

GOBERNANZA EN SISTEMAS DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN MÉXICO A PARTIR DE LA REFORMA DEL SECTOR.

Armando Arredondo López*, Emanuel Orozco Núñez**, Xochitl Castañeda***

Arredondo-López A., Orozco-Núñez E., Castañeda X. Gobernanza en sistemas de salud y participación social en México a partir de la reforma del sector. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2005;29:15-22.

RESUMEN

Objetivo: Establecer, desde la perspectiva de proveedores y usuarios de servicios de salud, los alcances de reforma del sistema de salud en materia de gobernanza y participación social.

Material y Métodos: Se realizó una investigación cualitativa en tres estados de México durante 2003. Se realizó trabajo de campo, se aplicaron 90 entrevistas a profundidad a usuarios, proveedores de servicios y tomadores de decisiones, las cuales se analizaron con apoyo del programa ATLAS-Ti; posteriormente se realizó un mapeo de alcances sobre la reforma.

Resultados: Para los actores políticos la reforma no ha modificado la dependencia del nivel central; se evidenció desconocimiento de sus estrategias y falta de participación en la gestión local de recursos para financiar los sistemas estatales de salud y la ausencia de un sistema oportuno de rendición de cuentas en salud tanto en los niveles municipal como el estatal.

Conclusiones: La gobernanza en salud no cuenta con mecanismos suficientes de participación y de rendición de cuentas que permitan avanzar en materia de democratización de la salud; mejorar sus niveles es un reto a replantear en el proceso de reforma de la salud en México.

Palabras Claves: Gobernanza, Reforma, Salud, Participación, Políticas.

Arredondo-López A., Orozco-Núñez E., Castañeda X. Gobernanza en sistemas de salud y participación social en México a partir de la reforma del sector. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2005;29:15-22.

ABSTRACT

Objective: To establish, from the perspective of providers, community leaders and health services users, governance and social participation outcomes of Mexican health system reform.

Material and Methods: A Qualitative study in three Mexican States was conducted during 2003. Fieldwork and 90 in-depth interviews with users, providers and decision makers were done. Analysis of interviews was done using ATLAS-Ti software. Once done, an outcome mapping on health reform was conducted.

Results: To political actors, Mexican health system reform has not modified dependence on the central level; ignorance about reform strategies and lack of participation in the search of financial resources to finance health system were evidenced. Also in all three states under study, community leaders and users suggest the need to improve an accountability system at both, municipal and state levels.

Conclusions: Health governance has not adequate mechanisms to promote social participation; to improve this situation it's a very important goal in Mexican health democratization process in the context of health care reform.

Key words: Governance, Reform, Health, Participation, Policies.

DIRECCION PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA: Dr. Armando Arredondo, Av. Universidad 655, Santa María Ahuacatitlán, Cuernavaca, Morelos, CP. 62508, México. aarredon@correo.insp.mx Teléfono: (01 777) 3 29 30 00.

*,**Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Méx.

*** Investigadora de la Universidad de California, EUA.

Fecha de recibido: 18 de octubre de 2004. Fecha de aceptación: 2 de diciembre de 2004.

En el presente artículo se analizan dimensiones de gobernanza en la reforma del sistema mexicano de salud en tres estados de México. Para ello, la reforma fue conceptualizada como un proceso político y se le confirió un peso central a la perspectiva de los actores políticos involucrados (Reich, 1995; Reich, 2002). Por su parte la gobernanza se conceptualiza como el ámbito y los mecanismos que permiten a proveedores y usuarios, la democratización efectiva de la salud en cualquier conjunto poblacional. La gobernanza incluye el análisis de las reglas en la producción, la distribución y el consumo del bien salud, los actores y sus interacciones. Este abordaje favorece la identificación de capacidades gubernamentales y del soporte social que éstas requieren para lograr los impactos que se proponen las políticas sociales, las cuales han sido analizadas como componentes de gobernanza en sociedades contemporáneas (Jørgensen, 2004). En años recientes, el análisis de la gobernanza aplicado al estudio de políticas de salud se ha constituido como una prioridad para identificar los mecanismos sociales que permiten transformar los principios bajo los cuales se articula la sociedad civil con el estado para atender de manera incluyente las prioridades en salud con una organización descentralizada y participativa (Baris, 1998).

