describió una programación adecuada de los gastos en el sistema de salud, la creación de nuevos mecanismos de financiamiento y provisión de servicios y una participación social a través de la cual se canalizan recursos para financiar intervenciones especiales en el sistema de salud.

Respecto a la programación del gasto, informantes del sistema de salud establecieron que en este estado se buscó que el gasto de los recursos financiara directamente los insumos necesarios para la atención a la población por parte del sistema estatal de salud. En este ejercicio del gasto, los recursos asignados sumados a las cuotas de recuperación favorecieron la adquisición de diversos recursos, tal y como se muestra a continuación en el testimonio del director de un hospital:

“... Con el gasto programado subsistimos: le pagamos a la enfermera, le pagamos el sueldo, compramos la penicilina. Con eso subsistimos. Con el gasto de las cuotas de recuperación vamos a remodelar esta sala. Vamos a hacer una sala remodelada con cuotas de recuperación porque no la han remodelado...”

Un mecanismo de ampliación de las facultades y las bases financieras de reciente introducción en el estado se refirió a la municipalización de los servicios de salud. Como parte de esta iniciativa se documentó que las cuotas de recuperación se combinaron con recursos aportados por los propios ayuntamientos y por el nivel federal. La importancia de estos mecanismos fue ampliar la base financiera, existiendo la posibilidad de exentar de su aportación a quien no tuviera la capacidad de hacerlo, como lo refirió un funcionario municipal:

“... Para infraestructura nosotros junto con la secretaria de salud, convalidamos centros de salud, casas de salud o nuestras mismas áreas médicas que tenemos en el municipio y es donde se proyectan esos recursos que vienen del área federal. En el ámbito municipal prácticamente la mayoría del dinero que ejercen los servicios de salud lo aporta el municipio. Tenemos otro porcentaje que entra por cuotas de recuperación, unas cuotas de recuperación validadas por una junta de gobierno en la cual están integradas los tres partidos que hoy en día están representados dentro del

gobierno municipal. Se establecen cuotas de recuperación con la política de que el que no tiene no paga, el que tiene poco paga poco y el que tiene paga lo justo. Esa es la política de esta institución...

Finalmente, las capacidades de maximizar los recursos y la oferta de servicios mediante una gestión eficiente favoreció el desarrollo de experiencias locales en donde la participación de agentes externos al sistema de salud jugó un papel importante. Al respecto, la influencia del medio socioeconómico en la creación de fuentes de financiamiento influyó en la gestión favorable de recursos, observándose que la referencia a personas con capacidad de movilizar recursos fue un factor clave en la ampliación de los recursos y la adquisición de insumos, como lo refirió el director de un hospital:

“... Hay un patronato muy sólido donde están todos los medios de radio, televisión, muchas de las empresas ricas de Guadalajara que nos dan dinero. Logramos, la mención superior fue reunir la Cantidad de 34 millones de pesos para el área de cardiología que necesitábamos hacer algo porque no estábamos muy contentos. Ayer se inauguró aquí...”

La dimensión económica de la descentralización en Jalisco mostró la importancia que ha tenido para este estado la capacidad de gestión de recursos. Al respecto, se documentó la diversificación de fuentes de financiamiento en el nivel estatal, así como una mayor gestión de recursos federales asociados a programas especiales. Resultó significativo que en torno a los mecanismos de maximización de recursos se haya referido la participación de organizaciones civiles, así como una amplia capacidad de recaudación de recursos financieros.

4. Dimensiones políticas de la descentralización

En el presente apartado se mostrará que la relación con el nivel federal se ha modificado favorablemente hacia este estado, aunque este nivel no necesariamente apoya prioridades políticas locales. En cuanto a los márgenes de autonomía, se mostrará que éstos podrían acotarse en función de la demanda de recursos que representa el pago de la nómina del personal.

Un rasgo que resultó notorio para este estado fue una politización menor del sistema de salud, habiéndose referido la importancia de fortalecer la misión social del sistema de salud. En este contexto, se documentaron arreglos locales orientados a favorecer la participación social como mecanismo de gestión y transferencia de recursos al sistema de salud.

4.1 Cambios en la relación con el nivel federal

Como se ha mostrado en otros apartados, la descentralización en salud en el caso de Jalisco generó experiencias locales de transferencia de recursos y responsabilidades al nivel municipal, con lo que la relación con el nivel federal se modificó. Este cambio supone, como se mostró anteriormente, la ampliación de los mecanismos de gestión de recursos con el nivel federal, así como una intermediación menos centralizada por parte del gobierno estatal.

