

DESCENTRALIZACIÓN
Y PROGRAMAS DE SALUD
REPRODUCTIVA

DESCENTRALIZACIÓN Y PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

EXPERIENCIAS SOBRE LOS PROGRAMAS
DE ATENCIÓN A LA MUJER

*Gustavo Nigenda
Rosario Valdez
Leticia Ávila
José Arturo Ruiz*

COAUTORES:
*Emanuel Orozco
Liliana Montejo
Luz Ma. Kageyama
Patricia Hernández*

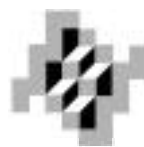
Septiembre 2002

CASE
—SALUD

CENTRO DE ANÁLISIS
SOCIAL Y ECONÓMICO



FUNDACIÓN MEXICANA
PARA LA SALUD



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA

DESCENTRALIZACIÓN Y PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
Primera edición, 2002

D.R. © Fundación Mexicana para la Salud
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal, Tepepan, Tlalpan, 14610, México, D.F.
www.funsalud.org.mx

ISBN: 968-5018-72-3

Impreso y hecho en México
Made and printed in Mexico

CONTENIDO

Prólogo	7
Instituciones participantes	10
Agradecimientos	11
CAPÍTULO I. Antecedentes	
La descentralización de los servicios de salud en México	13
La situación de salud de la mujer y los programas dirigidos a ella	17
Resumen	22
CAPÍTULO II. Marco teórico	
El Estado mexicano y las políticas públicas	25
La descentralización y la política de salud	28
Los programas de salud de la mujer y la perspectiva de género	34
Resumen	36
CAPÍTULO III. Metodología del estudio	
Selección de los estados	39
Selección de los municipios	41
Diseño del estudio	42
Técnicas de recolección de información	49
Indicadores para cada componente	51
Análisis	53
CAPÍTULO IV. Percepción de los tomadores de decisiones sobre el avance de la descentralización y su impacto en los programas de salud reproductiva	
Experiencia en Chihuahua y Campeche	58
Experiencia en Oaxaca y Jalisco	77
Resumen	97

CAPÍTULO V. Recursos disponibles en los servicios de salud

Asignación de recursos y productividad	99
Encuesta al personal de salud	117

CAPÍTULO VI. Evaluación de los programas por parte de las usuarias

Características sociodemográficas de las entrevistadas	139
Opiniones en torno a los servicios	144
Percepción de cambios favorables y propuestas para mejorar los servicios	154

CAPÍTULO VII. Discusión y conclusiones

Percepción de los tomadores de decisiones	162
Recursos disponibles	166
Evaluación de los servicios por parte de las usuarias	171
A manera de conclusión	177

CAPÍTULO VIII. Recomendaciones

Generales	185
Específicas	186

ANEXOS

1. Caracterización de los estados seleccionados	189
2. Diseño de la muestra para la encuesta a usuarias	191
3. Análisis de la producción de servicios	193

Índice de cuadros	197
Índice de gráficas	199

PRÓLOGO



El tema de salud reproductiva ha ganado terreno en la agenda de los procesos de reforma en años recientes. Si bien aún hay mucho camino por avanzar, el interés que este vínculo despierta ha movilizadado a sectores académicos, gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones internacionales y agencias de desarrollo para tratar de promover la articulación de ambas esferas.

México es un país pionero en el tema de reforma del sector salud y, de manera particular, en la política de descentralización. Aunque políticamente la descentralización ha resultado un proceso complejo, los tiempos actuales han redimensionado su papel en la generación de recursos locales y en la capacidad de aportar ideas innovadoras que dejen por fin de moverse en el sentido centro-periferia, para partir de las entidades locales como producto de un trabajo de creación y promoción de nuevas formas de pensar sobre la prestación de servicios. Los retos que impone la descentralización a los estados son enormes y lo que falta por avanzar llevará varios años antes de verse cristalizado en frutos concretos. La descentralización fluye y se renueva a pesar de las inercias institucionales. Negociar y no imponer ha sido la tónica reciente, y los viejos y nuevos actores tendrán que ajustarse a los tiempos.

En este contexto, los programas de salud reproductiva han encontrado una nueva propuesta paradigmática después de las reuniones internacionales de El Cairo y Beijing. A partir de la movilización de la sociedad civil organizada, estos foros han logrado también establecerse como un parteaguas de la política gubernamental dirigida a las mujeres. Se propone dejar de tratar a la

mujer como objeto de una política que busca controlar su capacidad reproductiva, para verla como un individuo con preferencias, aspiraciones y derechos que tienen que ser considerados al momento de ofrecerle servicios.

Los cambios demográficos y epidemiológicos en las condiciones de salud actuales de las poblaciones de los países en desarrollo requieren de respuestas que se planteen mirando a un futuro inmediato, pero también a un horizonte de temporalidad más amplio. Enfrentar los problemas urgentes no debe distraer del diseño de una estrategia para enfrentar los problemas importantes. La relevancia actual de temas como el sida, el cáncer cérvico-uterino y la atención prenatal, tendrá una dimensión aún mayor en los años por venir.

Salud reproductiva y reforma del sector salud son dos materias que hasta fechas recientes avanzaban por caminos separados. Hoy, los llamados a su integración provienen de todos los flancos, pero ese proceso requiere de una revisión cuidadosa de las opciones, las estrategias, los actores, las formas de participación y los posibles logros. Hay mucho que mejorar en el día a día de la provisión de los servicios de salud reproductiva, así como un cúmulo de temas que se deben revisar, criticar y proponer para que los procesos de reforma cumplan con sus objetivos de equidad, calidad y protección a la ciudadanía. El reto es mutuo y tiene que ser abordado en conjunto.

La información que se expone en este libro representa una modesta aportación a la investigación de algunos aspectos de la interacción entre el desarrollo de los programas de salud reproductiva y la política de descentralización de la salud en México. Este esfuerzo fue realizado gracias al invaluable apoyo de la Fundación Ford. El estudio efectuado en cuatro estados con distintos avances en el proceso de descentralización, pone al descubierto la complejidad de la operación de una estructura de servicios descentralizada, en la cual la salud reproductiva es, en el papel, sólo un programa más. Sin em-

bargo, la salud reproductiva resulta ser un espacio privilegiado de estudio donde los logros en el avance de los programas y sus contradicciones se agrupan para permitirnos escudriñar a fondo en un fragmento de la realidad social e institucional del país, que es de la mayor importancia.

Dr. Gustavo Nigenda
Coordinador general
Centro de Análisis Social y Económico
Fundación Mexicana para la Salud

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Campeche

Secretaría de Salud del Estado de Campeche
Consejo de Integración de la Mujer (CIM-PRI)

Oaxaca

Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca
Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social-Golfo (CIESAS)*
Comité de Maternidad Sin Riesgos
Mex-Fam Oaxaca
Centro de Estudios de la Mujer y la Familia (CEMYF)

Jalisco

Secretaría de Salud del Estado de Jalisco
Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara*
Mex-Fam Jalisco

Chihuahua

Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Chihuahua*
Grupo 8 de Marzo

* Apoyaron en la ejecución del proyecto de investigación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer el apoyo de diversas personas que fungieron como coordinadores del levantamiento de información en los estados: Paola Cesia y Laura Nigenda en Oaxaca; José Antonio Matamoros y Luz Helena Sanín en Chihuahua; Alfredo Celis en Jalisco y Liliana Montejo en Campeche.

También expresan su reconocimiento por el respaldo de las autoridades de la Secretaría de Salud en las cuatro entidades federativas, y el de los funcionarios que cedieron su tiempo para las entrevistas. La colaboración del personal de los centros de salud en todos los estados fue invaluable.

Finalmente, toda la gratitud para las 2 500 mujeres que participaron en la encuesta y aportaron sus opiniones para el logro de los objetivos la investigación.

El apoyo de la Fundación Mexicana para la Salud fue invaluable para el arribo final a la edición del presente documento. Particularmente, la generosidad y los valiosos consejos del doctor Guillermo Soberón permitieron administrar los recursos del proyecto de manera eficiente.

La Fundación Ford otorgó los recursos financieros para llevar a cabo este estudio.

Las opiniones expresadas en el presente informe son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan las opiniones de las instituciones de adscripción ni de las que brindaron su apoyo.

CAPÍTULO I
ANTECEDENTES



LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

Las bases para la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud (SSA) se establecieron por decreto presidencial en agosto de 1983, con lo que se inauguró una nueva etapa de la política de salud dirigida a la *población abierta*.¹ Durante la década de los años ochenta los servicios de salud en México sufrieron una importante reorganización, la cual se inició cuando se le dio rango constitucional al derecho a la protección a la salud. Como parte de esta iniciativa, en 1984 se promulgó la Ley General de Salud, que reglamenta el derecho a la salud consignado en el artículo 4º de la Constitución.² Este procedimiento representa la base conceptual del proceso de descentralización de los servicios de salud, puesto que dentro de sus objetivos plantea la modernización y sectorización de estos servicios, así como el impulso a su descentralización y desconcentración.

En muchos países en desarrollo la descentralización ha sido la estrategia de elección para reformar aquellas áreas del sector salud con mayor dependencia de las finanzas públicas, es decir, las estructuras de los ministe-

1 Este concepto se refiere a la población que por diversas razones no puede acceder a servicios de seguridad social ni a servicios privados.

2 Soberón G, Martínez-Narváez G. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México* 1996;38(5).

rios de salud. En el caso mexicano, la política de la SSA ha transferido responsabilidades al ámbito estatal, con lo que se ha requerido una mayor participación financiera de las entidades federativas, sin que necesariamente se haya cedido poder de decisión en todos los niveles. Este proceso enfrentó dificultades políticas desde sus inicios, en la década de los años ochenta, puesto que no constituyó una medida adoptada por todos los estados de la Federación –como debió ser–, sino que sólo fue llevado a cabo por algunos. Si bien se argumentaba que el proceso tendría que ser paulatino, en realidad se volvió discontinuo debido a las diferencias existentes entre las administraciones saliente y entrante en 1988. De hecho, en el periodo 1988-1994 la descentralización se detuvo y no se recuperó sino hasta el inicio del sexenio 1994-2000.

En el caso de México, el proceso de la descentralización de los servicios de salud ha enfrentado enormes dificultades. En términos generales, se ha dado en dos fases que definen distintos tipos de manejo de la política respectiva en los ámbitos locales. Los estados descentralizados en la primera fase (1984) ganaron 11 años de experiencia sobre la administración de sus programas y la nueva relación con la Federación. Pese a que en esta fase se incorporaron entidades federativas que tenían suficiente capacidad financiera para apoyar la ejecución de sus programas de salud (Nuevo León, Aguascalientes y Tabasco son los ejemplos más claros), la administración central apoyó también la descentralización de estados como Guerrero, que si bien no contaban con similar capacidad financiera que los primeros, fueron incorporados por motivos políticos. Guerrero era el ejemplo para otros estados financieramente débiles de que la descentralización era posible. Cabe destacar que no fue sino hasta 1995 cuando se cumplió la nueva etapa de descentralización; en esta ocasión todos los estados iniciaron el proceso, aun cuando su condición financiera fuera esencialmente la misma que en la década anterior.

Es importante mencionar que la descentralización define como prioritarios dos ámbitos específicos en su nivel operativo: el de la transferencia en el uso de recursos –particularmente los financieros– y el de la definición de lineamientos para la operación de los programas y servicios. En este contexto, los programas relacionados con la salud de la mujer tienen una situación particular dentro de las políticas de salud de la SSA; en primer lugar, en la mayoría de ellos no se ha descentralizado su operación, puesto que forman parte de las prioridades definidas desde la Federación. Al mismo tiempo, su componente financiero no ha sido descentralizado totalmente; sin embargo, es posible que los programas reciban recursos adicionales a fin de mejorar su capacidad financiera, en particular cuando representan prioridades de salud en la entidad. El caso de Morelos constituye un ejemplo de esto, pues se trata de un estado con una de las tasas más altas de prevalencia de cáncer cérvico-uterino del país, por lo que entre sus prioridades está fomentar el programa de detección oportuna de cáncer con recursos adicionales aportados por la administración estatal.

Conviene apuntar que existe un procedimiento que permite la transferencia de recursos financieros federales de carácter extraordinario. Entre las finalidades de este procedimiento, que fue creado en 1997, está la de fortalecer la descentralización con el fin de disminuir las desigualdades financieras entre los estados y asegurar más recursos para el desarrollo de programas que respondan a prioridades locales. Este mecanismo de transferencia busca una asignación financiera racional del gobierno federal hacia los estados, pero carece de criterios explícitos que permitan llevar a cabo esta transferencia del ámbito estatal al municipal. Lo anterior permite suponer que diversos criterios políticos podrían influir en los distintos niveles en los que se efectúa la transferencia de recursos, en los cuales no necesariamente se ve reflejado el incremento de recursos en

municipios con marginación y mortalidad elevadas.³ De hecho, se sabe que en algunas entidades federativas los recursos que se obtienen estatalmente se aplican a prioridades definidas en este mismo ámbito, lo cual no necesariamente se negocia con el nivel central. Dado que el control del gasto se mantiene centralizado en componentes tan importantes como la nómina del personal, cuando se habla de descentralización en distintos contextos políticos, generalmente se hace en un sentido restringido.

Como parte de las metas del proceso de descentralización, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000⁴ reconoció los siguientes problemas, destacando que éstos se expresan de modo diferenciado en el nivel local:

- Baja eficiencia en las decisiones respecto hacia dónde deben orientarse los recursos: las decisiones para la asignación se toman centralmente y no obedecen a prioridades regionales.
- Falta de precisión en la definición de responsabilidades: las autoridades locales no asumen la responsabilidad que les corresponde, y a nivel central lo hacen limitadamente.
- Burocratismo que entorpece las acciones y los procesos: la operación centralizada hace que los procesos sean complejos y poco oportunos.
- Inercia en las decisiones de asignación del gasto entre los estados: la distribución de los recursos se hace con base histórica, lo que conduce a perpetuar las inequidades en la distribución del presupuesto federal.

3 A finales de la década de los noventa se llegó a observar que diversos municipios y estados gobernados por partidos diferentes al que ocupaba entonces el poder solían verse privados de recursos económicos desde el nivel central, con lo que se afectaban sus programas de gobierno.

4 Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000.

LA SITUACIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER Y LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A ELLA

Las mujeres en México han tenido avances significativos en su integración al desarrollo del país; en las últimas décadas han alcanzado importantes logros jurídicos, sociales, políticos y económicos. Sin embargo, prevalecen enormes sectores de la población femenina en situación de marginación por su condición de clase y en clara desventaja por su condición de género.

En la situación de la salud de la mujer se expresa de manera clara la inequidad entre los géneros, pero también otros factores, como las condiciones económicas, el estatus social, las diferencias étnicas, la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de salud. En el contexto de las políticas de ajuste económico, la mujer como grupo especialmente en desventaja dentro de la sociedad –en particular la mujer pobre– soporta una parte importante de la carga de estas políticas sobre sus condiciones de vida, su cuerpo y su salud.