Bajo la perspectiva adoptada, la gobernanza constituye un componente estratégico para la conducción del sistema de salud en el contexto de la reforma. Dicha variable se instrumentó en el presente análisis como la manera en que los diferentes actores del sistema de salud (proveedores) y de la sociedad civil (usuarios y líderes comunitarios), se organizan e interactúan para producir, distribuir y consumir el bien salud en función de la demanda y necesidades de salud de la población usuaria. En este sentido, el objetivo del presente artículo es establecer los alcances de gobernanza de la reforma del sistema de salud en tres estados de México desde la perspectiva de sus actores políticos, tomando como trazadores la descentralización y los cambios en el financiamiento, así como la capacidad de influencia de estos actores en la conducción de políticas y programas de salud pública.

La relevancia de este abordaje estriba en que analiza componentes e indicadores orientados a documentar en tres escenarios socio económicamente diferenciados la capacidad de conducción de la reforma del sistema de salud desde la perspectiva de sus actores políticos, dinámica escasamente descrita en la literatura sobre salud pública en México. La importancia de haber considerado la perspectiva de los actores políticos deriva de propuestas analíticas que establecen la necesidad de atender y entender sus agendas, habilidad que ha de completarse con la capacidad de generar y ser

usuario al mismo tiempo de información estratégica para la conducción de políticas de salud (Lomas et al, 2003; Arredondo et al, 2004).

En este contexto, los principales retos del sistema mexicano de salud son garantizar el acceso a servicios de salud al 48% de la población que carece de seguridad social y reducir el gasto de bolsillo del 52% del total de la población que financia de manera directa su demanda de atención (Secretaría de Salud, 2001). Dado que estos retos son resultantes de la confluencia histórica de diversos factores, desde la década de 1980 se han implantado estrategias de reforma orientadas a disminuir la inequidad, las que culminaron en la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Secretaría de Salud, 2003; Frenk et al., 2004).

La consolidación de estas estrategias se vinculó en su diseño la mejora del financiamiento mediante el incremento de las aportaciones estatales, así como a una mayor participación de la ciudadanía en la conducción de programas de salud pública y en la gestión de recursos para fortalecer la operación de estos programas en el nivel local (Frenk et al., 2004; Arredondo, 2003). En función de ello, se considera fundamental la generación de evidencia que muestre en qué medida los cambios esperados en el financiamiento y la participación social influyen en la capacidad de conducción de las estrategias de la reforma en los estados, documentando la manera en que los diversos actores sociales identifican y perciben en su entorno los impactos derivados de la implantación de estas estrategias. En este sentido, tanto la reforma como la participación social en el financiamiento del sistema de salud suponen una transformación del ejercicio gubernamental poco documentado, particularmente en la manera en que este proceso de cambio favorece o plantea nuevos retos para la consolidación de los objetivos de la reforma del sistema mexicano de salud (Secretaría de Salud).

Material y métodos

Se presentan resultados del componente cualitativo y de política de salud de un estudio longitudinal con un diseño cualicuantitativo. En este componente se realizó trabajo de campo y se aplicó el mapeo de alcances (Martínez, 1997) en tres estados cuya selección consideró grados de marginación, partido político en el poder e implementación de estrategias de la reforma, particularmente la descentralización y los cambios en el financiamiento (ver tabla I).