De manera adicional a la situación reportada por informantes de este estado, se estableció que el consumo de servicios de salud por parte de personas de estados vecinos plantea un escenario en el que se ha buscado la intervención del nivel federal, buscándose compensaciones económicas por concepto de su atención. Sin embargo, tal propuesta se encontraba en etapa de propuesta y no había tenido apoyo del nivel federal.

Un tomador de decisiones estatal comentó de la siguiente manera esta problemática:

“... Los gobiernos de los estados que tenemos alledaños y que nosotros les brindamos los servicios que nos ayuden a ayudarles. Que nos paguen, que nos ayuden a ayudarlos

en la medida de lo posible a establecer una transferencia de recursos para sus ciudadanos que vienen con nosotros. Los seguimos atendiendo y lo vamos hacer con mucho gusto, pero tendrían una satisfacción mejor de sus expectativas teniendo más recursos...”

4.2 Autonomía y supuestos sobre la conducción de la descentralización

El análisis de la autonomía y los supuestos sobre la conducción de políticas de salud en el estado mostraron que la mayor barrera en el manejo estatal de recursos se encontraba la proporción del gasto que representa el pago de salarios. En contraparte, fueron referidos testimonios en donde los supuestos de los servicios médicos estatales se sustentaron en valores del Plan Nacional de Salud (SSA, 2001) relacionados con la democracia, la equidad y la calidad de la atención.

Los aspectos problemáticos del sistema estatal relacionados con los recursos humanos implicaron dimensiones laborales complejas, que redundaron en que la mayor parte de los recursos financieros disponibles se emplearan en este rubro. Sobre esta problemática, el conjunto de los estados analizados reportó haber dedicado buena parte de sus recursos financieros esencialmente en el pago de nómina. Adicionalmente, cuando fue transferida la responsabilidad de los recursos humanos los salarios federales y estatales eran diferentes, debiendo homologarse con el salario federal, como lo sugiere el siguiente testimonio de un médico vinculado a la administración:

“... El único inconveniente que tuvimos fue el área laboral en que los trabajadores tenían salarios diferentes. En cuanto a lo normativo y capacidad técnica nosotros colaboramos con la secretaría de salud con bastante amplitud para coadyuvar en sus acciones...”

Ahora bien, resultó relevante que los supuestos de diversos informantes bajo los cuales se brindan servicios médicos en Jalisco hayan destacado la misión social del sistema de salud. Este principio, en opinión de informantes del sistema de salud, da sustento a los esfuerzos sociales orientados a mejorar el financiamiento del sistema de salud, como lo refiere el siguiente testimonio de un tomador de decisiones:

“... Nosotros en salud podemos presumir muchísimo de democratización en ese sentido no solamente en la acción sino incluso en la toma de decisiones. Pero creo que también sería muy honesto de mi parte el reconocer que no obedece a partir de que el término se empiece a utilizar como tal, sino que esa es una situación histórica. O sea, la secretaria de salud precisamente por la benevolencia de los servicios que otorga, precisamente por el gran impacto que ha tenido históricamente en beneficio de los mexicanos, pues se ha posicionado de una manera tal que es una institución enormemente favorecida por el desempeño y el entusiasmo de la población en general para trabajar de manera coordinada...”

Otro criterio referido como un supuesto significativo en torno a la provisión de servicios de salud se refirió a la necesidad de una asignación de recursos equitativa. En torno a este valor se estableció que ésta es un parámetro para la producción de servicios y la atención de las necesidades de salud de la población. Asimismo, resultó relevante que en la referencia a este valor se haya hecho referencia a documentos oficiales que establecen los objetivos del sistema de salud, como lo refirió un legislador estatal:

“... Creo que si bien es un hecho que el término ‘equidad’ es un término novedoso que aparece por primera vez en el Programa Nacional de Salud actual y no aparece en los anteriores. No quiere decir de ninguna manera que la secretaria de salud históricamente no ha luchado en este sentido. Creo que la inclusión del término es interesante porque nos da rumbo, nos da guías, nos crea una serie de líneas de acción para buscar ese objetivo que siempre se ha buscado en los servicios de salud pública...”