La situación de la salud de la mujer en México, al igual que en otros países del mundo, no es homogénea en lo que se refiere a los procesos de salud, enfermedad y muerte. Esto implica que si bien todas las mujeres comparten características inherentes a su condición biológica y de género, otros elementos como el estatus socioeconómico y étnico intervienen en los procesos de diferenciación. Con estas acotaciones es posible mirar los diferentes indicadores de los principales problemas de salud de la mujer en nuestro país, que se presentan a lo largo del ciclo de vida; algunos de ellos son: la alimentación y la nutrición, el cáncer, el aborto, los aspectos de salud reproductiva, las lesiones físicas y emocionales producto de la violencia, entre otros.

Según el XII Censo General de Población y Vivienda,⁵ en 2000 las mujeres mexicanas sumaron 49.8 millo-

5 XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: www.inegi.gob.mx.

nes, es decir, poco más de 51% de los 97.5 millones de habitantes en el país en ese momento. En los últimos 25 años, como consecuencia del rápido descenso de la fecundidad y la transformación de los patrones reproductivos, se han producido cambios notables en la estructura etárea, expresados en el aumento de la proporción de adultos y ancianos en la población total.

En México, la situación económica y las políticas de ajuste han afectado sensiblemente el gasto social y la prestación de los servicios de salud. La muerte materna es una expresión de las desventajas de los grupos sociales que la presentan. El embarazo, el parto y el puerperio en sí mismos no deberían ocasionar problemas de salud a las mujeres, pero cuando ocurren en ambientes desfavorables, donde prevalecen condiciones de vida precarias, la escasez de conocimientos sobre la reproducción, la existencia de patrones culturales que obstaculizan la atención temprana, la limitación de recursos económicos, la desnutrición materna y la falta de disponibilidad y de calidad en los servicios de salud, convierten el evento reproductivo en una situación de alto riesgo para las mujeres.⁶ Esta problemática ha llevado a reconocer que la mortalidad materna es un problema importante de salud pública en el país.

Aunque en México hay una tendencia promedio descendente, para 1995 la mortalidad perinatal ocupaba el sexto lugar entre las causas de fallecimiento y la tasa de mortalidad materna era de 4.5 por 10 mil nacidos vivos.⁷ Esta tasa aún continúa siendo hasta 10 veces más elevada de la encontrada en otros países.⁸

Las diferencias en la mortalidad materna entre los estados son muy grandes y están estrechamente vinculadas con la marginación y con el tamaño de las localida-

6 Hartman S. *Mortalidad en la mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. México: SSA/OPS/UNICEF, 1992.

7 SSA. Informe de Labores, 1995

8 Karchmer S. Magnitud y tendencias de la mortalidad materno-infantil. *Perinatal Hum Reprod* 1989;3:62-63.

des. Al dividir el país en cuatro estratos de marginación (baja, media, alta y muy alta) se encontró que las mujeres que viven en municipios de alta marginación presentaban tres veces más riesgo de morir que las mujeres de los municipios de baja marginación.^{9,10} En relación con el tamaño de la localidad, se observó que las localidades con menos de 2 500 habitantes concentran 55% de las muertes maternas, mientras que las localidades que tienen de 2 500 a 20 000 habitantes concentran 17%, y las áreas urbanas 28%. En este sentido, la persistencia de muertes maternas, la frecuencia de las complicaciones en la atención y el hecho de que un gran número de ellas ocurra en mujeres que recibieron algún tipo de atención, constituyen una advertencia de la falta de oportunidad para el acceso a una atención adecuada, producto de una mala distribución de servicios, insuficientes en calidad y cantidad.¹¹

Entre las mujeres de 15 a 64 años de edad, las principales causas de muerte en 1992 fueron los tumores malignos, principalmente de cuello del útero y de mama (45 por 100 mil), las enfermedades del corazón (23.6 por 100 mil), la diabetes (22.4 por 100 mil) y las lesiones (14.1 por 100 mil). Es importante señalar que la muerte por tumores malignos de mama y cérvix provoca casi la mitad de las defunciones por tumores malignos entre las mujeres de 15 a 64 años de edad, y que, paradójicamente, una de las intervenciones que se ha demostrado útil para su diagnóstico oportuno, el examen Papanicolau, tiene muy baja cobertura poblacional. En 1994 apenas una de cada cuatro mujeres de 15 a 49 años de edad se había practicado la prueba de Papanicolau, y esta proporción sólo era de 17% en comunidades rurales.

9 OMS-OPS. *Preventing maternal deaths*. Ginebra, 1989:1-233.

10 Romeder J, McWhinnie J. Años de vida potencial perdidos entre las edades de 1 y 70 años: un indicador de mortalidad prematura para la planificación de la salud. *Int J Epidemiol* 1997;6:143-151.

11 OMS. Introducción al taller regional sobre investigación en mortalidad materna, texto mimeografiado, 1990:1-5.

En el contexto de la política de descentralización de los servicios de salud en México, los programas relacionados con la salud de la mujer enfrentan una situación particular. La mayoría de las entidades federativas descentralizadas en la primera etapa pudieron haber mejorado su capacidad de manejo de la nueva relación centro-local, así como su capacidad para administrar los programas de salud y definir con claridad la distribución de los recursos financieros disponibles, de acuerdo con las prioridades establecidas al interior del estado. Por su parte, para los estados de la segunda etapa de la descentralización, el tiempo posiblemente no ha sido suficiente para consolidar dichos procesos, a lo que se suman los hechos de que todos tuvieron que asumir el proceso descentralizador y de que su capacidad financiera experimentaba el efecto de la crisis económica de finales de 1994.

Como parte de la respuesta a las necesidades de salud de la población femenina y dentro del programa de reforma del sector salud, en 1995 se creó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, surgido de la fusión de los programas Atención Materno-infantil y Planificación Familiar. Este programa formó parte también de la estrategia de respuesta a los acuerdos suscritos por el gobierno mexicano en la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990).

La implantación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se articuló íntimamente con el proceso de descentralización de los servicios de salud. Como se mencionó antes, en 1996 se firmó un decreto que reinició formalmente el proceso de descentralización de la estructura de los servicios de salud, justo en el trienio en el que el gasto en salud en relación con el gasto público había sufrido un marcado descenso, el cual además era reflejado por la tendencia del gasto en salud reproductiva.

Con estos antecedentes, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se propuso ocuparse de aspectos esenciales, como la planificación familiar, la salud perinatal, la salud reproductiva de la población adolescente y la salud de la mujer, incluyendo el riesgo pre-concepcional, la detección oportuna y el manejo de la infertilidad y las neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención al climaterio, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.

El citado programa señaló en su introducción el énfasis que se pondría en “la incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar las relaciones equitativas entre los géneros y con la igualdad de oportunidades, para contribuir a la emancipación y defensa de los derechos de las mujeres, particularmente los sexuales y reproductivos”.

Lo anterior permite suponer que algunos de los programas de atención a la mujer, aun cuando sean definidos como prioritarios y manejados centralmente, encuentran en el contexto local descentralizado una gran variedad de elementos y procesos que sin duda deben repercutir en su capacidad de producción de servicios en cuanto a volumen, eficiencia y calidad.

A partir de los problemas señalados, se definieron los objetivos del proyecto de investigación, como se describe enseguida.

Objetivo general

Conocer en qué medida la política descentralizadora lleva a cabo la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades específicas de las poblaciones, enfrenta problemas generados por la puesta en marcha de programas de salud de la mujer, y vigila la calidad con la que se prestan los servicios en los cuatro estados selecciona-

dos (Campeche, Chihuahua, Jalisco y Oaxaca), de distintas regiones de México.

Objetivos específicos

1. Analizar la forma en la que se toman las decisiones para la asignación de recursos y operación de los programas de atención prenatal, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, detección oportuna de cáncer mamario y planificación familiar, a partir de las propuestas y discursos de los tomadores de decisiones de las políticas de descentralización en los diferentes estados.
2. Identificar el proceso de obtención y utilización de recursos financieros para la operación de dichos programas.
3. Evaluar la forma en la que se organizan y ejecutan estos programas en términos de su productividad, eficiencia y calidad.
4. Conocer el grado de satisfacción y las áreas donde se sugieren cambios por parte de las usuarias activas de los programas.
5. Conocer la opinión del personal que participa en los programas en relación con los efectos positivos y negativos de la descentralización sobre la operación de éstos y las áreas donde se sugieren cambios.
6. Establecer y analizar las diferencias entre las entidades federativas en cada uno de los componentes del estudio.

RESUMEN

Las políticas públicas en México han pasado por diversas etapas, no siempre unilineales. Dentro de ellas, las acciones en favor de la descentralización se han visto interrumpidas en su desarrollo y en sus propósitos. En este contexto se enmarcan la situación de la mujer y los

programas de salud reproductiva. Ambos aspectos tienen características propias e independientes, que abarcan desde sus definiciones hasta las acciones realizadas en cada esfera.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO



Dado que en el presente estudio se explora la situación de los programas de salud dirigidos a la mujer en el contexto de la descentralización de los servicios de salud en términos políticos, sociales y de organización, en este marco teórico se analizan tres aspectos conceptuales que sustentan el desarrollo de la investigación: a) el Estado mexicano y las políticas públicas; b) la descentralización de los servicios de salud, y c) los programas de salud de la mujer desde la perspectiva de género.

EL ESTADO MEXICANO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Durante el siglo XX, México experimentó cambios políticos fundamentales, entre los que destaca la formulación de una Constitución resultado de una prolongada movilización social vivida durante su primer tercio. Este proceso social culminó con la construcción de un modelo de Estado que permitió la corporativización de los diversos sectores políticos del país, proceso en el cual se fundamentó la política social durante cerca de 50 años.¹

El corporativismo como modelo político en México fue posible en un Estado con carácter centralista, donde los recursos se distribuían con criterios políticos que privilegiaban la permanencia de grupos de interés enquistados en el núcleo de la estructura de poder federal. Este periodo se extendió hasta 1982 y culminó con un

1 Córdova A. *Lázaro Cárdenas*. México: Era, 1978.

proceso de cambio entre grupos políticos con puntos de vista antagónicos con respecto al papel del Estado en la economía y en la provisión de servicios sociales, entre ellos, los de salud. Una de las características centrales del corporativismo era que buena parte de las decisiones políticas tendía a favorecer un modelo de partido-Estado, en el cual se buscaba fortalecer al partido a través de la distribución de recursos o la promoción de obras públicas para mantener las preferencias electorales a su favor. En este ámbito, las decisiones políticas se ejercían de manera centralizada y el Estado hacía las veces de entidad financiadora de las obras sociales, asumiendo que éstas se efectuaban por el mandato del Poder Ejecutivo.² Cuando la voluntad central era cuestionada, ésta ejercía mecanismos de coacción orientados a mantener la continuidad del sistema político.³

Diversas fuentes reconocen que la crisis del Estado corporativo se inició a principios de la década de los años ochenta, y en ese proceso influyó la crisis petrolera y financiera del país.⁴ A partir de este momento se cuestionó el poder centralizado del Estado mexicano y se planteó la necesidad de reorientar la política social y financiera con criterios que rebasaran el ámbito puramente electoral. Es importante destacar que esta crisis correspondió en gran medida con la crisis del llamado Estado de bienestar en el mundo occidental,⁵ en la cual los factores externos a las economías locales fueron considerados como elementos que las afectaban. Desde la perspectiva de Offe,⁶ ante esta situación se optó por un nuevo modelo político que privilegiara cuestiones de mercado y redujera la participación del Estado en el financiamiento del gasto social.

2 Zaid G. *La economía presidencial*. México: Vuelta, 1990.

3 Hansen R. *La política del desarrollo mexicano*. México: Siglo XXI, 1975.

4 Ramírez C. *Cuando pudimos no quisimos*. México: Cal y Arena, 1995.

5 Offe K. *Contradictions of the Welfare State*, EUA: MIT Press, 1990.

6 *Ibid.*

El modelo de Estado neoliberal, que se inició en México con el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988), dio paso al predominio de grupos tecnócratas con ligas menos sólidas con el partido oficial. Este periodo fue el punto de partida de la definición de un Estado austero –donde la sociedad civil tendría que participar de manera más directa en el financiamiento del gasto social– y del nacimiento de una economía fundamentada y determinada por el comportamiento de los mercados. El papel de los mercados externos en la economía nacional ocuparía un papel destacado, y con ello se marcaría la entrada del Estado mexicano a la globalización.

El Estado neoliberal generó un modelo de gobierno que tendió a privilegiar los criterios seudotécnicos sobre los políticos en el financiamiento del gasto social, y a promover el adelgazamiento del propio Estado. Como parte de este proceso, el gobierno federal optó por incluir a las entidades federativas como agentes financiadores clave, los cuales tendrían que asumir también la coordinación administrativa de sus políticas públicas. Fue precisamente en ese momento cuando arrancó la política descentralizadora nacional. Una década después, México se integraría a un bloque de países desarrollados, con los que habría de iniciar relaciones comerciales en la era de la globalización.

Se han difundido diversos cuestionamientos a los logros del modelo neoliberal. Se critican abiertamente los alcances de las economías globales, así como la injerencia de instancias mercantiles y financiadoras de carácter global en el manejo económico local. Al mismo tiempo, se ha destacado que la tecnocracia gobernante no favoreció del todo la autonomía local que la descentralización prometía, con lo que se dio pie al fortalecimiento de grupos de poder regionales que aprovecharon las nuevas políticas federales para consolidar caciquismos locales disfrazados de entidades autónomas.⁷

7 Green A. *Introduction to health planning in developing countries*. EUA: Oxford University Press, 1998.

De acuerdo con este modelo, es posible afirmar que el Estado mexicano redefinió en buena medida su carácter centralizador, aunque no abandonó del todo –hasta el año 2000, cuando otro partido político llegó a la Presidencia– el vínculo entre gobierno y partido hegemónico. En este nuevo modelo, su influencia sobre el destino de las entidades federativas pretende asignar recursos con criterios laxos, a la vez que impone políticas con criterios verticales, lo cual se ha evidenciado en el estudio de programas de salud de gran aceptación, como es el caso de la vacunación.⁸ En contraste, el Estado mexicano ha tratado de establecer diversos mecanismos para una asignación más racional de recursos a los estados, aunque la constatación de algunas irregularidades genera dudas sobre el hecho de que tales criterios se cumplan de manera fidedigna.⁹

LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA POLÍTICA DE SALUD

En el campo de la salud, la descentralización¹⁰ ha sido una estrategia promovida como uno de los elementos fundamentales de la reforma del Estado, particularmente en el rubro de la política social, y se ha puesto en marcha de acuerdo con las condiciones y recursos de cada país. Al mismo tiempo, la reforma de los sistemas de

8 Nigenda G, Orozco E, Guzmán M, Mora G, Lockett L, Pacheco C. The role of priority programs in the provision of health services in the state of Oaxaca, México. *Health Policy* 1998;43:125-39.