El trabajo de campo se efectuó entre julio y octubre de 2003. Como parte de esta actividad se realizaron 90 entrevistas semiestructuradas con informantes clave

TABLA I
CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTADOS

Estados	Partido	Marginación	Estrategias de reforma	
			Descentralización	Seguro Popular de Salud
A	PRD	Media	Década 1990	Etapa piloto 2002
B	PRI	Alta	Década 1990	Implantación nacional 2004
C	PAN	Baja	Década 1980	Etapa piloto 2002

agrupados en tres categorías: proveedores, usuarios y líderes comunitarios. Los proveedores incluyeron tomadores de decisiones y personal médico de los Servicios de Salud de los estados, así como funcionarios de finanzas de los gobiernos estatales. Los usuarios incluyeron informantes de primer y segundo nivel de atención. Por su parte los líderes incluyeron miembros de comités de salud, dirigentes políticos y miembros de ONGs de salud.

Las guías de entrevista consideraron los siguientes ejes temáticos ajustados en función del tipo de informante:

1. Capacidad de planeación y de formulación de políticas tanto de producción de servicios como de su financiamiento.
2. Manejo del marco jurídico y estrategias de la reforma (descentralización y cambios en el financiamiento).
3. Capacidad para decidir sobre el uso y asignación de recursos.
4. Mecanismos de transparencia y acceso a la información.
5. Identificación de espacios de participación en programas de salud y su correspondencia con sus problemas de salud.
6. Conocimiento técnico de las estrategias de reforma.
7. Conocimiento y uso de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
8. Niveles de participación en la toma de decisiones en salud.

Adicionalmente, el mapeo de alcances, se aplicó para monitorear indicadores de gobernanza y financiamiento del sistema de salud para los trazadores analizados. La relevancia de este ejercicio fue que se desarrolló con la colaboración de personal directivo y operativo del área de Planeación de los Servicios de Salud estatales estudiados.

La sistematización y el análisis de la información consistieron en la transcripción y codificación de las entrevistas, integración de bancos temáticos de información, así como desarrollo de modelos analíticos,

procedimientos realizados mediante el uso del paquete de cómputo ATLAS-Ti.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran que la conducción de las estrategias de reforma analizadas tuvo desempeños diferenciados entre los estados. Estas diferencias influyeron en la capacidad de influencia de los actores en la reforma, así como en la capacidad de gestión y apertura a la participación social de los Sistemas de Salud estatales.

1. Desempeño de indicadores y mapeo de actores

La capacidad de conducción de las estrategias de reforma en los estados se estableció a partir del seguimiento de indicadores relacionados con el desempeño gerencial, la gestión de recursos y la participación social. Este ejercicio mostró consistencia entre los desempeños reportados y la capacidad de conducción establecida por los actores políticos. Con base en ello, en el estado con los desempeños más bajos fue donde los actores reportaron la menor capacidad de conducción de las estrategias de reforma analizadas (ver tabla II).

Los indicadores de desempeño gerencial muestran que el manejo de criterios de asignación de recursos y de ejercicio del gasto tuvieron sus niveles más bajos en el Estado "A", habiéndose registrado una diferencia tangencial en el Estado "B" en cuanto a flexibilidad en el ejercicio del gasto. Los desempeños técnicos más bajos se registraron en los Estados "A" y "B" al no contar con sistemas de cuentas estatales en salud. Es importante hacer notar que si bien se observan desempeños altos en el estado "C" para los tres primeros indicadores, la autonomía reportada fue calificada como media para los tres estados.