Finalmente, se documentó que en este estado se había apostado a la mejora de la gestión de recursos participando en iniciativas federales como el Seguro Popular de Salud. Ello permitió establecer que esta iniciativa federal había creado expectativas importantes sobre la creación de condiciones favorables para atender a la población. Algunas de estas expectativas se relacionaron con el manejo que habría de hacerse en las clínicas con las personas que acuden en busca de atención, buscándose ampliar sus beneficios, como lo muestra el siguiente testimonio de un médico vinculado a esta iniciativa:

“... Yo creo que con la entrada del Seguro Popular se creó un poco esa cuestión de inseguridad, pero al final de cuentas lo hemos dejado bien claro: que los derechohabientes del Seguro Popular pues no son más que la población abierta que ahora se acerca aquí para que a final de cuentas pues nos demanda mayor servicio. Lo que sí nos demanda es mayor calidad en el servicio y lo que sí nos demanda es mayor

cumplimiento de los compromisos establecidos en el catálogo de beneficios médicos y específicamente en lo que son los rubros de medicamentos...”

4.3 Arreglos locales para la implantación de la descentralización

El caso de Jalisco mostró que buena parte de los desarrollos referidos en otros apartados han favorecido la implantación de la descentralización en el estado. En función de ello, algunos de los arreglos locales documentados mostraron una tendencia a una menor partidización de la participación. A ello se agregaron mecanismos de vinculación entre distintos sectores, así como mecanismos de participación que tuvieron efectos positivos en el sistema estatal de salud.

Un apunte relevante para el caso en cuestión se refiere a que, a diferencia de Baja California Sur y Colima, en Jalisco se refirieron testimonios que favorecían la atención de las necesidades de salud de la población. Asimismo, se estableció que la provisión de servicios requiere de una forma de retribución por parte de los enfermos y su red social para poder aplicar criterios redistributivos en torno a los recursos generados, tal y como lo expresó un médico vinculado a tareas de planeación:

“... La información que yo tengo es que debemos de proporcionar la atención en función de la necesidad que tenga cada uno de los ciudadanos. Esto no significa que todos necesiten lo mismo, sino que algunos necesitarán más, otros menos y ahí entraría lo que es el subsidio: aquella gente que pueda de alguna manera pagar los servicios que le estemos dando con un precio justo, tabulado, vigilado por entes políticas, entes financieras y entes de normatividad, pues que cubran esos recursos para poder nosotros ayudar a todos aquellos que no tienen y que no pueden hacer los famosos gastos catastróficos y que nosotros podemos auxiliarles...”

Como parte de estos arreglos locales, se identificaron también dinámicas en torno a las cuales la intermediación de líderes políticos jugó un papel importante en la coordinación y gestión de recursos para programas en las localidades. De esta manera, la coordinación entre distintos sectores tendió a favorecer la provisión de recursos y la coordinación de iniciativas, tal y como lo refirió un líder comunitario:

“... Yo ahora me estoy entrevistando con todos los alcaldes electos de la zona metropolitana porque soy consejero comunitario. Van los alcaldes electos a quedar bien con el periódico y nos presentan su proyecto. Espero que la secretaria de salud ponga más centros de salud, le voy a pedir, es responsabilidad de otros...”

Un análisis más acucioso de la participación social mostró que aparentemente hay coordinación de las agrupaciones civiles con el sistema estatal de salud. Sin embargo, la información disponible sugiere que el organismo que brinda atención a la salud y las ONGs funcionan bajo bases organizacionales diferentes. En este sentido, mientras el sistema estatal de salud atiende una problemática diversa, los organismos civiles se especializan en grupos específicos, como lo sugiere el siguiente testimonio de un funcionario del nivel jurisdiccional:

“... Una cosa muy importante tiene que ver con la creación de fundaciones; por ejemplo, alrededor de los hospitales civiles de Guadalajara, que son los hospitales más grandes que tiene la Secretaría de Salud, se han creado fundaciones de personas voluntarias que se han dedicado a hacer diferentes eventos, promociones para conseguir recursos de beneficio al propio hospital. Es muy importante el enorme compromiso que los organismos de la sociedad civil que trabajan contra las adicciones, contra los accidentes, contra el SIDA, que se han sumado a las estrategias de gobierno para poder cumplir o llevar a cabo una un mejor desempeño de los programas...”