9 Durante 1999, un gobernador adscrito al partido oficial decidió asignar recursos de manera local; en esa ocasión se observó que hubo una mayor asignación a municipios gobernados por su partido, mientras que a los municipios gobernados por partidos de oposición les correspondió un apoyo menor y hasta nulo.

10 En términos conceptuales, la descentralización consiste en la transferencia a las administraciones públicas locales de facultades –y con ellas, de programas y recursos– para que las ejerzan bajo la tutela del órgano que las transfiere. En el caso de los sistemas de salud, la descentralización se refiere también al grado en el que los gobiernos estatales asumen responsabi-

salud es un fiel reflejo de la transformación del aparato del Estado que se inició en muchos países en la década de los años ochenta.¹¹ En este contexto, la reforma del Estado representa una estrategia para redefinir su papel tanto en la producción económica como en la provisión de bienes y servicios públicos, entre ellos los de salud.

Existe la percepción ampliamente difundida de que los sistemas públicos centralizados han generado enormes ineficiencias y una pobre entrega de servicios, así como inequidades en la distribución de los recursos,¹² resultados que emergen principalmente del manejo inadecuado de los mismos y de la incapacidad de ajustar la provisión de servicios con la demanda. Desde esta perspectiva, es factible definir diversas líneas de argumentación a favor de la descentralización, al identificarse con ésta el otorgamiento de responsabilidades en la provisión de los servicios al nivel más bajo posible sin sacrificar eficiencia, tomando en consideración las externalidades, los desperdicios y las economías de escala asociadas con esos servicios, así como preocupaciones relacionadas con la equidad. Es decir, se trata de promover la participación ampliada logrando ganancias en eficiencia a través de

lidades para detectar las necesidades de salud y formular modalidades de respuesta. Desde esta perspectiva, las formas jurídicas o estilos de la descentralización incluyen procesos de *regionalización*, *desconcentración*, *delegación*, *devolución* y *privatización*. Cuando se dispersan los recursos o las acciones pero se mantiene un fuerte control central, se habla de *regionalización*; cuando este cambio lleva aparejada una mayor capacidad gerencial periférica sobre recursos y unidades subordinados preexistentes, se trata de una *desconcentración*; la transferencia de recursos vinculados con una mayor capacidad gerencial y el otorgamiento de cierta autonomía decisoria es conocida como *delegación*; cuando se transfiere a un gobierno coordinado la responsabilidad de definir y captar las necesidades y los recursos, manteniendo o incrementando con ello tales necesidades y recursos y asumiendo responsabilidades reguladoras, se produce una *devolución*; finalmente, en la *privatización* la transferencia de recursos y programas se dirige hacia entidades privadas.

11 De San Miguel J. *La reforma de los servicios de salud en Europa y la elección del usuario*. España: Ediciones Díaz de Santos, 1994.

12 De Kadt E, Tasca R. *Promover la equidad*. Washington: OPS, 1993.

ajustar la provisión de servicios con las preferencias de los ciudadanos.

En términos generales, se ha sugerido que la descentralización puede: a) aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades locales; b) facilitar la movilización de la participación comunitaria, en especial de estratos sociales bajos; c) mejorar el acceso de los pobres a los bienes y servicios públicos; d) promover la unidad nacional y la educación política; e) suavizar la resistencia al cambio; f) fomentar la intersectorialidad; g) terminar con las desventajas de burocracias distantes y centralizadas, y h) facilitar tanto la adaptabilidad como la flexibilidad de los sistemas administrativos.

La descentralización, sin embargo, no es en realidad un proceso que se ejecute de una sola vez y de manera total. En términos prácticos, entre la centralización y la descentralización existen diversas etapas, entre las que se encuentran la desconcentración, la devolución, y otras, consideradas niveles incompletos de descentralización.

Desde la perspectiva de Andrew Green,¹³ todo proceso de descentralización entraña a su vez un proceso de recentralización. Esta última es normalmente de tipo funcional y tiende a asegurar la capacidad regulatoria de los gobiernos centrales ante el desprendimiento de recursos y funciones, y con el objetivo de reducir los riesgos de efectos negativos, tales como la inequidad en la distribución de recursos y las ineficiencias operativas y financieras. Algunos autores consideran a la privatización como el extremo de la descentralización y, de hecho, existe un debate conceptual que discute si la privatización es o no una fase de la descentralización.

Para efectos del presente proyecto, se considera que prácticamente la totalidad de las reformas que descentralizan algunos o todos los aspectos de la provisión de servicios necesitan del reforzamiento de funciones específicas en el nivel del gobierno que inicia el proceso. Este

13 Green A, *op. cit.*

postulado opera para gobiernos nacionales que descentralizan funciones a nivel subnacional, como las entidades federativas, o para gobiernos regionales que descentralizan funciones municipalmente o a otros niveles de gobierno local.

Es posible observar diferentes tendencias en cuanto a la forma como operan los objetivos específicos de la descentralización y las metas observables y subyacentes de la descentralización local. La posición de las agencias financieras o de quienes se encuentran asociados a sus proyectos tiende a privilegiar una visión técnica del proceso. En este caso, se ponen de relieve el valor de la eficiencia, del rendimiento de cuentas (*accountability*) y del desempeño. Sin embargo, desde otros puntos de vista se otorga a la variable política un peso específico muy alto para entender tanto el derrotero de la descentralización como sus consecuencias.

Desde la perspectiva de la primera corriente citada, la meta real de los esfuerzos de reforma llamados descentralización es el rendimiento de cuentas del desempeño que lleva al mejoramiento de los resultados en la provisión de servicios. A partir de lo anterior, para que el rendimiento de cuentas mejore el desempeño en el nivel local, algunas funciones centrales tienen que ser recentralizadas. La recentralización se refiere a aquellos aspectos de la provisión de servicios y de contabilidad que el centro debe mantener, desarrollar y reforzar para mejorar la efectividad de la reforma descentralizada.

De acuerdo con Gershberg,¹⁴ existen diferentes ámbitos en los cuales se puede evaluar el efecto de la descentralización, que pueden ser fácilmente operables. El primero de ellos es la *eficiencia en la producción*, que se logra cuando un resultado deseado se obtiene a partir del costo más bajo en relación con los recursos que se ponen

14 Gershberg A. *Decentralization and recentralization: Lessons from the social sectors in Mexico and Nicaragua. Final Report*. Interamerican Development Bank, 1999.

en juego para obtener dicho producto. El segundo se denomina *eficiencia distributiva* y se entiende como el mejor ajuste logrado a partir de la existencia de un cierto volumen de servicios con las necesidades y preferencias de las poblaciones que los reciben. El tercero es la *eficiencia fiscal*, que es una combinación de los primeros dos tipos de eficiencia mencionados y que permite evaluar las relaciones fiscales entre niveles de gobierno vinculados a la capacidad de financiamiento de los niveles locales. El cuarto y último aspecto se relaciona con la posibilidad de que la descentralización genere un *proceso de democratización y equidad política*, lo cual permitiría en teoría distribuir el poder de decisión y conducir eventualmente al fortalecimiento del nivel local.

Por su parte, Green¹⁵ sugiere que para entender un proceso de descentralización debe considerarse la evaluación de siete áreas:

1. Financiamiento: autoridad recolectora, autoridad de gasto central y subnacional, y transferencias fiscales intergubernamentales.
2. Auditoría y evaluación por el nivel central y otros niveles relevantes del gobierno: financiera, de desempeño, operacional y de programas.
3. Regulación y desarrollo de políticas: desarrollo, diseño y aplicación de regulaciones.
4. Mecanismos inducidos por la demanda (expresión de demanda): recuperación de costos, participación ciudadana, entre otros.
5. Mecanismos democráticos nacionales, regionales y locales: votos, participación ciudadana, organizaciones locales y populares, y resolución de conflictos.
6. Elección/mezcla de proveedores de servicios: públicos, privados y no lucrativos; sociedad civil y asociaciones civiles.
7. Servicio civil y sistemas gerenciales: personal e información.

¹⁵ Green, *op. cit.*

Desde una perspectiva alterna, se plantea que las decisiones concernientes al tamaño y el papel del sector público, junto con su estructura organizacional –incluido el grado de descentralización que deba alcanzarse–, son de tipo político. La naturaleza política de la descentralización involucra el acceso de grupos sociales y políticos al proceso de toma de decisiones políticas y de la distribución de los recursos, y por lo tanto, a la distribución del poder político en la sociedad. De hecho, la justificación de la descentralización en países en desarrollo se basa en argumentos claramente desvinculados de las supuestas propiedades de un falso mercado. En términos de la atención primaria para la salud, el elemento central de la descentralización es su íntima relación, no con el mercado, sino con una reestructuración política para facilitar la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. Así, la descentralización facilitaría una gran capacidad de respuesta a las necesidades locales, la movilización de los grupos sociales menos privilegiados y el acceso de los pobres a la toma de decisiones sobre los bienes y servicios del sector público.

De acuerdo con esta perspectiva, la reorganización del aparato del Estado –y en particular la descentralización– no es meramente un problema técnico diseñado para incrementar la eficiencia y la efectividad de instituciones sociales, sino que involucra forzosamente importantes cuestiones relacionadas con el poder y con la distribución de los recursos entre grupos sociales.

Otro elemento a considerar es que la descentralización de la estructura del gobierno no necesariamente asegura la participación comunitaria. En este sentido, es importante tener en cuenta las implicaciones políticas de las diferencias de clase dentro de las comunidades y la vulnerabilidad de los gobiernos en el ámbito distrital frente a los intereses dominantes.¹⁶ Los líderes políticos locales que tienen poder económico y/o están íntimamente rela-

16 Nigenda *et al.*, *op. cit.*

cionados con él, pueden manipular las políticas nacionales de equidad basadas en la atención primaria a la salud con el fin de salvaguardar sus intereses particulares. Por otro lado, en situaciones de control de una elite sobre el nivel local de decisiones, la descentralización de funciones y recursos del sector público brinda una gran posibilidad para que estos grupos puedan mantener sus privilegios a través de la canalización selectiva de los recursos y la provisión de servicios. En estos casos, la descentralización puede ser un instrumento capaz de fortalecer los recursos de las elites sobre los gobiernos locales a través de la creación y consolidación de sistemas locales de patronazgo.

LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LA MUJER Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El enfoque de género aplicado al estudio de la relación del proceso salud-enfermedad-muerte de la mujer ha venido a enriquecer los marcos explicativos ya ampliamente conocidos en el campo, que señalan el peso que tienen diversas variables, tales como clase, etnia, región de residencia y coyuntura política e histórica.

Sin embargo, esta categoría analítica ha sido incorporada en fecha reciente. Hace apenas 10 años se utilizaban los términos *sexo* y *género* de manera indiferenciada dentro de las ciencias sociales, mientras que en otras áreas del conocimiento, el concepto de *género* era prácticamente inexistente.

La incorporación de la categoría *género* ocurrió a partir del movimiento feminista en la década de los años setenta, el cual vislumbró la condición de desigualdad entre hombres y mujeres y demostró que las relaciones de poder organizan no sólo los acontecimientos del mundo de lo público, sino también la experiencia cotidiana de las personas. Esta inequidad se manifiesta de diversas formas, entre ellas, la situación de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres en términos

de las probabilidades de gozar de salud, el tipo de enfermedades que padecen y la manera como mueren.

Así, se considera que *género* es una categoría analítica que hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca de lo que son las mujeres y los hombres, las cuales se usan para justificar la desigualdad entre unas y otros. Cuando hablamos de la *perspectiva de género*, esto supone un enfoque que parta de cuestionar la desigualdad social entre hombres y mujeres, y busque en este hecho las causas del problema.

La amplia literatura relativa al estado de salud y su atención desde esta perspectiva, ha coincidido en señalar diferencias sustanciales entre hombres y mujeres en relación con las siguientes dimensiones: a) necesidades especiales de atención, aun en casos de condiciones de salud que afectan a ambos sexos; b) riesgos específicos ligados a actividades definidas como femeninas o masculinas; c) percepciones diferenciadas de la enfermedad; d) conductas de búsqueda de atención; e) grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud (tanto en lo público como en lo privado); f) en el nivel macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos destinados a los cuidados de la salud y a la investigación sobre problemas de salud que afecten de manera diferente a los dos sexos, o exclusivamente a uno de ellos.

Entre los programas de salud dirigidos a las mujeres y que han sido definidos como prioritarios desde el nivel central, se encuentran el de planificación familiar y el de atención materno infantil. Estos programas tenían como finalidad la reducción de los riesgos reproductivos en función de la disminución al mínimo de los riesgos asociados con la mortalidad perinatal e infantil.¹⁷ En 1995, estos dos programas se fusionaron y se creó la Dirección

17 Hardy E. Salud reproductiva y planificación familiar o salud reproductiva versus planificación familiar. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, 2 al 6 de junio de 1997, Coyoac, México.

General de Salud Reproductiva, como resultado directo de la firma, por parte del gobierno mexicano, de los acuerdos emanados de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994. Esta Dirección desarrolló el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 2000, que contempló un paquete básico de servicios de salud constituido por un conjunto de intervenciones irreductibles en materia de salud a los que toda persona tiene derecho y dentro del cual la salud reproductiva era un componente esencial, junto con la medicina preventiva y la nutrición. La implantación de dicho programa se articuló con el proceso de descentralización de los servicios de salud y se enriqueció con el nuevo modelo de atención a la salud para población abierta para garantizar el acceso a la información oportuna y a servicios de calidad para un mayor número de mexicanos.¹⁸ En esta propuesta, el enfoque de género desempeñó una función importante, que podría constituirse en una guía conceptual en la prestación de servicios dirigidos a la mujer.

RESUMEN

La descentralización responde a una necesidad político-administrativa del Estado mexicano. Es un proceso dialéctico y con tiempos y metas no fácilmente medibles. En términos prácticos, entre la centralización y la descentralización existen diversas etapas, entre las que se encuentran la desconcentración y la devolución, consideradas niveles incompletos de descentralización.

La descentralización de los servicios de salud en México ha pasado por dos grandes etapas discontinuas. A la fecha, los resultados del proceso siguen siendo objeto de debate. Algunas posiciones sostienen que la des-

18 Poder Ejecutivo Federal. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995- 2000*. México: Poder Ejecutivo Federal, 1995.

centralización no se ha llevado a sus últimas consecuencias y que además eso difícilmente sucederá, debido principalmente a la falta de voluntad política, el tipo de federalismo que priva en el país y las grandes asimetrías que existen entre los estados.

Por otra parte, desde el punto de vista oficial, la descentralización ha sido todo un éxito. Se concluyó el proceso con la transferencia de algunas responsabilidades, de infraestructura y de plantilla de personal. La normatividad se mantiene en la SSA (instancia rectora nacional) y cada gobierno estatal asume nuevas funciones.

Ambas posturas parecen extremas. Sin embargo, el análisis y las conclusiones definitivas al respecto aun están pendientes. Pero sí se puede afirmar que el proceso ha sido muy complejo, con experiencias heterogéneas en los estados y no exento de conflictos en la implementación de los programas y en la relación laboral con la parte sindical.