El análisis de la capacidad de gestión financiera mostró que la mejora del financiamiento en los estados estuvo supeditada a la capacidad local de gestión. Al respecto, los estados "B" y "C" presentan los desempeños más altos en lo que respecta a gestión y asignación estatal

**TABLA II
DESEMPEÑO DE ALCANCES**

Rubro	Indicadores	Estado A	Estado B	Estado C
Capacidad gerencial	Manejo de fórmulas de asignación	BAJO	BAJO	MEDIO
	Flexibilidad en el ejercicio del gasto	BAJO	MEDIO	ALTO
	Sistema de Cuentas Estatales en Salud	BAJO	BAJO	ALTO
	Autonomía para decidir uso de recursos	MEDIO	MEDIO	MEDIO
Capacidad de gestión	Gestión estatal de recursos	BAJO	ALTO	ALTO
	Asignación financiera estatal	BAJO	MEDIO	MEDIO
	Consideración del gasto en salud en cuenta pública	MEDIO	BAJO	MEDIO
Participación social	Salud en la agenda legislativa	BAJO	MEDIO	MEDIO
	Participación en gasto y toma de decisiones	BAJO	MEDIO	ALTO

de recursos. Llamó la atención que siendo el Estado “B” el que presentó el mayor índice de marginación, hubiera sido en donde se promovió la iniciativa de financiar la afiliación de la población pobre al Seguro Popular de Salud en su primer año de operación, lo que no tuvo continuidad y que se dio de manera coyuntural. Asimismo, es de hacerse notar que no se hayan reportado desempeños altos en la inclusión de la agenda sanitaria en la cuenta pública como una consecuencia inmediata del mejoramiento de la gestión estatal.

En cuanto a participación social, los indicadores reportados muestran un desempeño bajo para el Estado “A” y desempeños medios en los Estados “B” y “C” en la inclusión del financiamiento estatal del sistema salud en las agendas legislativas. Por su parte, la participación de los actores locales en la toma de decisiones reportó mayores variaciones, observándose que fue el estado con los desempeños más bajos donde se reportó menor participación, mientras que en los estados “B” y “C” se

reportaron desempeños más altos para estos rubros. Es importante hacer notar que los desempeños más altos en participación social correspondieron con desempeños altos para otros indicadores.

La comparación de los indicadores reportados en el mapeo de alcances con la información derivada de las entrevistas con los actores clave permitió establecer que la capacidad de influencia en la conducción de la reforma se relaciona con el perfil del actor político y el nivel en el que éste se desempeña (figura 1).

Como puede verse, la influencia más alta en la conducción de la reforma se identifica en el nivel central, siendo el gobierno federal y la dirigencia de la Secretaría de Salud quienes mayor influencia ejercen tanto en la definición de políticas y lineamientos, como en los criterios con que éstos habrán de implantarse y evaluarse en los estados. En este sentido, los representantes del nivel estatal y los líderes comunitarios ubicaron su ámbito

**FIGURA 1
DESEMPEÑO DE ALCANCES**



de influencia en los niveles medios y bajos, mientras que la población usuaria reportó la menor capacidad de influencia, por lo que fue ubicada en el nivel más bajo. A diferencia de líderes comunitarios y usuarios, los proveedores se ubican en los tres ámbitos de influencia.

A continuación, el análisis de las entrevistas a profundidad describe las nociones de proveedores, líderes comunitarios y usuarios de servicios acerca de los mecanismos de asignación financiera, las fuentes de financiamiento, los fondos de financiamiento, las decisiones alrededor del ejercicio del gasto y la forma en que el conjunto de estas dimensiones influye en la gobernanza en salud en los estados.

2. Reforma y mecanismos de asignación de recursos financieros

La caracterización de la descentralización y los mecanismos de asignación financiera como estrategias de la reforma se fundamentó en las nociones de los actores acerca de las bases legales y los procedimientos técnicos vinculados a estos trazadores. En este contexto, proveedores y líderes comunitarios de los estados establecieron que la descentralización como estrategia de la reforma ha representado una transferencia de responsabilidades que no ha modificado la dependencia de los estados del nivel central-federal. Esta dependencia fue mayormente reportada en el estado con menor capacidad de gestión estatal de recursos.