En torno a estas formas de participación y organización en el nivel local, se destacó que la participación social desarrolló actividades de atención también por su propio conducto. En este sentido, la información disponible para Jalisco mostró que distintos sectores sociales se pueden organizar para atender sus problemas, desarrollando mecanismos propios de gestión y financiamiento de sus actividades, como lo sugirió un funcionario del nivel jurisdiccional.

“... Podré conocer fundaciones o patronatos que específicamente atienden un problema de salud como los niños con cáncer o para enfermos de SIDA. De hecho, son organizaciones muy consolidadas en ese sentido y con las aportantes a su funcionamiento muy diverso fundamentalmente empresarios y con eventos que están hechos para tal efecto...”

La dimensión política de la descentralización en el caso de Jalisco mostró que la capacidad de gestión se relacionó con los márgenes de autonomía para el manejo de los recursos. Asimismo, resultó notoria la baja politización del sistema de salud y la identificación de arreglos locales orientados a ampliar la participación de organismos civiles en la gestión y asignación de recursos al sistema de salud para el desarrollo de intervenciones específicas.

5. APUNTE FINAL

En el caso de Jalisco, la gestión representó el mayor instrumento organizacional desarrollado en el sistema de salud para ampliar las capacidades estatales de producción de servicios y transferir facultades a niveles mínimos de gobierno, como ocurrió con los casos de municipalización de servicios de salud referidos. En torno a esta dinámica se identificaron desarrollos gerenciales, se diversificaron las fuentes de financiamiento y se establecieron mayores mecanismos de maximización de recursos.

El conjunto de estos factores favoreció una implantación más favorable de la descentralización, proceso que podría haberse facilitado por los menores grados de politización del sistema de salud. En este contexto, se identificaron mayores márgenes locales de autonomía y se establecieron arreglos locales para promover la participación de organismos civiles en la ampliación de la base de recursos del sistema de salud.

DISCUSIÓN COMPARATIVA Y CONCLUSIONES

En este apartado se desarrolla una breve discusión comparativa y se presentan conclusiones teóricas y metodológicas de esta tesis de maestría en antropología social. En el apartado de análisis comparativo se pretende establecer que, en función de las características de los estados, la descentralización en salud tuvo alcances diferenciados para los informantes entrevistados en cuanto al cumplimiento de sus objetivos de modificar el centralismo, cambiar los esquemas de gestión y desarrollar márgenes de autonomía en los sistemas estatales de salud.

Como parte de las conclusiones generales, se pretende mostrar la importancia de la vinculación entre la antropología social y la investigación en sistemas de salud. Con base en este principio, se considera que las entrevistas con informantes clave resulta sugerentes para explorar algunas implicaciones de la implantación de políticas de salud, y para analizar efectos de la descentralización de acuerdo con la perspectiva de informantes de distintos niveles de gobierno.

1. Discusión comparativa

En el presente apartado se enfatizan aspectos particulares de la descentralización en los estados. Dada la heterogeneidad planteada en los estudios de caso, se habla de ‘descentralizaciones’ para establecer que los mayores desarrollos organizacionales favorecieron un mayor manejo del marco normativo y una mayor coordinación entre niveles de gobierno; por su parte, los ‘financiamientos’ muestra la importancia de la diversificación de fuentes de financiamiento y del desarrollo de capacidades de gestión; finalmente, en las ‘implantaciones’ se establecen los factores asociados al desarrollo de autonomías locales y la toma de decisiones.

1.1 Las descentralizaciones

La información generada en los estados sugiere que la descentralización de los servicios de salud tuvo alcances diferenciados, aunque en términos organizacionales y de capacidades gubernamentales prevaleció un marco de dependencia del nivel federal asociado al desarrollo de capacidades gerenciales y de gestión. En este sentido, la situación más favorable se reportó en Jalisco, estado donde los informantes refirieron experiencias de municipalización de servicios de salud.

Cuadro 3. Alcances normativos y de coordinación de la descentralización

Estado	Descentralización		Normatividad vigente		Coordinación		
	Tipo	Alcance	Estatad	Federal	Federal	Estatad	Municipal
BC Sur	Transferencia	Estatad		X	X	X	
Colima	Transferencia	Estatad		X	X	X	
Jalisco	Transferencia Municipalización	- Estatad - Municipal	X	X	X	X	X

El Cuadro 3 muestra que la descentralización representó una transferencia de responsabilidades en materia de recursos humanos e infraestructura del nivel federal hacia los niveles estatales. En este sentido, en Jalisco se refirió una municipalización de servicios de salud, aspecto que marcó una diferencia importante respecto de Baja California Sur y Colima. Este Cuadro muestra para este estado desarrollo de capacidades estatales en materia de marco legal. En contraste, en Colima los informantes refirieron mecanismos de recentralización a nivel estatal.