En cuanto a los aportes de la perspectiva de género, se puede señalar que en el terreno de la salud son muy variados: a) las políticas y programas de salud deben plantearse a partir de otros supuestos, será necesario determinar actitudes y prácticas de salud sexistas y discriminatorias; b) se deberá superar la noción del cuerpo femenino como máquina reproductora con énfasis en la causalidad orgánica y biologicista de las explicaciones de sus problemas, además de romper con la medicalización de las funciones naturales de la mujer; c) habrá que ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su vida.

Para poder mantener la salud de la mujer y la de toda la sociedad en medio de la escasez de los recursos asignados al sector salud, se necesita un nuevo enfoque de la salud. Esto exige no sólo que se haga énfasis en la importancia de las estrategias existentes (salud materno-infantil, atención primaria de salud y participación comunitaria), sino que se transformen las relaciones para dar poder a las usuarias de los servicios de salud, es decir, a las mujeres.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

La investigación fue diseñada para llevar a cabo cuatro estudios de caso, uno en cada una de las entidades federativas seleccionadas: Oaxaca, Chihuahua, Campeche y Jalisco. Cada estudio de caso constó de tres componentes, que se trabajaron en forma simultánea.

1. *El componente político-administrativo* abordó los aspectos políticos relacionados con la toma de decisiones dentro de la estructura de los servicios de salud, particularmente en lo que se refiere a la forma como se definen las estrategias y programas de atención a la salud de la mujer, en los ámbitos tanto federal como estatal.
2. *El componente de la estructura y organización de los servicios* buscó conocer la forma en la que están organizados los servicios para ofrecer la atención a la salud de la mujer, así como la manera en la que los recursos disponibles son utilizados con ese objetivo.
3. *El componente de población* evaluó la opinión, el grado de satisfacción y los aspectos que se recomienda mejorar por parte de las usuarias en relación con los servicios recibidos.

SELECCIÓN DE LOS ESTADOS

Las cuatro entidades federativas fueron seleccionadas con base en la combinación de criterios y variables que teóricamente se consideraron como determinantes en los procesos a estudiar. Como parte de estos criterios se tomó en cuenta el momento de la descentralización de los servicios, la caracterización de la estructura de poder político

estatal y la influencia de patrones culturales e ideológicos particulares del entorno social en relación con la mujer.

En función de la combinación de estas variables se eligieron: a) un estado con descentralización reciente (Oaxaca); b) dos estados con descentralización reciente pero que habían movilizadado recursos estatales para crear instituciones que en teoría asumirían la responsabilidad de operar los servicios a partir de la descentralización (Chihuahua y Campeche), y c) un estado con descentralización iniciada en la década de los años ochenta (Jalisco). En términos de su estructura política, cada uno de ellos se diferenciaría por la conformación del poder político local y la participación de organizaciones civiles que trabajaran activamente en el campo de la salud de las mujeres (ver el Anexo 1).

Para seleccionar a Oaxaca como estado de reciente descentralización se tomaron en cuenta, además, criterios relacionados con el desarrollo de su estructura política reciente. En esta entidad, el que fuera partido oficial durante 70 años continúa siendo la fuerza política más importante, en gran medida gracias al apoyo de las estructuras locales de poder dentro de las regiones del estado.

Con Chihuahua y Campeche se buscó ejemplificar los casos de entidades que si bien iniciaron su descentralización en los años noventa, en la práctica sus gobiernos tomaron la decisión de crear estructuras institucionales con fondos estatales en preparación para la descentralización, y una vez que ésta empezó a ejecutarse, las estructuras estatales adoptaron papeles diferentes en el nuevo sistema local.

Durante la última década del siglo xx, Chihuahua fue escenario de una creciente presencia de los partidos de oposición, en particular el Partido Acción Nacional (PAN), que llegó a ocupar la gubernatura (1992-1998), aunque ésta fue recuperada en la elección de 1998 por el Partido Revolucionario Institucional (PRI), lo cual a fin de cuentas podría estar marcando el inicio de un modelo de alternancia de poderes.

En Campeche, al igual que en Oaxaca, el PRI ha conservado el monopolio del poder político en las últimas décadas y no se perciben cambios a corto plazo en la estructura de poder local. Por su parte, Jalisco ha visto crecer la capacidad de la oposición –en la que de nueva cuenta destaca el PAN– para ganar espacios en la estructura. El gobernador actual y una buena proporción de los presidentes municipales pertenecen a dicho partido.

Finalmente, deben tomarse en cuenta las ideologías que los distintos partidos defienden en relación con aspectos tales como la familia, el papel social de la mujer y su salud.

SELECCIÓN DE LOS MUNICIPIOS

En cada estado se seleccionaron dos municipios, uno rural y otro urbano, para llevar a cabo los componentes de la investigación. La selección se hizo a partir del perfil de indicadores de salud, con la intención de representar los contrastes entre los niveles más altos y más bajos de las necesidades en este renglón. Los indicadores considerados para evaluar este componente fueron: mortalidad general e infantil, marginalidad, así como mortalidad materna y por cáncer cérvico-uterino y mamario.

En todos los casos se incluyeron las ciudades capitales de los estados como municipios urbanos. La selección de cada municipio rural por estado se hizo considerando incluir los centros de salud ubicados en municipios rurales que tuvieran las mayores necesidades de salud, a partir de los indicadores ya antes mencionados. Otro criterio igualmente importante fue el de incluir aquellos centros de salud que atendían el volumen más alto de población del lugar, tanto en la zona urbana como en la rural (cuadro III.1).

CUADRO III.1
INDICADORES PARA LA SELECCIÓN
DE LOS MUNICIPIOS URBANOS Y RURALES
DE LOS CUATRO ESTADOS

Estado	Municipio	Mortalidad infantil (por mil)	Índice de marginación	Usuarías activas de planificación familiar	Años perdidos por muerte prematura debida a cáncer de mama (por 100 mil)
Campeche	Holpechen	21.7	1.0613770	746	1 818.30
	Campeche	13.8	-0.98676	3 819	17 197.3
Chihuahua	Guachochi	96.8	1.3062100	314	7 210.60
	Chihuahua	19.1	-1.7101	6 950	92 442.1
Jalisco	Mezquitic	66.8	1.2913150	217	729.38
	Guadalajara	16.5	-1.707240	22 599	291 314
Oaxaca	Villa Sola de Vega	56.0	1.7311970	164	2 201.74
	Oaxaca	18.8	-1.1598	15 500	30 636.74

FUENTE: Elaborado a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Población, 1995-1997.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio transversal y comparativo en los cuatro estados, en el que se recolectó información primaria y secundaria, y se aplicaron técnicas de análisis de información para datos cualitativos y cuantitativos.

Una vez identificados los estados y municipios, se procedió a la selección de los centros de salud. Para ello, se eligió como criterio el incluir los centros de salud de mayor tamaño y con mayor cantidad de población de responsabilidad. Se consideraron 27 centros de salud: 37% (10 centros) se ubicaban en Campeche; 25% (siete centros) en Jalisco; 22% (seis centros) en Oaxaca, y 15%

(cuatro centros) en Chihuahua. Con respecto a su ubicación, 48.8% fueron rurales y los restantes, urbanos.

Como se indica líneas atrás, de acuerdo con los objetivos planteados, el estudio estuvo dividido en tres grandes componentes principales: el político-administrativo, el de estructura y organización de los servicios de salud, y el de población. A su vez, cada uno de los componentes del proyecto contenía una serie de aspectos que serían estudiados.

Componente político-administrativo

Su objetivo fue caracterizar la experiencia de la descentralización en los estados seleccionados, establecer los mecanismos para la definición de prioridades y la implementación de acciones específicas, y analizar la capacidad local para la toma de decisiones en términos de políticas y programas de acción en el campo de la salud de las mujeres.

Los insumos de información necesarios para cubrir el propósito de este componente fueron la documentación *gris* (manuales de procedimientos, reglamentos y documentos en los que se establecen los lineamientos operativos) y la información primaria (necesidades de salud, definición de prioridades, criterios para definir prioridades y las acciones emprendidas).

Los indicadores analizados fueron el manejo de las políticas y lineamientos programáticos en los tomadores de decisiones, la experiencia en descentralización, el conocimiento de las necesidades de salud, el establecimiento de prioridades y acciones, y la estructura de organización de los programas de salud para las mujeres.

Las técnicas de investigación utilizadas como parte de este componente privilegiaron el análisis documental y bibliohemerográfico (documentación *gris*, análisis de información documental), las técnicas cualitativas de recolección de información (entrevistas y observación pasiva y participante) y las técnicas cuantitativas de recolección de información (fundamentalmente la encuesta).

Componente de la estructura y organización de los servicios

El propósito de este componente fue caracterizar la respuesta social organizada en la atención de la salud de la mujer, en particular estableciendo su estructura y funcionamiento a través del análisis del volumen de recursos disponibles en las unidades seleccionadas, la eficiencia en su uso, la productividad, el desempeño y la percepción del personal que laboraba en cada unidad en relación con el uso y manejo de recursos y el impacto de la descentralización sobre los programas dirigidos a la mujer. Se desarrolló en tres etapas:

Etapas 1. Estimó la asignación de recursos humanos y materiales, su relación con la población responsable de la SSA, así como con las necesidades de salud en cada municipio donde se incluyeron centros de salud.

Etapas 2. Estimó la productividad y eficiencia en el uso de recursos de las unidades y programas.

Etapas 3. Identificó la percepción del personal sobre los procesos de asignación en el contexto de la descentralización.

Los insumos de información necesarios para cubrir el propósito de este componente fueron los registros sobre la cantidad de recursos humanos asignados en cada centro de salud; para ello se obtuvo la nómina de personal de cada estado. La cantidad de servicios producidos durante 1999 por los médicos y enfermeras se extrajo del informe proveniente del Sistema de Salud para Población Abierta (Sispa) y, por último, se realizaron entrevistas al personal operativo de los centros de salud, que permitieron indagar sobre aspectos relacionados con su percepción de productividad, el tiempo dedicado a cada actividad, así como la suficiencia de los insumos para la realización de sus actividades.

Los indicadores que se utilizaron en este componente fueron:

Etapa 1: Asignación de recursos humanos y materiales

Recursos humanos. Se cuantificaron los recursos de acuerdo con la formación, el tiempo contratado, la antigüedad en el trabajo y la capacitación recibida, así como su actividad (tipo de participación y tiempo destinado) en cada una de las actividades que componen los programas estudiados. Los indicadores que se crearon reflejan los montos de recursos según el perfil de trabajo por unidad y por actividad desarrollada en cada programa, y la proporción de recursos humanos por población usuaria.

Recursos materiales. Para cada centro se consideró el equipamiento, así como el mobiliario básico, su funcionalidad y mantenimiento. Se crearon indicadores de disponibilidad de equipamiento por tipo de unidad y población usuaria.

Etapa 2. Productividad y funcionamiento de las unidades y programas

Se evaluó la productividad de médicos y enfermeras, para lo cual se identificaron las principales actividades que realizaba cada uno de ellos; posteriormente, se consideró la cantidad de servicios producidos y se ajustó por el número de personal. Así, para la productividad médica se utilizaron los siguientes indicadores: número de consultas generales, consultas de planificación familiar y consultas prenatales. La fórmula utilizada fue:

$$\frac{\text{Número de consultas al año}}{(\text{días laborables al año} \times \text{número de médicos})}$$

Para la productividad de las enfermeras, los indicadores utilizados fueron: número de muestras tomadas para estudios de Papanicolau, número de exámenes de exploración de mama, número de vacunas aplicadas. La fórmula utilizada fue:

Número de estudios o vacunas aplicadas al año
(días laborables al año x número de enfermeras)

El número de días laborables en la Secretaría de Salud durante 1999 fue de 262. Solamente se consideraron los médicos y enfermeras dedicados a la atención de los pacientes en cada centro de salud evaluado. Debido a la baja cantidad de las consultas de planificación familiar, prenatal, toma de Papanicolau y exploración de mama, en lugar de considerar días laborables, se consideraron semanas laborales, de modo que la productividad para estas actividades es por semana.

En cada estado se hicieron comparaciones entre la productividad de los centros de salud urbanos y la de los rurales; además, se comparó la productividad del total de centros de salud urbanos con los del área rural, y la productividad entre los estados.

Se evaluó la productividad para los programas más importantes, como son los de planificación familiar y de detección de cáncer cérvico-uterino y mamario, entre estados y entre las áreas urbanas y las rurales. Se utilizaron como indicadores: el número de usuarias activas, la toma de Papanicolau y el examen de glándulas mamarias.

Etapa 3. Percepción del personal de los servicios

Se buscó identificar la existencia de cambios a partir de la descentralización. Para ello, se aplicó una entrevista a todos los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y demás personal administrativo que trabajaba en los centros de salud incluidos en el estudio. En total, hubo 220 entrevistados, entre personal operativo y mandos medios. Los aspectos evaluados en la entrevista consideraron: la percepción que el personal tenía sobre la estructura, procesos y resultados de los programas; la existencia de elementos de conflicto, insuficiencia y falta de adecuación de procesos y recursos, así como de los mecanismos gerenciales y administrativos; el total de consultas otorgadas

diariamente, y de éstas, la cantidad que se destinaba a atender mujeres; la producción semanal de consultas de planificación familiar y ginecológicas, el número de partos atendidos, la cantidad de pruebas de Papanicolau y de exploración mamaria, y de pláticas a grupos.

Al personal de enfermería y promotores de la salud se les preguntó sobre su producción semanal de pláticas individuales y grupales, toma de signos vitales, aplicación de vacunas antitetánicas, visitas domiciliarias para el Programa de Salud Reproductiva, toma de muestras para el examen de Papanicolau y exploración mamaria.

Este componente de percepción de productividad –es decir, la cantidad de servicios que el personal decía que llevaba a cabo– se contrastó con la productividad real que se reportaba en los informes mensuales.

Componente de población

El objetivo de este componente fue conocer la opinión que las usuarias de los programas de detección oportuna de cáncer (cérvico-uterino y de mama), planificación familiar y atención prenatal tenían sobre la calidad y grado de satisfacción del servicio otorgado, en los cuatro estados seleccionados.

En cuanto a las usuarias, se buscó conocer:

- Sus características sociodemográficas.
- Su grado de satisfacción en relación con los servicios recibidos.
- Su opinión acerca de la calidad de la atención de los servicios recibidos, tomando en cuenta diferentes aspectos: trato por parte del personal (médicos, enfermeras y auxiliares); tiempos de espera y traslado; cantidad de información recibida en la consulta; percepción sobre suficiencia de instalaciones, medicamentos y equipo, así como acerca de la mejora en los servicios en estos mismos aspectos, en el último año. Finalmente, sus propuestas para mejorar los servicios.