La indagatoria acerca de los marcos legales y técnicos que se aplican como criterios de asignación permitió establecer que los proveedores identificaron como marco legal para la asignación financiera la Ley General de Salud, a la vez que reconocieron la obligatoriedad de los estados en cuanto a la provisión de servicios de salud para población vulnerable. No obstante, la caracterización de las fórmulas y procedimientos técnicos orientados a instituir equidad en la asignación financiera y en el gasto en salud fue considerablemente limitada.

Una observación relevante fue que proveedores y representantes políticos señalaron que la falta de manejo de criterios técnicos resta capacidad estatal para asignar recursos financieros con criterios de equidad, reafirmando con ello la dependencia de las asignaciones provenientes del nivel federal. A esta falta de manejo de criterios técnicos se sumó la percepción de que en la asignación se emplean criterios extralegales y que las asignaciones presupuestales no se han incrementado mediante el empleo de fórmulas técnicas sino que se ajustan con criterios históricos.

En el caso de los usuarios, su desconocimiento acerca de mecanismos de asignación financiera fue

considerablemente mayor en los tres estados. En este nivel, distintos líderes comunitarios apuntaron inquietudes relacionadas con la filiación política y la asignación financiera, señalando una probable influencia de esta esfera para favorecer municipios o entidades relacionadas con grupos de poder en aras de mantener el poder político manipulando para ello la producción de servicios para grupos vulnerables.

Fuentes de financiamiento y gestión de recursos

Se identificaron tres fuentes de financiamiento en los estados: el financiamiento federal, las aportaciones que realizan los gobiernos estatales y las aportaciones realizadas por los usuarios como cuotas de recuperación. En este caso, la capacidad de generación de fuentes alternas de financiamiento se asoció en los estados a la capacidad de gestión de los actores a cargo de la conducción de las políticas y programas de salud.

De acuerdo con los proveedores de servicios la principal fuente de financiamiento proviene de los recursos que aporta el nivel federal, lo que crea diversos grados de dependencia para operar los sistemas estatales de salud. En este contexto, al explorarse las modificaciones a los esquemas de financiamiento vigentes con recursos provenientes del Seguro Popular de Salud, se encontró que tanto proveedores como líderes comunitarios no visualizaban en ese momento esta reciente estrategia de la reforma como alternativa para mejorar el financiamiento estatal y con ello la provisión de servicios a la población.

En cuanto a las asignaciones de los gobiernos estatales, llamó la atención que proveedores y algunos representantes políticos hayan establecido que éstas representan un porcentaje mínimo del financiamiento total. Al respecto, se reconoció la obligatoriedad de las entidades sobre estas aportaciones, pero no se identificaron mecanismos e iniciativas instituidos que den cuenta del cumplimiento de este principio. Una dimensión relevante documentada en el presente estudio fue que esta dependencia no se relacionó con el grado de marginación de los estados sino con diversas coyunturas sociales y políticas.

Sobre las cuotas de recuperación se documentó su relevancia para los proveedores de servicios, porque con éstas se cubren necesidades de gasto que no estaban programadas en el ejercicio presupuestal, a la vez que se financian parcialmente iniciativas asistenciales como los Patrimonios de la Beneficencia Pública estatales. Esta forma de participación económica de los usuarios se realiza de manera voluntaria y sus efectos favorables para la operación de los servicios de salud fueron reconocidos por proveedores, líderes comunitarios y por los propios usuarios. Sin embargo, la eventual instalación del esquema de prepago del Seguro Popular de Salud generó incertidumbre en los proveedores sobre el destino de las

cuotas de recuperación, puesto que éste habrá de sustituirlas paulatinamente.

La indagatoria acerca de fuentes alternas de financiamiento como donativos, recursos en especie e inversiones, mostró que los actores de la entidad federativa con menores capacidades locales de gestión expresaron mayor dependencia de los recursos federales y de las cuotas de recuperación. Sin embargo, resultó paradójico que el estado que reportó la mayor parte de iniciativas municipales y comunitarias de aportación a los servicios haya sido el de menor grado de marginación, pero no el que realizaba las mayores aportaciones estatales en proporción a su Producto Interno Bruto. Adicionalmente, el estado con el mayor índice de marginación fue el que financió la afiliación de diversos grupos al Seguro Popular de Salud, sin haber establecido mecanismos de continuidad para esta iniciativa.