Otro aspecto relevante del análisis se refiere a mecanismos de coordinación entre niveles de gobierno. Sobre éstos, prestadores de servicios y líderes comunitarios de los estados estudiados expresaron diversos grados de articulación con los niveles federal e interestatal. El caso de la coordinación con el nivel federal apareció vinculado estrechamente con procesos de asignación financiera y rendición de cuentas, los cuales se sustentaron por regla general en criterios establecidos desde el nivel federal.

Los alcances municipales de la descentralización documentados en Jalisco en términos de coordinación abarcaron el establecimiento de acuerdos estatales para

favorecer directamente la coordinación con el nivel municipal. En este estado, la descentralización mostró de manera consistente que tanto la municipalización de los servicios como el desarrollo de normatividad estatal vinculada a esta dinámica favorecieron la coordinación entre los niveles de gobierno. Ahora bien, las implicaciones de este caso muestran que si bien todos los estados analizados tienen un alto nivel económico y educativo, donde se pudo llevar una descentralización más compleja fue ni más ni menos que en un municipio con muy altos niveles educativos y de ingreso.

1.2 Los financiamientos

La información recopilada mostró escenarios donde prevalecieron capacidades de gestión limitadas. Adicionalmente se documentó un contexto de transición en el financiamiento de los sistemas estatales de salud hacia un esquema de aseguramiento para la población que carece de servicios de seguridad social.

Cuadro 4. Financiamientos estatales

Estado	Fuentes			Mecanismos de asignación		Destino de los recursos
	Federación	Estado	Usuarios	Técnicos	Otros	
BC Sur	X - Seguro Popular	X - Seguro Popular	- Cuotas de recuperación - Prima del Seguro Popular	X	X	- Recursos humanos - Insumos materiales
Colima	X - Seguro Popular	X - Seguro Popular	- Cuotas de recuperación - Prima del Seguro Popular	X	X	- Recursos humanos - Insumos materiales - Infraestructura
Jalisco	X - Seguro Popular	X - Seguro Popular	- Cuotas de recuperación - Prima del Seguro Popular - Aportaciones municipales	X	X	- Recursos humanos - Insumos materiales - Infraestructura

En el Cuadro 4 se muestran tres fuentes de financiamiento, siendo la más relevante el financiamiento federal. La puesta en marcha del Seguro Popular de Salud fue referida en Colima y Jalisco como una estrategia federal para mejorar el

financiamiento, pero se encontraba en etapa inicial al momento del estudio. Sobre las cuotas de recuperación, la mayor parte de los informantes entrevistados apuntó su relevancia para cubrir gastos de las unidades para los que no se dispone de recursos. Adicionalmente, diversas personas expresaron su acuerdo para realizar una aportación económica por los servicios recibidos, en el entendido que no sea obligatoria cuando no se dispone de recursos. Una diferencia importante en materia de fuentes de financiamiento fue identificada en Jalisco, en donde se documentaron experiencias en las que algunos municipios se encontraban en etapa de consolidación de su esquema de atención.

En los casos presentados la mayor parte de los informantes entrevistados manifestó desconocer los mecanismos técnicos mediante los cuales se integran y ejercen las asignaciones presupuestales. Fue en Jalisco y Colima donde se identificó un manejo más amplio de criterios relacionados con el manejo de fondos estatales, aunque la mayoría de los informantes expresó desconocer las especificidades de tales criterios. Al mismo tiempo, se comentó en Baja California Sur y Colima que en las asignaciones de recursos suelen emplearse criterios de índole política vinculados a la permanencia en el poder de grupos dominantes particulares.

Resultó relevante que en los tres estados se haya señalado que el destino de los recursos abarca los rubros de recursos humanos, insumos e infraestructura. Sin embargo, en el caso de Baja California Sur se apuntó de manera crítica que la mayor parte de los recursos financieros se emplean para cubrir los salarios de los recursos humanos, habiendo sido el comportamiento de este rubro muy similar en Colima y Jalisco.

En términos de la asignación financiera, se comentó que se emplean una combinación tanto de criterios históricos como técnicos. Este planteamiento se

acompañó de testimonios que establecieron como marco de referencia lineamientos estipulados en la Ley General de Salud, siendo esta base uno de los documentos mayormente referidos.