Diseño de la muestra para la encuesta de usuarias¹

En todos los municipios se eligieron inicialmente los cuatro centros de salud que atendían al mayor volumen de usuarias. Con éstos se inició la construcción del marco muestral a partir de los siguientes criterios:

1. Que fueran usuarias activas en alguno de los cuatro programas de salud objeto del presente estudio.
2. Que hubieran asistido a consulta el año previo a la fecha del levantamiento de la encuesta.

Se obtuvieron las listas con los nombres de las usuarias que cumplían con estos criterios para cada programa, y se cotejaron a fin de garantizar que las mujeres fueran incluidas una sola vez. Se utilizó una lista de elaboración propia con base en datos del *Boletín de Información Estadística* de la SSA (1993-1996) y del Censo de Población 1995 del INEGI. Las listas se elaboraron para cada uno de los centros de salud, así como para cada programa.

Por cada estado se seleccionó una muestra sistemática y se tomó como base para su estimación un nivel de confianza de 95%, una $p=0.6$, una precisión de 0.05 y una tasa de no respuesta de 5%, para lo cual se requirió una relación del número de usuarias por unidad seleccionada para 1998 (cuadro III.2).

Se partió de un total de 3 252 usuarias, cifra que fue dividida entre 382 para obtener el intervalo de selección. Este número se calculó a partir de considerar la necesidad de obtener estimaciones independientes para cada capital y para cada municipio rural. El resultado fue 8.51. Se eligió un arranque aleatorio de entre uno y ocho, y el número seleccionado fue la primera usuaria incluida en la muestra a entrevistar. Enseguida, a este

¹ Este proceso de selección se ajustó en campo a las condiciones específicas de cada entidad federativa, ya que existieron diferencias importantes entre ellas; por ejemplo, entre el área rural de Jalisco y el área rural de Chihuahua. También se consideró la calidad del sistema de registro con el que contaba cada estado para la selección de usuarias. Ver el Anexo 2.

CUADRO III.2
PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA
DE USUARIAS

Centro de salud	Número de usuarias	Número del registro
1	665	1 a 665
2	832	666 a 1 497
3	528	1 498 a 2 025
4	1 227	2 026 a 3 252

primer número se le sumaron ocho unidades para obtener a la segunda usuaria seleccionada, y así sucesivamente hasta completar la muestra de 382 usuarias.

Por el hecho de haber redondeado de 8.51 a ocho, la muestra se incrementó de las 382 usuarias que se deseaba entrevistar, a 406. Esta forma de selección proporcionó una probabilidad igual de ser incluida en la muestra, lo cual facilitó el cálculo de los estimadores, ya que el ponderador muestral es igual para cada unidad muestral y por consiguiente no se requiere la aplicación de ponderadores individuales.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Cada componente requirió de la utilización de diferentes técnicas de campo.

El *componente político-administrativo*, que consideró el estudio del proceso político de definición de prioridades, obtuvo preferentemente información primaria a través de entrevistas a profundidad con informantes clave. Para recolectar la información de esta fase se utilizó una guía de preguntas que habrían de formularse en las entrevistas. La información fue grabada y posteriormente vaciada en un procesador de textos (Word 97). Para su codificación y sistematización, los archivos fueron manejados en el programa Ethnograph, versión 4.0.

Los aspectos incluidos en las entrevistas fueron:

- Mecanismos para definir prioridades.
- Capacidad para asignar montos de recursos por programa y jurisdicción en el ámbito estatal.
- Recursos etiquetados o no desde el nivel central.
- Conceptos de descentralización y su utilidad como modelo para asignación racional.
- Perspectiva sobre la importancia de programas de la mujer.

Para el *componente de la estructura y organización de los servicios*, se recogió información secundaria relacionada con la asignación de recursos financieros, materiales y humanos. Se identificaron las fuentes originales y se rastrearon los flujos de recursos de acuerdo con su movimiento en la estructura, con la finalidad de identificar las diferencias de asignación en la operación de programas de atención a la salud de la mujer, como fondos privados para el financiamiento de ese tipo de programas. Con estos datos fue posible construir indicadores de eficiencia y equidad. También se recogió información para medir la cobertura (número de mujeres atendidas por los programas) y la productividad (número de consultas, etcétera) de los programas de salud de la mujer.

Un segundo tipo de información dentro de la estructura de los servicios se obtuvo a partir de los operadores de los programas. Se realizaron entrevistas a profundidad utilizando guías de entrevistas abiertas con médicos y enfermeras para conocer su opinión sobre los programas de salud de la mujer, incluida su capacidad técnica y resolutive, así como su desempeño. Además, se aplicó un cuestionario a todo el personal que participaba directamente en programas de salud dirigidos a la mujer.

Con respecto al *componente de población*, el instrumento que se diseñó fue un cuestionario con preguntas cerradas, conformado por las siguientes secciones: a) datos de identificación, b) datos sociodemográficos, c) opinión de las usuarias sobre la atención que proporciona la unidad

de salud, d) propuestas para mejorar el servicio de la unidad de atención.

INDICADORES PARA CADA COMPONENTE

A continuación se enlistan los principales indicadores que se construyeron para cada uno de los tres componentes.

Componente político-administrativo:

- Conocimiento de las necesidades de salud de la población femenina.
- Importancia otorgada a los programas destinados a la mujer.
- Razones de dicha importancia.
- Conocimiento sobre su operación.
- Conocimiento sobre los problemas que enfrenta cada programa.
- Valor otorgado a la descentralización como modelo organizacional capaz de promover la eficiencia y la calidad en la operación de los programas de salud dirigidos a la mujer.

Componente de la estructura y organización de los servicios:

- Tiempo o antigüedad en el proceso de descentralización.
- Presupuesto para salud asignado por estado. Distribución por jurisdicción y su participación federal y estatal a pesos constantes.
- Presupuesto a pesos constantes destinado a los programas antes mencionados, participación federal, estatal y privada en comparación con los demás programas entre estados, y al interior del estado, entre jurisdicciones.
- Capacidad para definir las prioridades estatales, así como la asignación y el control pertinente de los recursos.
- Variaciones en las tasas de mortalidad materna, perinatal, por cáncer cérvico-uterino y mamario,

CUADRO III.3
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, POR
COMPONENTE

Entrevistas a profundidad	Cuestionario para mujeres	Cuestionario para proveedores de servicios	Recursos	Documentación gris
Análisis cualitativo	Análisis cuantitativo	Análisis cuantitativo	Análisis cuantitativo	Análisis documental
COMPONENTE 1: POLÍTICO-ADMINISTRATIVO				
Funcionarios estatales, jurisdiccionales. Responsables del programa de salud reproductiva				Archivos, registros y documentación
COMPONENTE 2: ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS				
		Médicos, enfermeras y promotoras de salud en las unidades seleccionadas	Matriz de recursos humanos y mobiliario disponible por unidad, para evaluar la disponibilidad de recursos	
COMPONENTE 3: POBLACIÓN				
Responsables de organizaciones no gubernamentales	Usuarías de los programas seleccionados			

así como en las tasas de fecundidad en los últimos 10 años, por estado y jurisdicciones.

- Reorganización de la estructura estatal de los servicios.
- Distribución de recursos por habitante, por estado y jurisdicciones.
- Productividad y eficiencia de los programas de salud reproductiva.
- Equidad en la distribución de los recursos.
- Cobertura de los programas antes mencionados, por estado y jurisdicción.

- Opinión de proveedores sobre el impacto que ha tenido la descentralización en los programas de salud reproductiva

Componente de población:

- Utilización de servicios.
- Opinión de la población sobre el trato recibido y la calidad de los servicios utilizados.

ANÁLISIS

El análisis del proyecto sigue tres estrategias. La primera, para la interpretación de la información cualitativa; la segunda, para la interpretación de la información cuantitativa, y la tercera, de tipo comparativo a fin de identificar los efectos diferenciales –en el nivel del estado y los municipios– que ha tenido la descentralización sobre los programas de salud de la mujer. Se decidió realizar el análisis en cuatro etapas: a) análisis cualitativo por estado; b) análisis cuantitativo por estado; c) comparación del análisis cualitativo entre estados, y d) comparación del análisis cuantitativo entre estados.

Análisis cualitativo por estado

En la primera etapa se llevó a cabo el análisis de la información obtenida de las entrevistas que se realizaron a los tomadores de decisiones dentro de la estructura de la Secretaría de Salud en los niveles federal y estatal. También se efectuó el análisis de las entrevistas con representantes civiles.

Una vez capturada la información, fue sistematizada con ayuda de los programas Ethnograph y Nudist para información cualitativa. Conforme se avanzó en la revisión de la información, se definió el conjunto de códigos con los que se etiquetaron las diferentes secciones de los documentos. En un proceso iterativo, estos códigos se

discutieron continuamente entre los miembros del equipo coordinador y los asesores a fin de obtener la mayor precisión posible en su asignación.

Posteriormente, se definieron los contenidos de la sección del informe final correspondiente al análisis cualitativo y cada sección se fue completando con la información correspondiente, la cual se extrajo a partir de la identificación de códigos. La sección del informe referente al estudio cualitativo en cada estado tuvo un carácter eminentemente descriptivo.

Análisis cuantitativo por estado

La información obtenida en campo por medio del cuestionario aplicado entre mujeres usuarias de servicios se capturó en bases de datos manejadas con programas como Excel, SPSS y SAS. En un principio, se obtuvieron frecuencias simples de todas las variables incluidas en los cuestionarios y posteriormente se seleccionaron aquellas variables que teóricamente tuvieron sentido en la búsqueda de explicaciones causales. Una vez seleccionadas estas variables, se definió un plan de tabulaciones, que fue la base para un análisis bivariado destinado a encontrar relaciones estadísticas explicativas.

La información obtenida de fuentes secundarias se ordenó también en bases de datos. Se construyeron indicadores del volumen de recursos utilizados en la producción de servicios tanto financieros como de otro tipo, así como de productividad. A partir de éstos se buscó hacer análisis de costo/efectividad. También se efectuó un análisis de tendencias en términos de la disponibilidad de recursos y la productividad en el periodo que va desde la primera descentralización, ocurrida en 1984, hasta 1998 en el estado de Jalisco.

Análisis cualitativo comparativo

En la descripción de la información cualitativa por estado se caracterizaron los efectos potenciales, positivos y negativos, que los actores identificaron con respecto al proceso de descentralización de los programas de salud de la mujer. En la etapa comparativa se establecieron los patrones de relaciones, teóricamente positivas y/o negativas, entre la descentralización y los programas. Por ejemplo, los principales ejes de comparación fueron las fuentes de financiamiento y los flujos de recursos, la operatividad de los programas, la opinión de los proveedores sobre la operación de los programas, entre otros.

Se contrastaron así, para fines analíticos, las versiones de los distintos informantes en los estados. La mayor parte de los ejes de comparación permitieron contrastar entre estados con experiencias de descentralización sincrónicas (por ejemplo, Campeche contra Jalisco). Otro eje se utilizó para comparar estados con experiencias en distintos tipos de situación política (fue el caso de Oaxaca contra Chihuahua).

Análisis cuantitativo comparativo

Con el fin de hacer comparaciones por estado, se seleccionaron las distribuciones por variable y las relaciones entre variables a nivel estatal. La información se presentó en cuadros y se aplicaron las pruebas de asociación correspondientes a fin de establecer diferencias significativas y no significativas.

CAPÍTULO IV

PERCEPCIÓN DE LOS TOMADORES DE DECISIONES SOBRE EL AVANCE DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y SU IMPACTO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

En este capítulo se hace una caracterización descriptiva de las opiniones expuestas por los tomadores de decisiones en el sector salud, en relación con el proceso de descentralización de la estructura de servicios de salud y los efectos que este proceso ha tenido sobre los programas dirigidos a la mujer. Los temas aquí desarrollados se refieren fundamentalmente a la caracterización del proceso y a la articulación generada por esta política entre los ámbitos estatal y jurisdiccional y la Federación.

De modo específico, la información corresponde a la definición de prioridades, procesos administrativos, determinantes institucionales, calendario programático, articulación con otros niveles políticos, margen de autonomía, normatividad y programas de salud reproductiva descentralizados. Debe señalarse que a pesar de que la experiencia descrita por los informantes de los distintos estados estudiados se refiere al mismo proceso —la descentralización—, en los hechos las especificidades hacen que cada entidad federativa sea un caso particular, sujeto de análisis en sí mismo. Como se observará, las especificidades también sirven para enriquecer la perspectiva comparativa de la presentación. Aquí se presentan testimonios de tomadores de decisiones en cada estado en diferentes niveles de la estructura. Por lo tanto,

es posible identificar también los puntos de acuerdo y desacuerdo sobre el proceso de descentralización en los distintos niveles.

En general, se acepta que la definición del proceso de descentralización, su negociación, sus adecuaciones y su implementación se realizaron en el nivel central. El gobierno federal (el titular del Poder Ejecutivo y las secretarías de Gobernación y de Salud) y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud fueron los actores centrales. Por su parte, los gobiernos estatales desempeñaron un papel destacado (en algunos casos oponiéndose abiertamente al proceso y, en otros, demandando una mayor autonomía), pero su actuación no fue determinante.

Debido a lo anterior, el proceso tuvo características muy similares en todos los estados del país: la creación de un organismo público desconcentrado (OPD) en cada entidad federativa, los conflictos entre las secciones sindicales, la homologación del personal, la transferencia de infraestructura y de recursos humanos (con todas las acotaciones negociadas y firmadas en las Condiciones Generales de Trabajo), la creación de una secretaría o de un instituto de salud estatal, entre otros acontecimientos. Asimismo, en el ámbito estatal los procesos se caracterizaron por situaciones específicas que dieron un tinte particular a la descentralización.

EXPERIENCIA EN CHIHUAHUA Y CAMPECHE

Los estados de Campeche y Chihuahua se presentan juntos, ya que en ambos se movilizaron recursos locales para crear estructuras que sirvieran para recibir a la estructura de servicios de salud que controlaba la Federación. En términos generales, este aspecto los hace parecidos en cuanto a su proceso de descentralización, pero, obviamente, también se registran diferencias importantes en cada entidad federativa.

Caracterización del proceso

Dado que la experiencia de la descentralización que aquí se describe corresponde a la de dos estados que implantaron esta política recientemente, tomadores de decisiones de rango elevado ubican el inicio de este proceso en la década de los años ochenta. Un alto directivo de la Secretaría de Salud en Chihuahua refirió estos antecedentes de la siguiente manera:

... era Miguel de la Madrid [...], presidente. En esos años se hizo algún convenio para la descentralización, pero ha ido muy lento. Antiguamente aquí había un patronato de asistencia pública [...]. Posteriormente, se creó una Dirección de Desarrollo Social y luego un Departamento de Salud. El patronato pasó al Departamento de Salud y luego se creó un organismo público descentralizado, que es el Instituto de [Salud de] Chihuahua, con el objeto de poder recibir lo que es la descentralización de los servicios federales. (CHIHUAHUA-4).