Manejo de fondos de financiamiento y ejercicio del gasto.

El manejo de los fondos y el ejercicio de los recursos son procedimientos altamente normados, habiéndose encontrado que los proveedores vinculados a estos procedimientos expresaron conocer el marco legal que los regula. Al respecto, se comentó que si bien existen leyes estatales en esta materia, el nivel federal ejerce una amplia influencia porque formula y emite criterios para la distribución de los fondos, el ejercicio del gasto y el rendimiento de cuentas.

En este contexto, los actores políticos coincidieron en que los fondos disponibles son insuficientes para atender la demanda de atención de los servicios estatales, debido a que su ejercicio cubre además los capítulos de gasto relacionados con el pago de salarios del personal, la adquisición de los insumos requeridos para la atención médica (medicamentos, material de curación, reactivos de laboratorio, etc.), el mantenimiento y ampliación de la infraestructura, así como la adquisición de equipo.

Dado que los proveedores señalaron que la mayor parte de los fondos estatales se emplean para pagar al personal, se estableció que una proporción menor a la quinta parte del total de recursos cubre el resto de las necesidades operativas, incluyendo los programas de atención a la población. Ello determinó que el margen de autonomía para decidir localmente sobre el destino de los recursos fuera mínimo y que su aplicación se haya destinado a cubrir contingencias en función de la capacidad financiera de cada estado.

Desde la perspectiva de los usuarios, la limitación de recursos reduce la capacidad resolutoria de los servicios, generándoles con ello gastos adicionales. Asimismo, comentaron falta de participación en la toma de decisiones

sobre la gestión de recursos, el ejercicio del gasto y la información de resultados en salud a la comunidad. A esta postura se agregó la de los líderes comunitarios, quienes plantearon la necesidad de transparencia y rendición de cuentas por parte de los servicios estatales, así como la necesidad de una mayor participación de la comunidad en la gestión de recursos.

Gobernanza y financiamiento de los sistemas estatales de salud.

Los indicadores de gobernanza a describir se refieren a las capacidades estatales de coordinación y conducción de políticas, así como de gestión y desarrollo de fuentes de financiamiento. El análisis realizado mostró que la modificación de los mecanismos de articulación entre los niveles federal y estatal iniciados con la descentralización influyó favorablemente en la coordinación entre distintos niveles de gobierno. En contraste, los alcances de la reforma fueron más limitados en materia de gestión de recursos y creación de nuevas fuentes de financiamiento.

Proveedores y líderes comunitarios consideraron que una de las fortalezas de la reforma es que ha favorecido la coordinación entre las distintas instancias gubernamentales, sin que la filiación política de estas instancias haya obstaculizado la operación de las políticas de salud en los estados y los municipios. Como muestra de ello, no se identificaron reservas ni impedimentos acerca de las iniciativas federales de salud en estados gobernados por partidos “de oposición”, situación que se expresó de manera similar en gobiernos municipales respecto a las iniciativas estatales.

Dada la relevancia de la capacidad gerencial en la conducción de las estrategias de la reforma, la mayoría de los proveedores estableció que los cambios iniciados a partir de la descentralización han fortalecido la toma local de decisiones y la transferencia de responsabilidades a los estados. No obstante, se sugirió que el mejoramiento de la operación de los programas requiere mayores márgenes de autonomía orientados a eficientar el gasto para la realización de obras públicas, contratación de personal y compra de insumos y medicamentos. Al respecto, se señalaron como posibles barreras para el desarrollo de autonomía sectorial la incertidumbre financiera y diversas prerrogativas relacionadas con el ámbito sindical.