Uno de los hallazgos más relevantes descrito en los estudios de caso se refiere a la identificación de mecanismos de maximización de recursos para ampliar el acceso a servicios de salud a grupos considerados vulnerables. Al respecto, se documentó el ahorro, la combinación de recursos, la gestión de recursos y la participación social como instrumentos para ampliar la base de recursos con que funcionan los sistemas de salud.

La información generada en torno a la etapa de implantación del Seguro Popular de Salud muestra que Colima y Jalisco iniciaron un año antes en la etapa piloto, resultando relevante para diversos informantes el manejo de sus esquemas de financiamiento. En este caso, mientras en Jalisco y Baja California se estableció un esquema gradual de implantación en municipios estratégicos, en Colima se optó por arrancar con una cobertura estatal del 100% de la población que carecía de seguridad social.

1.3 Las implantaciones

Al margen de los contrastes documentados, podría decirse que la descentralización en salud introdujo cambios relevantes en las relaciones entre los distintos niveles de gobierno. Sin embargo, diversas situaciones coyunturales, como las elecciones en Colima, parecieron influir en cambios importantes en materia de asignación de recursos, aunque estas dinámicas no solieron acompañarse de mecanismos orientados a promover su que las asignaciones extraordinarias se vuelvan permanentes y sustentables.

Cuadro 5. Alcances de la descentralización

Estado	Autonomía para la toma de decisiones	Participación		
		Gestión	Planeación	Decisiones
BC Sur	Limitada		X	
Colima	Parcial	X	X	Parcial
Jalisco	Amplia	X	X	Parcial

En el Cuadro 5 se puede inferir un desarrollo de márgenes de autonomía diferenciado por estado, en torno al cual se observa una situación más favorable para Jalisco. Al respecto, la información presentada en los estudios de caso sugiere que el desarrollo de autonomía se relacionó con la base de recursos sobre la que puede decidir un sistema de salud. Al mismo tiempo, se observó que una mayor autonomía tendió a favorecer mayores márgenes de participación en la conducción de las estrategias de financiamiento de los sistemas de salud. Sobre las limitaciones en la autonomía local en los casos de Baja California Sur y Colima se observó que éstas se relacionaron con la ausencia de arreglos locales para ampliar las capacidades para la toma de decisiones.

Las dimensiones descritas de participación se centraron en la caracterización de mecanismos de gestión financiera, de planeación y de toma de decisiones. En este caso, el rubro más ampliamente referido fue el de planeación, en torno a la cual médicos y representantes políticos establecieron la necesidad de programar el gasto con base en la atención a necesidades, pero donde también se identificaron dinámicas locales en las que la participación comunitaria ha sido esencial en la gestión de recursos y en el otorgamiento de trabajo comunitario para mejorar las unidades de atención.

En cuanto a la gestión de recursos financieros, se encontró que ésta fue mayormente referida en Colima y Jalisco. Sin embargo, no debe dejar de mencionarse que en ambos casos esta gestión persiguió objetivos diferenciados; la gestión realizada en Colima estuvo supeditada a una agenda política, mientras que en Jalisco, la gestión se orientó a proyectos de colaboración entre Servicios de Salud y ONGs en iniciativas

promovidas por grupos particulares de enfermos, reforzándose con ello la maximización de recursos en la entidad. Asimismo, no debe dejar de tomarse en cuenta que algunos datos descritos más ampliamente en los estudios de caso mostraron que los distintos contextos geográficos influyeron de manera diferencial en la operación de servicios; sobre este particular es importante considerar, por ejemplo, que en Baja California Sur las distancias a centros hospitalarios pueden ser mayores a 500 km.

2. Conclusiones finales

En la presente tesis se muestra que la descentralización en salud implica dimensiones económicas y políticas significativas para lograr el desarrollo de formas de autonomía en el nivel local, lo que corresponde con fuentes que promueven la descentralización (van Beek, 2001). La aplicación de un enfoque formalista de antropología económica favoreció la documentación de diversas dinámicas económicas que favorecieron expresiones de maximización de los recursos, probándose que cuando estos son escasos, se desarrollan mecanismos para aprovecharlos de manera más eficiente (Burling, 1976). Para el caso particular, los procesos económicos analizados expresaron cierta heterogeneidad, lo que muestra que estos procesos se corresponden con dinámicas económicas de organizaciones complejas (Platner, 1994).