Uno de los elementos más importantes señalados por los tomadores de decisiones de más alto nivel respecto a su perspectiva sobre la descentralización, se refiere al hecho de que ésta ha sido un proceso continuo, lo cual ha permitido el logro de objetivos intermedios, particularmente en relación con la transferencia del manejo presupuestal:

En Campeche, como en todos lados, se dio el proceso de descentralización como un esfuerzo del gobierno para tratar de otorgar al estado las facultades en el manejo de presupuesto, en el manejo de bienes muebles e inmuebles, en el manejo de la toma de decisión de los programas para la salud de acuerdo a todas las condiciones en el estado. Eso es lo que nosotros estamos trabajando en el proceso de descentralización desde agosto de 1996 [cuando] se firmó el acuerdo [...]. A partir de ese momento se [vienen] desarrollando las actividades. (CAMPECHE-2).

En contraste con esta opinión, uno de los aspectos más sobresalientes en el caso de Chihuahua muestra la existencia de una compleja red de relaciones institucionales que ejercen influencia sobre la asignación de recursos y la conducción de los programas de salud. La descentralización generó una reestructuración del sector social con el fin de lograr una adecuación de las funciones y responsabilidades de las dependencias:

El proceso de descentralización consistió totalmente en ser independiente en general en cuestión de manejo de los programas pero no, por lo que yo veo, de las las cuestiones económicas. Esta descentralización se dio a través del Instituto Chihuahuense de Salud [...] que es ahora la Dirección de Fomento Social, quien asume [...] la Dirección de la Secretaría de Salud, Servicios de Salud de Chihuahua. Entonces nosotros ahora somos la Secretaria de Salud, Servicios Salud de Chihuahua. Somos el sistema estatal de salud que dependemos directamente de Fomento Social. (CHIHUAHUA-1).

En el campo jurisdiccional se muestra de manera destacada, para el caso de Campeche, que la percepción de que sólo es cuestión de tiempo para que la descentralización obtenga sus metas parte del supuesto de que se trata de un proceso donde la relación entre los ámbitos central y local sigue siendo determinada por el primero, pero que a diferencia de la forma en la que operaba la estructura existente antes de la descentralización, ahora la normatividad del nivel central no es rígida y son posibles los ajustes en el nivel local:

Como en la mayoría de la república, se entiende que faltan algunos detalles [en el proceso de descentralización], que, bueno, se va uno sobre la marcha, ¿no? Esto tiene que ver un tanto con la situación de los recursos, con la aplicación de la normatividad que emite el nivel nacional, en relación con los programas, pero con la posibilidad de una adecuación para el estado. (CAMPECHE-3).

Una de las consecuencias más evidentes del proceso de descentralización para el caso de los estados de Campeche y Chihuahua fue la creación de un órgano de gobierno que representa a los servicios de salud en el nivel estatal. En Campeche se habla de la fusión de la Secretaría de Salud y la Dirección General de Servicios de Salud, mientras que en Chihuahua se hace referencia a la creación de un organismo público específico. Para el caso de Campeche se señala que tal proceso no representa problemas relacionados con la posibilidad de duplicación de funciones, mientras que una de las características más importantes de este proceso en Chihuahua es la creación de un organismo público estatal que incorpora a las instituciones originales y participa de manera importante en el nivel local en el otorgamiento de servicios de salud. Estos cambios se han gestado a partir de un proceso que, visto en retrospectiva, no ha sido uniforme ni planificado:

... de hecho, el Ichisal [Instituto Chihuahuense de Salud] fue creado por el profesor [el gobernador en turno] ya hace algunos años, según tengo entendido, para que diera seguimiento a este proceso de descentralización que ha tardado mucho, pero que finalmente sigue en el 97; pero esto ya estaba planeado desde que estaba [el anterior gobernador] en el 86-87. Pero entonces se supone que para esas fechas el Ichisal y el proceso de descentralización empezaron y se formó apenas en el 87 y, que yo sepa, es la única instancia, el Ichisal, y la Secretaría quienes han participado en este proceso. (CHIHUAHUA-1).

Desde la perspectiva de los tomadores de decisiones de alto rango, la iniciativa de crear una estructura estatal y anexarle la estructura federal supuso la necesidad de llevar a cabo una serie de ajustes y adecuaciones en la estructura organizativa del estado en su conjunto, a fin de no perder el control del sistema y evitar la duplicación de funciones:

Este sistema que existe actualmente [...] en el estado de Chihuahua es diferente porque en la administración anterior había un Instituto Chihuahuense de Salud, que es público descentralizado, y luego se creó otro público descentralizado, que es el federal, que son los Servicios de Salud en Chihuahua. Entonces es el único estado en la república que tiene dos organismos descentralizados, y para que hubiese una cabeza en donde se coordinara a los dos se creó la División de Salud. (CHIHUAHUA-4).

El proceso de descentralización visto por un actor ajeno a la estructura de servicios muestra, sin embargo, una opinión contrastante con la que se expresa por parte de los informantes de los servicios de salud. Este punto de vista es el de la representante de una organización civil, quien destaca como un aspecto problemático la creación de un organismo estatal para impulsar la descentralización en salud. En esta opinión también entra en juego una variable que no fue considerada de manera importante por los informantes al interior de la estructura de los servicios, es decir, el papel de los cambios políticos dentro del estado y la alternancia de diferentes partidos en el gobierno estatal:

Ahora que se hizo la descentralización del Servicios de Salud aquí en el estado hubo un gobierno [que] tuvo que crear su sector salud, tomar los servicios que otorgaba antes la Secretaria de Salud, y ahí yo siento que hubo como un retroceso en cuanto a que se perdió mucho la visión que tenía el PAN sobre algunos temas y, aparte de eso, la visión que tiene actualmente el gobierno [...]. A mi me parece que en los Servicios de Salud que presta el estado hay algunos estancamientos, que no es un [avance el] hecho [de] que todas las mujeres tengan la cartilla y que incluso se promueva, ¿no? (CHIHUAHUA-2).

Esta visión externa a la estructura destaca además algunas dimensiones culturales y conceptuales, cuya

ausencia en la definición de los objetivos institucionales resulta problemática, particularmente en relación con el tema de la perspectiva de género en los servicios. Desde este punto de vista, se cuestiona la falta de efectividad de algunas políticas de salud por parte de los organismos públicos estatales de salud creados para implantar el proceso de descentralización:

Aquí [en Chihuahua] el sector salud depende de la Secretaría de Desarrollo Social. Esta Secretaría y estas dos administraciones últimas han estado a cargo de una mujer que muy lentamente fue asimilando algunas cuestiones. La directora actual creo yo que tiene más claridad sobre el asunto pero, desde mi punto de vista, no es su prioridad [que] la perspectiva [de género] esté visible o clara. [Para crear] el Instituto Chihuahuense de la Mujer, se hizo un proyecto de ley que, desde mi punto de vista, es así como para salir de paso. Siento que una mujer que tiene estas posibilidades, bueno, pues pudo haber hecho algo muy mediado, muy vigilado, y con mucha potencialidades. (CHIHUAHUA-2).

Determinantes institucionales

La descentralización debe ser vista, en opinión de los informantes, como un proceso que invita a la participación de las instituciones que representan a los niveles estatal y federal, y que incluye también la participación de una multiplicidad de estructuras gubernamentales que suponen interacciones organizacionales complejas, que en ocasiones rebasan el ámbito del sector salud y son expresadas en primera instancia, para el caso de Campeche, de la siguiente manera:

Si quisiéramos llevarlo por niveles, se pudiera decir que en primer lugar [están] el nivel federal y el nivel estatal. Si lo quisiéramos llevar por instituciones, pudiéramos decir que está la Secretaria de Salud de México y la Secretaria de Sa-

lud de Campeche. Si lo quisiéramos aterrizar en el nivel estatal, pues está el gobierno estatal y el gobierno municipal y el gobierno local y los integrantes, los actores principales de ello, sea la Secretaría de Salud, gobiernos municipales a través de direcciones de salud y bienestar social, el IMSS [Instituto Mexicano del Seguro Social], son los que principalmente juegan un papel primario. (CAMPECHE-2).

Como parte de esta dinámica, se apunta también que la descentralización representa un proceso complejo de transformaciones donde los cambios que generan un impacto positivo son mucho más importantes que aquellos que no lo generan. La existencia de problemas se entiende de manera coyuntural y para ellos existen diversos tipos de soluciones, principalmente la buena disposición y el tiempo que se requiere para que el proceso madure:

La descentralización aquí y con lo que respecta a nosotros, los Servicios de Salud de Chihuahua, ha sido con una serie de cambios muy radicales, unos son para mejorar, son para bien. Irremediamente, también hubo cambios para empeorar [...] Los cambios positivos, pues son los que contribuyen a mejorar, y los cambios negativos es que muchas de las personas que están colocando en los puestos claves de salud reproductiva o de otros programas no conocen los programas que estamos llevando. Entonces esto nos ha llevado a que exista un poquito de retraso en cuanto a los programas; una vez que ellos se identifican con los programas y se ponen al corriente pues vamos juntos de la mano, pero se tarda un tiempo. (CHIHUAHUA-3).

En el proceso se identifica también la participación del gobierno estatal y, en particular, del gobernador, como figura esencial de legitimación de la transferencia de responsabilidades de la Federación al nivel estatal y de la operación adecuada de los programas, aun los más específicos:

... ha sido el gobernador, o sea a partir del gobierno del estado, quien tomó, digamos así, de alguna manera, las riendas de los servicios, [...] el gobernador está muy interesado en los programas y, que yo sepa, está muy interesado en planificación familiar, dar sus apoyos, dar cursos para programas. (CAMPECHE-1).

Calendario programático y transferencia de responsabilidades del nivel federal al estatal

Uno de los aspectos que destacaron de manera particular los tomadores de decisiones de más alto rango se refiere al carácter de las interacciones derivadas de la descentralización entre los niveles federal y estatal. En este caso, fue necesario pasar por un proceso de ajuste para lograr la integración de los programas preexistentes en ambos niveles, como señala uno de los entrevistados en Campeche:

En el nivel federal está el programa México Salud 2000, y en el estado está el programa México Salud 2003, que marca las metas programáticas año por año. Y en cuanto a lo que vamos a alcanzar tanto en el 2000 como en el 2003 [existen mecanismos con] los cuales se van pulsando los resultados. Hay resultados de evaluación [en periodos] eventuales, mensuales, cuatrimestrales, trimestrales, anuales y sexenales. (CAMPECHE-2).

Como parte de esta dinámica, más que de una adecuación de las intervenciones en salud referidas en el ámbito local, se habló de una adaptación de los programas locales a las metas de programas federales cuyos alcances no pueden ser definidos localmente:

... se están tomando todos los programas que ya existían [y] están llevándose a cabo [por ejemplo] en relación a salud reproductiva, y a otros programas que ya existían tiempo atrás. (CHIHUAHUA-1).

En relación con lo anterior, es importante hacer notar que tanto en Chihuahua como en Campeche la percepción de los informantes de rango intermedio apunta a que la transferencia de responsabilidades no ha modificado sustancialmente la dinámica de producción de los servicios de salud:

En cuanto a normatividad y a lo económico [financiero], no sé hasta dónde hayan sufrido esos cambios, pero en cuanto a la normatividad que nosotros seguimos recibiendo, supervisiones, asesorías, todo este tipo de apoyos, continuamos igual. (CAMPECHE-1).

En este nivel, la definición de prioridades no parece estar reflejando iniciativas definidas localmente, a la vez que se destaca la influencia del nivel federal en la definición de las acciones relacionadas con algunos programas, entre ellos el de salud reproductiva:

No sé qué signifique, pero a mi me dijeron “a salud reproductiva dale prioridad con este dinero”. Pues yo se lo daría a todo, porque todo es prioritario, todo es importante, la salud de los adolescentes, la planificación, la lactancia materna, el hospital amigo. Entonces sí veo yo como [desde] el centro nos dicen cómo debemos dirigir nuestra prioridad y punto. (CHIHUAHUA-1).

Relación con otros niveles de integración política

Un aspecto relevante del proceso de descentralización en relación con el cumplimiento de metas y planes de trabajo, es la coordinación con otros sectores públicos que no dependen de la Secretaría de Salud. Desde la perspectiva de los niveles altos de toma de decisiones, la descentralización tendría que estar comprometida con el fortalecimiento de relaciones interinstitucionales a fin de lograr la integración de sistemas estatales en donde las diferentes instituciones pudieran cubrir a las poblaciones bajo su

jurisdicción de manera coordinada. Lo anterior fue referido para el caso de Chihuahua de la siguiente manera:

Desde un punto de vista funcional, nosotros pensamos en tener dos organismos descentralizados; entonces, dejarle a los Servicios de Salud de Chihuahua el primer nivel de atención, que la estructura que tiene está para eso, para servir, y el Ichisal, que actualmente es el que maneja 14 hospitales del estado, dejarle éstos [que serían] el segundo y tercer niveles de atención, y aquí tendríamos que incluir al IMSS Solidaridad si tomamos en cuenta que el Sistema Estatal de Salud está integrado por lo que es la población abierta, lo que es el servicio de salud de Chihuahua, lo que es el Ichisal, y luego ya vienen todos los demás. El segundo es el ISSSTE [Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado], Sedena [Secretaría de la Defensa Nacional]. La medicina privada está en ese proceso; integrar por la parte programática lo que es [el] programa civil, barato, claro que en caso del IMSS Solidaridad [...] pues ellos tienen su propia problemática. (CHIHUAHUA-4)

En la perspectiva de algunos tomadores de decisiones encargados de vincular las dimensiones gerenciales y operativas para lograr una mayor efectividad de las iniciativas en materia de salud reproductiva, destaca la necesidad de fomentar la colaboración entre actores e instancias externas a los servicios de salud, particularmente con los representantes de las comunidades. Para el caso de Campeche, este punto de vista hace énfasis en la necesidad de vínculos específicos. El siguiente testimonio apunta además, por un lado, las limitaciones del personal operativo para actuar, y por otro, la generación de propuestas ancladas directamente en la operación cotidiana de los servicios. Finalmente, es posible identificar la necesidad que tienen los niveles operativos de expresar sus puntos de vista y ser considerados por los niveles directivos:

... yo con la idea de que hacer más detecciones de cáncer cérvico-uterino [...] en una comunidad de población abierta que no tiene derechohabencia le digo a [la directora de un organismo público asistencial]: “aquí yo tengo un problema, tu tienes promotores, yo no los tengo”, y me dice “toma mis promotores”. Pero resulta que no solamente esto, sino que todas las embarazadas tengan consulta, que todos los niños reciban su vacuna, ¿sí? Es entonces cuando [en un] momento vamos, decirle a la gente “aquí estoy, y ven fulanito y dales la plática, y tu haz esto otro, sensibilízalos y échalo a andar”. [...] Ahí interviene el ayuntamiento; ¿por qué?, porque se hace una colecta, un acuerdo con ellos, se hace un convenio, se les llama, se les explica la idea, se les vende la idea en salubridad y es entonces donde yo te digo que se hace que lo tengan. Lo llevamos a la parte política para que esa parte de política esté consciente, esté sensible al problema de salud. (CAMPECHE-4).