En relación con los cambios a partir de la reforma del sistema de salud identificados por los usuarios, destaca que sus opiniones presentaron limitaciones en cuanto a la caracterización de las relaciones políticas exploradas, expresando desconocer los mecanismos de coordinación entre niveles de gobierno y dependencias gubernamentales. Llamó la atención sin embargo, que la mayoría de estos informantes señalaron que ha habido mejoras en los servicios médicos, a la vez que expresaron

expectativas favorables sobre iniciativas de la reforma como el Seguro Popular de Salud. En este sentido, resultó notorio que diversos proveedores no hayan referido nuevas fuentes de financiamiento, mientras que usuarios y líderes comunitarios hayan descrito experiencias comunitarias de aportación de recursos para el funcionamiento de los servicios locales

Algunos de los retos de gobernanza más importantes se ubicaron en el ámbito de la participación social, cuyo efecto negativo más inmediato se refirió a la falta de coordinación entre ciudadanía, dependencias gubernamentales y organismos civiles. Esta problemática redundó en una identificación limitada de iniciativas ciudadanas orientadas a apoyar el financiamiento del sistema estatal de salud, aunque se identificaron más iniciativas locales de participación en el estado con los mayores desempeños en los indicadores de conducción de la reforma.

Es importante señalar que la información analizada mostró capacidades limitadas de gestión de recursos en los estados, así como márgenes estrechos de participación social que han repercutido en una escasa diversificación de fuentes de financiamiento. Sin embargo, la coyuntura estudiada podría modificarse, puesto que en 2003 no se había instalado aun el Sistema Nacional de Protección Social en Salud. En este sentido, los actores comentaron que los cambios esperados en el financiamiento habrán de darse de manera gradual puesto que, en su opinión, los mecanismos de asignación vigentes no han cambiado notoriamente. Finalmente, se estableció que un mayor rendimiento de cuentas requiere que los estados implementen sistemas de monitoreo de indicadores financieros y organizacionales que permitan establecer los impactos sociales de los programas de salud con base en los recursos asignados para tal fin.

Conclusiones

Las tendencias y evidencias de este estudio sugieren que los niveles de gobernanza entre los diferentes actores del actual sistema de salud, constituyen uno de los mayores

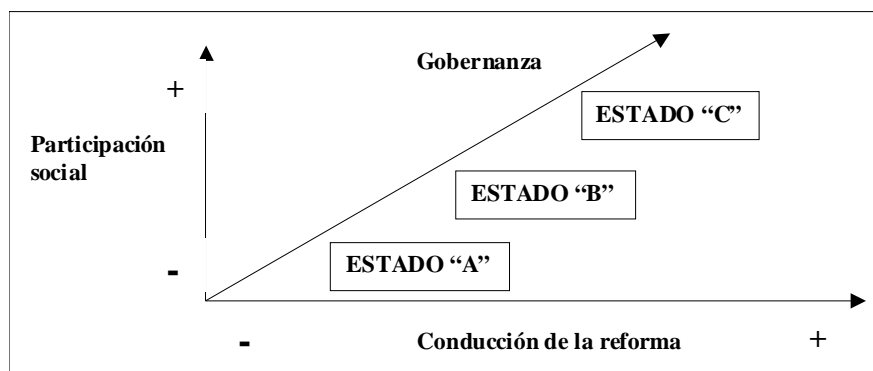
espacios a replantear en el proceso de evaluación, monitoreo y ajustes de reforma y democratización de la salud en México. En este sentido, el estudio realizado muestra que los mayores desempeños en los indicadores monitoreados en los estados se correspondieron con una mayor gobernanza en términos de participación social y capacidad de conducción de la reforma, tal y como lo muestra en la figura 2.