Para el caso de México, los resultados de esta tesis se corresponden con otros estudios. En primer lugar, la heterogeneidad documentada podría atribuirse a los 15 años que tomó al gobierno federal concluir la transferencia de funciones y responsabilidades a los estados por factores políticos y económicos como las crisis económicas y políticas de las décadas de 1980 y 1990 (Arredondo, 2003). Al mismo tiempo, problemas documentados durante su etapa inicial como el centralismo

(González Block, *et al.*, 1989), representan riesgos significativos en su conducción, como lo mostraron particularmente los casos de Baja California Sur y Colima.

Desde el punto de vista de los sistemas de salud, el análisis realizado muestra que la descentralización es un agente dinámico para dar mayor eficiencia a la organización de los sistemas de salud (González Block *et al.*, 1989). Asimismo, se coincide en establecer que el objetivo principal de la descentralización es generar oportunidades para dar autonomía a los estados y fortalecer la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud (Musgrove, 1990). En función de ello, la aplicación de una perspectiva antropológica fue de suma relevancia para documentar posturas, valores y prácticas sociales vinculadas a la generación y administración de recursos para la producción de servicios de salud en distintos escenarios estatales a partir de la implantación de la descentralización.

La incorporación de ejes conceptuales de la perspectiva del análisis de las organizaciones resultó de gran utilidad para abordar el análisis de los sistemas de salud como organizaciones complejas de carácter profesional y burocrático (Mintzberg, 1990). A ello se agregó el enfoque de ambiente, el cual resulta de suma utilidad para explicar las diferencias en los arreglos locales de implantación de la descentralización. El ambiente define el entorno bajo el cual una organización, en este caso un sistema estatal de salud, puede operar de manera predecible o bien adaptarse a condiciones inciertas y que requerirían flexibilidad y capacidad de adaptabilidad (Rodríguez, 1996).

El análisis realizado permite establecer al mismo tiempo la importancia de considerar que en la implantación de políticas públicas se producen un conjunto de cambios o innovaciones, que al ser inducidos en organizaciones particulares modifican sus procedimientos técnicos (Ruttan, 2001). Al mismo tiempo, se sugiere que ejercicios como el realizado establecen un puente significativo entre la investigación y la

formulación de políticas públicas. Este planteamiento se fundamenta en que se describen interacciones entre distintos grupos con intereses políticos diferenciados; se enfatiza la perspectiva de ‘actores sociales’ en términos de comunidades, redes sociales, interfases, redes de los actores, comunidades epistémicas; finalmente discurso como resultado de un ensamble de ideas comunicadas a través de prácticas vía coaliciones, narrativas o retórica (Crewe and Young, 2002).

Se considera que el abordaje del problema de investigación tomando como ejes analíticos la antropología aplicada (Hackenberg, 1999) y la investigación en sistemas de salud (González Block, 2004), fue de amplio potencial analítico, puesto que en ambas perspectivas se establece la importancia de conducir investigación estratégica de manera sistemática para modificar la situación del objeto estudiado. Adicionalmente, bajo esta aproximación se refuerza una reflexión que ya venía dándose en las ciencias sociales sobre la vinculación de la investigación con la toma de decisiones en el campo de la salud pública (Bronfman y Langer, 2000).

Finalmente, se considera que dentro de las limitaciones que tiene el análisis realizado, este tipo de ejercicios representan aportes significativos por parte de las ciencias sociales al estudio de los sistemas de salud y prácticas sociales. En función de estos resultados sugerimos que las disciplinas sociales requieren de un mayor reconocimiento por parte de las instituciones oficiales y de los profesionales del sector médico (Pratesi, 2000). Con base en este principio, se considera relevante el haber realizado este proyecto porque se buscó ampliar el acervo de la antropología médica mexicana en el campo de los sistemas de salud, dado que son escasas las experiencias que han analizado la interacción entre los servicios de salud pública y la población desde una perspectiva antropológica en México.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Beltrán, Gonzalo. *Antropología Médica*, CIESAS, México, 1986

Arredondo Armando, Parada Irene, Orozco Emanuel, *et al.* *El Financiamiento de los sistemas de salud a partir de la descentralización en México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2003