Para el caso de Chihuahua, pese a que se aprecian tendencias de cambio en el nivel operativo durante los últimos años, éstas no aparecen en relación con la articulación de un programa claramente definido. En este caso, la percepción de cambio en algunos tomadores de decisiones aparece referida a la experiencia personal de trabajo en la Secretaría de Salud:

... a la vuelta de estos cinco años regreso y ahora siento que lo que ocurre es que hay mucha organización, que tratan de dar mucho control, mucho orden, pero que así bien a bien todavía no se conoce la misión de la Secretaría o de los servicios que atienden a la población abierta. Sí creo que debe haber un cambio; yo vengo de la jurisdicción 1 y sí sentimos el cambio de los jefes para con las políticas de salud que deben llevarse a cabo y la forma de dirigir los programas para que los implementen. (CHIHUAHUA-1).

En contraste, en el ámbito jurisdiccional para el caso de Campeche se apunta que los cambios ocurridos en

rangos de decisión más altos dentro del estado no han permeado aún en el nivel operativo. Parte de las diferencias observadas en cuanto a la articulación con otros niveles políticos parece encontrar su explicación, para el caso de Chihuahua, en el proceso de formación y desarrollo profesional de los trabajadores de la salud. En este caso, algunos aspectos que dificultan la organización del trabajo fueron relacionados con problemas derivados de la experiencia del personal que en la actualidad guarda posiciones de tomadores de decisiones.

Hay gente muy capaz, especializada, pero que no tiene el perfil que debe de reunirse para poder tener estos cargos [directivos]. [...] Cuando tú vienes de la medicina privada es otro mundo y es otra gente lo que manejas, muy ajeno, muy lejano a los que tú atiendes aquí. Entonces el cambio es sobre todo en la visión que se tiene de la atención de la salud de la población abierta, desde mi punto de vista [...] no quiero decir que no lo tengan, sino como que [las autoridades] no lo han captado muy bien. (CHIHUAHUA-1).

Margen de autonomía respecto del nivel federal

Uno de los aspectos más relevantes de la experiencia de la descentralización en términos de la transferencia de recursos y responsabilidades se refiere a la definición de márgenes de autonomía sobre el manejo de recursos y la definición de prioridades con respecto a la salud en los campos estatal y jurisdiccional. En este caso, la noción de autonomía pasa por un conjunto de dimensiones en las que primero se formaliza la transferencia de recursos y posteriormente se define el espacio para la toma de decisiones a partir de la creación de una instancia creada ex profeso para facilitar el proceso de descentralización. En el caso de Campeche, este fenómeno es referido de la siguiente manera:

En el aspecto de descentralización de los bienes, éstos pasaron a ser propiedad del gobierno del estado. Me estoy refiriendo a todos los inmuebles, tanto unidades operativas como administrativas, todo el mobiliario y equipo, ¿verdad?, pasó a ser parte del gobierno del estado. La flotilla vehicular es parte del gobierno del estado, la plantilla de recursos humanos, todos ya son trabajadores del gobierno del estado. El presupuesto que deriva del Ramo 33, una vez que Hacienda lo deposita en finanzas estatales, automáticamente se convierte [en recurso del] gobierno del estado, ¿verdad? Los programas se adecuan a las necesidades del gobierno del estado, ¿no? Por indicaciones de la Secretaría de Salud de México, todo esto se lleva a cabo a través de un organismo público descentralizado que se llama OPD y [...] los integrantes de la OPD son los presidentes municipales, [representantes] de alguna dependencia del gobierno del estado, se reúnen trimestralmente [para] llevar a cabo el proceso de planeación, evaluación y control. (CAMPECHE-2).

Pese al reconocimiento de la existencia de este proceso de transferencia, en Chihuahua se aprecia un margen limitado de autonomía, que afecta a algunas áreas, entre ellas el campo de los recursos humanos:

Creo que no tenemos autonomía totalmente porque seguimos dependiendo de alguna manera del centro para capacitar a la gente. Necesitamos citotecnólogos, patólogos, etcétera. Tenemos que enviarlos a México [a la capital del país] y los envían pero no les dan beca sino que les sostienen su trabajo y su salario, pero ellos tienen que pagar su curso, si tienen base [...]. Yo creo que no hay autonomía; autonomía sería que aquí nosotros tuviéramos la capacidad de capacitar a nuestra gente para lo que necesitamos, y eso no es cierto. (CHIHUAHUA-1).

A partir de los problemas que ha enfrentado, la experiencia reciente de descentralización es reconocida como un elemento que influye en algunos aspectos de la orga-

nización de los servicios, tanto en el rango operativo como en el cambio de actitud ante la nueva realidad:

... también hay que tomar en cuenta que está el proceso de descentralización. El que se haya empezado en el 97 no quiere decir que ya concluyó; que seguimos en este proceso, que es largo, que requiere muchos cambios incluso de actitudes, y sí afecta los programas, [...] nos afecta a nosotros, servidores públicos, y le afecta a la gente porque si nosotros estamos desorientados, pues no sabemos qué hacer. (CHIHUAHUA-1).

En el ámbito jurisdiccional se identificaron en Campeche situaciones que llevan a suponer que la transferencia de recursos y responsabilidades no ha llegado aún a los niveles operativos:

Aquí están involucrados dentro del nivel directivo máximo de la salud de la Secretaría los directores de área [y los] subdirectores de la jurisdicción. Obviamente, la planeación, información y evaluación [tardan], pero esto tiene que llegar hasta los trabajadores para que pueda [expresarse] a nivel operativo, hasta el personal que opera las unidades. Enterados están ellos, claro, que este proceso se está dando aquí en Campeche. (CAMPECHE-3).

Finalmente, existe la percepción de que el proceso político estatal ha tenido una fuerte influencia sobre la dinámica de la política descentralizadora, que en el caso de Chihuahua fue referida así:

... me decía un médico: “lo que están haciendo con esto [con la descentralización] es destrozarse la Secretaría de Salud”. Yo creo que precisamente porque es el proceso de antaño y que no va a tardar 10 años. Y ahora también hay que ver los cambios de gobierno del año pasado. El año antepasado era el PAN, con otras líneas, con otras políticas, con otra visión,

con otras inquietudes. Ahora viene otro gobierno, con otra visión, con otras inquietudes. (CHIHUAHUA-1).

Normatividad de las acciones de salud

Otro aspecto destacado con respecto a la caracterización del proceso de descentralización corresponde a la estructura normativa que regula las acciones y los procedimientos en el ámbito local. En este caso, se señaló que si bien se están creando condiciones para lograr mayores grados de autonomía en los niveles estatal y jurisdiccional, la actividad del nivel local aún está supeditada a la normatividad federal:

Realmente, yo creo que una descentralización como tal no existe, [...] porque [la] normatividad del nivel nacional tiene su razón de ser; es una forma de vigilar los servicios del nivel [estatal]. (CHIHUAHUA-4).

Para el caso de Campeche se destacó que el marco normativo se aplica actualmente de manera distinta de como se hacía antes. Ha dejado de ser un factor restrictivo y se ha convertido en un instrumento que establece los parámetros para el proceder adecuado, dada la flexibilidad con la que ahora se emplea.

No cumplir esos mitos [normativos] era algo muy serio a la hora de la reunión nacional. Ahora yo puedo decirte: “ya no se te puede dar permiso porque primero tienes que tomar en consideración la idiosincrasia de la población”, ahora ya se puede justificar el por qué no se puede o sí se puede. Ellos, por ejemplo, en el nivel central tampoco ven la estructura que tú tienes para atender a la población. (CAMPECHE-4).

Programas descentralizados de salud reproductiva

Un aspecto relevante de la interacción de los niveles federal y estatal en relación con los programas de salud

reproductiva es que, desde la perspectiva de los informantes entrevistados en ambos estados, la mayor parte de estos programas son responsabilidad estatal, particularmente los relacionados con planificación familiar y control del embarazo:

En este momento tenemos planificación familiar [y] salud materno infantil, que son los dos programas con las dos vertientes del programa de atención a la salud de la mujer [a] los cuales se les está dando mayor importancia. En primer lugar, estamos tratando de hacer conciencia en las mujeres del riesgo que implica el número de embarazos muy seguidos. (CAMPECHE-3).

Desde el rango más alto de toma de decisiones en Campeche, se destaca que todos los programas de salud reproductiva están descentralizados en el ámbito operativo:

Todo, todos los programas de la salud de las mujeres están descentralizados. [Entre] ellos pudiéramos hablar de los programas de planificación familiar, de los programas que van dirigidos a la salud perinatal, lo que es embarazo, parto y puerperio, los programas que van dirigidos hacia el cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama, los programas que van dirigidos a la etapa postmenopáusica de la mujer. Principalmente todo lo que engloba [la] gran área de salud reproductiva. (CAMPECHE-2).

Una opinión similar se aprecia para el caso de Chihuahua. Sin embargo, de acuerdo con una funcionaria de rango intermedio en ese estado, aun cuando los programas estén descentralizados, para generar un impacto dependen de la consideración de aspectos socioculturales vinculados, no necesariamente incluidos en los propios programas:

Pues en planificación familiar, [...] en salud de la mujer, la atención prenatal y el control prenatal. Por ejemplo, si alguno de nosotros queremos cuando menos que acudan a cuatro consultas prenatales, [...] hemos intervenido en muchas actividades de promoción. Supongo que influye mucho el nivel cultural de las personas y en ese sentido que es donde impacta también en el control prenatal. [...] Hacemos promoción, les damos la información, hacemos periódicos murales, distribuimos folletos, pero el impacto en la población no es el adecuado. No sé en qué consiste, igual que en la lactancia materna, por ejemplo, ahora vemos en la Sierra Tarahumara [a mujeres] dándole Coca-cola a los niños. (CHIHUAHUA-1).

La descentralización, por tanto, no ha tenido el efecto deseado debido a la visión tecnocrática de la aplicación de los programas, donde incluso están ausentes componentes que se mencionan en el Programa de Salud Reproductiva:

... yo no digo que haya un retroceso, más bien como un estancamiento [en la SSA], porque mira, por ejemplo yo he hablado con los encargados de salud reproductiva del Seguro Social y como que tienen más claro todo el plan o el programa con cierta visión de género, y con todas las limitaciones que tenga el Seguro Social, bueno, o sea, yo no me voy a poner aquí de la propagandista. Como que todo el plan, el lenguaje que utilizan y todo tiene más perspectiva de género y más preocupación por todo lo que se ha ido avanzando en México y en el mundo sobre derechos reproductivos. (CHIHUAHUA-2).

Entre los programas que se consideran más problemáticos a partir de la interacción entre el nivel central y el nivel estatal, en Chihuahua se menciona el de detección de cáncer cérvico-uterino. En este nivel se plantea la necesidad de un abordaje que rompa con los cuellos de botella que se generan en el proceso de toma de la

muestra, procesamiento, lectura y devolución de los resultados del examen de Papanicolau:

¿De qué nos sirve tomar miles de laminillas si no hay cuándo las lean ni quiénes las lean? Y además, después no [existen recursos] para tratar los casos [detectados]; por poner una situación, [...] si desde arriba no se conoce la problemática o no se dan alternativas de solución, pues los que estamos o vienen del primer nivel pues tampoco saben qué hacer. Y es que llega la señora por su resultado de cáncer y finalmente no lo tienen, está rezagado desde hace seis meses, o ya cuando le dan los resultados quién sabe si ya valga la pena el resultado y la población se desespera, se desespera porque dice “bueno, ¿para qué me están molestando con que me haga la prueba de cáncer si al final me la hago y no sé ni qué pasó o se les rompió, la tomaron mal, o no tienen?”. (CHIHUAHUA-1).

Articulación de las organizaciones civiles con instituciones del sector salud

También se exploró la percepción de los actores externos a la estructura de los servicios de salud en relación con las necesidades de la población de cada estado y con los programas de salud dirigidos a la mujer a partir de la descentralización.

Destaca, desde la perspectiva de la informante, una supuesta falta de vinculación con organismos públicos de salud, misma que se relaciona con los distintos enfoques que se tienen sobre la atención a la salud reproductiva:

Con el Seguro Social hemos hablado nosotras. En enero de este año [1999] convocamos a todas las funcionarias y funcionarios para plantear lo del “Cairo Más Cinco” y el Seguro Social asistió y sí se puede hablar con ellos. Pero el Seguro es muy hermético en cuanto a tener relaciones con las organizaciones no gubernamentales y, según tengo entendido, ésa es su política en todo el país, o sea, el Seguro

no es una institución que se abra y diga “bueno vamos hacer este programa juntos o juntas”. [Con] la administración anterior tuvimos acercamientos importantes no relacionados con el tema de salud sino relacionados sobre el tema de violencia. La directora de Desarrollo Social distribuyó los pósters para que se denunciara la violencia contra las mujeres en todo el estado, en el departamento, en las oficinas de salud. Pero en el diseño concreto de sus políticas no hemos tenido un trabajo compartido aunque nosotras periódicamente les llevamos documentos, por ejemplo ahorita estamos por ir a entregar a todas las instituciones los acuerdos que se tuvieron ahora en Nueva York para la revisión de Cairo, entonces es como una retroalimentación de alguna información. (CHIHUAHUA-2).

El punto de la relación existente entre los acuerdos internacionales suscritos por México en materia de salud reproductiva y su impacto en el desarrollo de los programas, fue abordado en forma extensa por los informantes externos a la estructura de servicios. El testimonio que enseguida aparece establece la necesidad de abrir más espacios de acción a las organizaciones no gubernamentales:

El Instituto [Chihuahuense de Salud] recogió la iniciativa de que se creara el proyecto [para dar seguimiento a los acuerdos de El Cairo]. El proyecto recibió nuestra propuesta y la empezó a procesar. En la iniciativa de ley se plantea que en el consejo directivo estarán las organizaciones no gubernamentales, pero esas organizaciones las seleccionará el Ejecutivo del estado. En realidad, la participación de las organizaciones no gubernamentales que se plantea en el proyecto es muy pobre. Ahora nosotros en el Foro hicimos una serie de reclamos diciendo que eran las propias organizaciones que hacen trabajos con mujeres las que decidieran quiénes entrarían ahí. [...] Yo digo [que el programa de salud reproductiva] no tiene perspectivas ni en género, ni en el discurso. Habrá que estar insistiendo en que se mejore. (CHIHUAHUA-2).

En este sentido, buena parte de las iniciativas encuentran sus limitaciones en el perfil de los trabajadores y en las expectativas ideológicas que ponen en su trabajo:

Yo creo que falta interés por ambas partes. Nosotras en realidad como no somos profesionales de esto entonces no tenemos el interés, si tú quieres entre comillas, de ir y decirles “vamos a ponernos a trabajar en esto”, porque no tenemos tiempo, porque no tenemos ese trabajo [...] y de [parte de] ellos falta mucho, tener una visión más [...] clara, el compromiso que tienen ya los estados de cualquier política pública involucra a las organizaciones no gubernamentales para que aporten lo que ellas tienen [...] eso todavía no es una práctica en los instituciones públicas [...]. Sí se empiezan a manejar algunas cuestiones, pero yo siento que todavía falta mucho pues, ¿hasta dónde llegan los derechos reproductivos sexuales? (CHIHUAHUA-2).