La información que sustenta esta figura muestra que si bien el grado de marginación y la filiación política de los estados influyeron en cierto grado en la conducción de la reforma y en la participación social, existen dinámicas locales orientadas al establecimiento de oportunidades para fortalecer las capacidades gerenciales y de gestión en los estados. En este sentido, la reforma ha establecido bases orientadas a una mayor institucionalidad al reconocer los actores tanto los marcos jurídicos que norman la política de salud en México, como la necesidad de ampliar la participación social para mejorar el financiamiento de los sistemas estatales de salud.

Otro punto que ha sido ampliamente cuestionado tanto por proveedores como por usuarios de servicios de salud en México, es la ausencia de un efectivo sistema de rendición de cuentas que permita la discusión y participación activa, tanto por proveedores, usuarios o líderes de ONGs, en decisiones en salud que competen a la salud y particularmente a los aspectos de equidad, eficiencia, disponibilidad y acceso a los servicios de salud.

En este sentido, las estrategias de reforma analizadas enfrentan también retos en el corto y mediano plazo para crear un equilibrio entre la oferta y la demanda en salud bajo un esquema fundamentado en un principio de protección financiera. En este punto, la gobernanza en salud en México requiere de mayores mecanismos para promover la participación de proveedores, usuarios y líderes comunitarios y de ONGs, puesto que en ello estriba un mayor fortalecimiento de la gobernanza en salud y con ello de la conducción exitosa de los objetivos de la reforma.

FIGURA 2
MATRIZ DE GOBERNANZA



REFERENCIAS

Reich M. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy* 32:47-77; 1995.

Reich M. The politics of reforming health policies. *Promotion and Education* 9:138-142; 2002.

Jørgensen K. *Governance for sustainable development: the role of governments*. 1st edition. Berlin: Freie Universität, 2004.

Baris E. Reforming health care in Canada: current issues. *Salud Pública de México* 40:276-280; 1998.

Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P. On being a good listener: setting priorities for applied health services research. *The Milbank Quarterly* 81:1-15; 2003.

Arredondo A. et al, Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México. *Saude Publica de Brasil* 38: 121-129; 2004.

Secretaría de Salud. *La Democratización de la Salud en México*. México: Secretaría de Salud, 2001.

Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo:48-62; 2003.

Frenk J, Gómez O, Knaul F. *Salud: un diagnóstico*. Mayo:71-77; Nexos, 2004.

Arredondo A. Federalismo y Salud: estudio de caso del sistema de salud en México. En: *Federalismo y Políticas de salud, descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva internacional*. Primera edición, Canadá, 2003.

Secretaría de Salud. *La Democratización de la Salud en México*. Op. Cit.

Martínez A. La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud. En: Frenk J, Ed. *El observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*. 1^a edición, México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.

Earl S, Carden F, Smutylo T. *Outcome mapping. Building learning and reflection into development programs*. 1st edition. Canada: IDRC, 2001.

IX Asamblea General
de la Asociación Latinoamericana
de Facultades y Escuelas
de Contaduría

OBJETIVO

Difundir los resultados de estudios e investigaciones básica y aplicada que realicen académicos de América Latina en las diversas áreas del conocimiento de la Contaduría y la Administración.

TEMÁTICA Y PROGRAMA

Los participantes deberán realizar la presentación de trabajos relativos a alguna ó varias de las siguientes áreas en Contaduría y Administración.



REQUISITOS FORMALES DE PONENCIAS:

1. Carátula que diga:
 - a) IX Asamblea General de Alafec
 - b) Título del trabajo
 - c) Áreas del conocimiento que aborda el estudio ó investigación
 - d) Una página que solo contenga el título de la ponencia y su resumen de un máximo de una cuartilla.
2. Una página que solo contenga el título de la ponencia y su resumen de un máximo de una cuartilla.
3. Texto de la ponencia en máximo 15 cuartillas numeradas, en letra arial 11 (pero recuerde que oralmente se puede exponer una versión resumida de 20 minutos).

Para mayores informes consulte la página de Internet:
www.alafec.unam.com