Arredondo, Armando. “Federalismo y salud: estudio de caso sobre el sistema mexicano de salud”, en: Varios Autores. *Federalismo y políticas de salud*, Foro de Federaciones, Montreal, Canadá, 2003

Bobadilla, José Luis. “Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. En: Frenk, Julio. (ed) *El observatorio de la salud*, Fundación Mexicana para la Salud, 1997

Bronfman Mario y Langer Ana. *Investigación y toma de decisiones. La difícil tarea*. Ed. Días de Santos, México, 2000

Burling, Robbins. “Teorías de maximización y el estudio de la antropología económica”, en: Godelier, Maurice (Compilador y editor). *Antropología y economía*, Anagrama, España, 1976

Crewe Emma and John Young. *Bridging research and policy: context, evidence and links*, Working paper 173, Overseas Development Institute, London, 2002

Fitzpatrick, Ray (ed.). *La experiencia de la enfermedad*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989

Frenk, Julio. *La Salud de las poblaciones. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica-CONACyT, México, 1993

Frenk Julio, Gómez-Dantés Octavio y Knaul Felicia. “Salud: un diagnóstico”, *Nexos* mayo, 2004, 71-77

González A, Munar W. *The political economy of social sector reforms*, Economic and Sector Study Series, Inter American Development Bank, Washington, 2003

González Block Miguel Ángel, Leyva René, Zapata Oscar, Loewe Ricardo y Alagón Javier. “Health services decentralization in México: formulation, implementation and results of policy”, *Health Policy and Planning*; 4(4): 301-315, 1989

González-Block M (Coord.). *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*, Alliance for Health Systems Research, 2004

Hackenberg, Robert A. "Advancing applied anthropology", *Human Organization*, Vol. 58, no. 1, 1999

Helman Cecyl. *Culture, health and illness*, Buterworth-Heinemann, UK, 1994

Kleinman Arthur, Eisenberg Leonard and Good Byron. "Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 88, No. 2, February 1978

Martínez, Adolfo. "La dimensión política de los procesos de reforma del sector salud", en: Frenk, Julio. (ed) *El observatorio de la salud*, Fundación Mexicana para la Salud, 1997

Menéndez, Eduardo. *Antropología Médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS, México, 1989

Mintzberg, Henry. *Mintzberg y las organizaciones*, Ed. Díaz de Santos, España, 1990

Musgrove, Philipe. "The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean, en: *International Journal of Health Services*, Vol. 17, No. 3, 1990

Nigenda Gustavo, Orozco Emanuel, Guzmán Mauricio, Lockett Lejeune, Mora Gerardo y Pacheco Carlos. "The role of priority programs in the provision of health services in the state of Oaxaca, Mexico", *Health Policy*, 43, 1998

Palerm, Ángel. *Teoría etnológica*, Universidad Autónoma de Querétaro, México, 1987

Parsons, Talcott. *Structure and Process in Modern Societies*, USA, 1964

Pérez Lizaur, Marisol. *Hacer antropología aplicada en México*, Mimeo, Universidad Iberoamericana, México, 2005

Platner, Stuart. *Antropología Económica*, CONACULTA, 1994

Podolefsky Aaron and Brown Peter. *Applying Cultural Anthropology. An introductory reader*, Mayfield Publishing Company, 4th edition, USA, 1999

Pratesi, Ana Rosa. *Salud pública y participación comunitaria*, Mimeo, Red de Adultos Mayores, Argentina, consultado en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/18SaludPublicayParticipacion.pdf>, el 13 de mayo de 2005

Rodriguez Mansilla, Darío. *Gestión Organizacional. Elementos para su estudio*, Universidad Iberoamericana-Plaza y Valdés Editores, México, 1996

Rosenstock, Irving. "Por qué la gente utiliza los servicios de salud". En: White Christopher (ed). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1992

Ruttan, Vernon W. *Induced Institutional Innovation*, Mimeo, University of Minnesota, 2001

Scrimshaw Susan and Hurtado Helena. *Rapid Assessment Procedures. For nutrition and primary health care*, United Nations University, U.C.L.A, 1987

Secretaría de Salud. *La democratización de la salud en México. Plan Nacional de Salud 2001-2006*, México, 2001

Secretaría de Salud. México Salud 2004. Información para la rendición de cuentas, México, 2004

Van Beek, Martjin. *Making a difference? Reflections on decentralization, recognition and empowerment*, Cornell University, 2001

World Health Organization. *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. World Health Organization, Geneva, 2000