EXPERIENCIA EN OAXACA Y JALISCO

Los casos de Oaxaca y Jalisco caracterizan a estados que iniciaron la descentralización en las primeras fases (Jalisco en la primera y Oaxaca en la segunda), sin la creación de una estructura estatal previa al proceso de descentralización federal.

El caso de Oaxaca

El proceso de descentralización

Poco después de haberse iniciado el proceso de descentralización de la estructura de servicios de salud, en Oaxaca hubo un cambio de Poder Ejecutivo estatal. El relevo, de acuerdo con la versión de algunos informantes, no fue fácil, ya que las diferencias de estilo y enfoque entre la administración saliente y la entrante son evidentes, lo cual ha generado cambios importantes en

la administración de la Secretaría de Salud estatal. De hecho, algunos informantes atribuyen los problemas que enfrenta la estructura de servicios hoy día al cambio de la administración más que al proceso de adaptación propio de la descentralización.

Al igual que en otros estados, la información sobre los detalles de la descentralización fue brindada por funcionarios de la Secretaría de Salud de diversos niveles de responsabilidad y por personas externas a la estructura, pero con amplia trayectoria en el campo. La percepción del proceso, sus problemas y sus logros es variada. Esto se muestra por el hecho de que algunos mandos medios tienen percepciones distintas, e incluso contradictorias, con respecto al proceso. En particular, la encargada de los programas de salud reproductiva en el estado aseguró que:

El proceso de descentralización en el estado se manejó desde 1998, pero prácticamente el conocimiento que tenemos de él es a partir de este año [1999] [...] Prácticamente el proceso de descentralización es dejar que el estado maneje los recursos y así obtener o proporcionar una atención de calidad de los servicios de salud. (OAXACA-1).

De esta opinión se destaca la búsqueda de un mayor grado de autonomía por parte del nivel estatal, que tenga efectos positivos en la producción de servicios. No obstante, en el ámbito organizacional se aceptan cambios como resultado de la descentralización:

Con la descentralización hubo una reestructuración del Programa de Salud Reproductiva. Anteriormente, planificación familiar la manejábamos aparte. Ahora, tanto ésta como la atención materno-infantil se integraron a Salud Reproductiva. (OAXACA-1).

Sin embargo, desde una mirada externa a la estructura de servicios de la Secretaría de Salud, los cambios a

partir de la descentralización parecen insuficientes, ya que mantienen intactos los viejos mecanismos de operación e interacción con otras instituciones:

... esta institución tiene una línea muy vertical y su personal es poco abierto a la crítica y al análisis de sus propios procesos. Les ha costado mucho trabajo abrirse a colaborar con organizaciones de la sociedad civil; eso no se utilizaba, es nuevo. Aparte, tienen una visión muy médica, muy clínica, cuesta mucho trabajo que vean otros factores que inciden en la salud. (OAXACA-2).

La normatividad

En el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud firmado por el Poder Ejecutivo federal y los gobernadores de las entidades federativas (agosto de 1996) y en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 no se establece un manejo autónomo de los recursos para el sector salud; al contrario, se fija una robusta normatividad que deja pocos márgenes de acción.

Al respecto, uno de los informantes en el estado apuntó que los niveles intermedios no tienen injerencia en la capacidad de definir normas en la estructura estatal de servicios. Los logros obtenidos por ésta en la calidad de la atención se asocian al trabajo continuo más que a la nueva perspectiva que intentó imprimir la descentralización:

Como jefa de Departamento no he intervenido de manera directa en este proceso. Aquí hay un grupo técnico que se llama la OPD, que es un órgano del proceso de descentralización y se formó el año pasado. En él participan los directores y el secretario de Salud [...]. Diría que en los últimos tres años los usuarios sí han opinado acerca de la calidad de la atención. Ésta ha mejorado y así nos lo han hecho saber las personas. Pero los dos aspectos no son consecuencia del proceso de descentralización, sino de algo que se venía manejando con anterioridad. (OAXACA-1).

Con respecto al seguimiento de la normatividad en el nivel estatal, un funcionario medio de la Secretaría estatal afirmó:

Hasta este momento la indicación que tenemos es que el nivel central nos dice cómo se van a llevar a cabo los programas. Nosotros realizamos la situación operativa, es decir, fijamos las metas a partir de las necesidades de la población y de los parámetros que ya tenemos establecidos dentro de programación. (OAXACA-1).

Esto refleja una de las formas en las que en los estados entienden la normatividad. Lo anterior no quiere decir que los gobiernos estatales no puedan emprender acciones propias que, sin violar las normas federales, sí contribuyan de manera original a la promoción, prevención y superación de los problemas en el campo de la salud.

La autonomía de la Secretaría de Salud

Diversos entrevistados destacaron la autonomía que se ha logrado, y uno de los ejemplos más claros de ello es la capacidad incipiente del gobierno estatal para comprar parte de los medicamentos que se consumen en los servicios estatales. Sin embargo, se considera que la autonomía lleva implícita la necesidad de incrementar la capacidad financiera para el mejor cumplimiento de los diversos programas y, finalmente, que la programación no ha sufrido grandes cambios con la descentralización:

Con la descentralización avanzó notablemente la posibilidad real de efectuar compras en plaza, es decir en los estados. Eso es un hecho. Pero lo que resulta difícil [de afrontar] es que [un] resultado de la descentralización debe ser el incremento de recursos económicos. Respecto a programación, la SSA establece las normatividad general y los estados pueden hacer pequeños ajustes propios...

A pesar de la dependencia financiera y normativa hacia la Federación, se observan avances en la capacidad del estado para tomar decisiones autónomas:

... el año pasado todavía hicimos las compras de medicamentos, material de curación, de planificación familiar. Una parte de la compra se hizo en México, pero la otra fue en compra directa, por parte del estado. De alguna manera ya tuvimos esa libertad de adquirir. (OAXACA-1).

No obstante, el estado tiene que hacer adquisiciones con sus recursos y sin el respaldo total de la Federación:

No hemos tenido incremento de presupuesto; al contrario, el año pasado tuvimos menos presupuesto para realizar las acciones de salud reproductiva [...] La descentralización se percibe no sólo en el manejo financiero y las adquisiciones, sino también en los aspectos técnicos de la producción de servicios [...] Sí ha habido una preocupación para que tengamos información o estemos capacitados. Esta cuestión de tipo gerencial es la mejora de la calidad en la atención. Estas herramientas técnicas que nos proporcionan sí han sido buenas [...] Desde antes de que se iniciara el proceso de descentralización, ya acostumbrábamos elaborar las metas que queríamos lograr en el estado, siempre a partir de sus necesidades propias. (OAXACA-1).

Pero, como todo proceso, la descentralización ha encontrado sus límites. De acuerdo con la siguiente opinión, uno muy claro se percibe en la capacidad que tiene la estructura para definir las “necesidades de salud” a partir de las cuales se planifican o programan los servicios, sin conocer la opinión de los usuarios de los mismos:

Los usuarios de los servicios no participan en la programación. Pero sí quiero mencionar que en los últimos años la programación la inicia el personal operativo, de ahí pasa a jurisdicción y de ésta a la dirección estatal. Por eso

digo que mis metas se dan a partir de las necesidades de la población. (OAXACA-1).

Los programas de salud reproductiva

En el nivel operativo, entre los problemas más importantes en la ejecución de los programas, se mencionaron dos: la falta de información sobre los programas y la nula –o negativa– intervención de los hombres. Aunque este último es un fenómeno generalizado en todo el país, en Oaxaca tiene una expresión particular:

El principal problema que tenemos en la aplicación de los programas es la falta de comunicación con las mujeres. Otra cuestión es la poca participación de los hombres en esta acción. Ellos deciden si la mujer lleva o no algún método anti-conceptivo, pero lo más grave es que ellos disponen si la mujer va a consulta prenatal o a una vigilancia de su embarazo. La mujer está tentada a que el hombre le autorice, le diga o tome la iniciativa para que ella pueda vigilar su salud. Entonces, son dos obstáculos: la barrera de comunicación directa con las mujeres y la poca participación de los hombres en la actividad propia de salud reproductiva. (OAXACA-1).

Al iniciar sus funciones a finales de 1998, el gobierno estatal enfrentó un problema específico, que era el programa de detección de cáncer cérvico-uterino, cuyo punto más delicado residía en el retraso de miles de laminillas con muestras para el Papanicolau, que no habían podido ser procesadas en los laboratorios del estado. El problema rebasó los límites del sector salud y se convirtió en un conflicto político para la administración, de modo que el secretario del ramo dedicó una gran parte de su tiempo para darle respuesta:

La problemática del cáncer cérvico-uterino es muy seria. El secretario de Salud del estado está vigilando de manera per-

sonal el cumplimiento del programa respectivo. Por ejemplo, se está ampliando el laboratorio de citología. Asimismo, se van a mejorar las condiciones de trabajo del personal de esta área; entre otras cosas, se tiene un programa de estímulos de productividad laboral. Puedo decir que el tiempo de entrega de resultados de los exámenes de Papanicolau ha disminuido notablemente. Antes era de tres, cuatro e incluso seis meses; ahora es de uno a dos meses. (OAXACA-1).

En efecto, el involucramiento personal del secretario de Salud para resolver un problema que debería tener carácter rutinario deja en claro la necesidad de fortalecer la operación de los servicios sobre estrategias sólidas, que no coadyuven a la expansión de los problemas, y suficientemente flexibles para responder a contingencias o eventualidades. Estas acciones no son necesariamente un efecto directo del proceso de descentralización. Antes de dicho proceso algunos gobiernos estatales dedicaban esfuerzos para atacar problemas como el aquí anotado.

Otra acción que podría ser particular del estado de Oaxaca se refiere a la Cartilla de Salud de la Mujer, que si bien es una estrategia en el ámbito nacional, en el estado apenas empieza a ser utilizada, con cierto grado de improvisación, como herramienta de control de la demanda de atención:

Desde el año pasado estamos entregando cartillas de salud para las mujeres. Las dimos como un gancho para que se hicieran el Papanicolau. No podemos decir si han sido aceptadas o no, pues las dimos sin ningún control. A pesar de ello, aspiramos a que la Cartilla Nacional de Salud sea una herramienta para la propia mujer. Que la exigencia la haga ella, no el prestador del servicio. Que la usuaria exija que se le dé la cartilla y que se le anote lo que le hacen, lo que se le da en una atención médica, para que ella lleve su récord de salud en esta cartilla. Eso es lo que se pretende. (OAXACA-1).

La competencia entre los programas por el presupuesto manejado por la Secretaría estatal es intensa. De acuerdo con la siguiente opinión, los mecanismos para la asignación del presupuesto no son equitativos al repartir el recurso entre programas, y deberían buscarse opciones para reducir esta inequidad:

Pienso que los programas de atención a la mujer tendrían que mejorar mucho porque estamos bastante limitados en cuanto a recursos. De los recursos presupuestales que tiene asignada la Secretaría de Salud, menos de 3% está asignado a salud reproductiva, a los programas de salud de la mujer. De los 46 indicadores de impacto que tiene la Secretaría, ocho se refieren a salud reproductiva, que significan alrededor de 6% del total de indicadores. Creo que la asignación de recursos debería estar en relación con la evaluación de los indicadores de impacto. (OAXACA-1).

Las repercusiones que estos problemas e ineficiencias tienen sobre la salud de la mujer son evidentes. En particular, las dificultades que enfrenta el programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino dan cuenta de un proceso que requiere, más que una reorganización institucional, una nueva forma de participación de los actores interesados; es decir, las autoridades de salud, las organizaciones no gubernamentales y las usuarias mismas. Ello implica una nueva relación que no podrá ser soslayada a partir de la descentralización de los servicios, ya que las secretarías de Salud estatales continuarán enfrentando enormes dificultades financieras y organizacionales si no actualizan sus estrategias:

En cuanto a los problemas más importantes de salud de las mujeres, creo que es la salud reproductiva en general. En particular, podría decir que la prevención del cáncer ha sido muy desatendida. No hay un buen registro estadístico. Además, se sabe que hay cerca de 16 mil resultados de exámenes de Papanicolau que no se han podido entregar durante

un año. Podría comentar que en una campaña que se hizo en la región del Istmo, se les hizo el examen del Papanicolau a alrededor de 530 mujeres que ya tenían molestias, y resultó que 7% ya tenía el papiloma [agente precursor del cáncer]. Éste es un porcentaje elevadísimo, más aún si se considera que el examen sólo se les hizo a mujeres que tenían algún dolor o inflamación. Cuando dimos a conocer estos datos, las autoridades de salud se negaban a reconocerlos, por lo que tuvimos que tocar otras puertas, más arriba. Por otro lado, teníamos 11 casos de cáncer invasor y sólo nos podían atender en una proporción de dos a uno. El resto lo atenderían en un año o año y medio...

Sobre las limitaciones del sector que inciden directamente en la salud de las usuarias, la informante agrega:

... los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, para el papiloma, no están en el cuadro básico. Trabajamos con una población muy pobre, así es que ¿dónde van a comprar sus medicinas? En el caso de las mujeres del Istmo, quiero decir que no tienen cerca una clínica de displasia; la que está en Juchitán no funciona, porque su equipo es viejo y no recibe mantenimiento. Si se quieren atender tienen que venir hasta la capital. (OAXACA-2).

El caso de Jalisco

El proceso de descentralización

Jalisco se sumó a los estados que iniciaron la descentralización de sus servicios de salud a población abierta a principios de los años ochenta. Al describir este proceso, un informante comentó:

La descentralización se llevó a cabo de forma paulatina, por etapas, con base en un calendario de actividades. En la

actualidad ya estamos, supuestamente, descentralizados. Los actores en este proceso fueron los gobiernos tanto federal como estatal; los dos pusieron de su parte en algunas situaciones específicas. Creo que todo empieza con el gobierno federal: éste pone los lineamientos que se van a seguir en esta descentralización y el gobierno estatal acata, espera lo que va a llevarse a cabo [...] La modificación en la relación entre el estado y la unidad federal a partir de la descentralización radica en que el estado tiende a asumir más responsabilidad con respecto a lo que sucede y la tendencia en el nivel federal es restringirse sólo a supervisar. Así está sucediendo en el estado y creo que es una buena estrategia el hecho de que el nivel federal simple y sencillamente se dedique a normar y el estado se dedique a operar. (JALISCO-7).

La interpretación del proceso parece clara: la descentralización se dio en forma programada, sin sobresaltos. Los servicios y las responsabilidades están supuestamente descentralizados, el estado opera y la Federación supervisa. Se encuentra ausente la postura oficial que pregonoó un largo proceso de análisis colectivo y una concertación satisfactoria para todos. Un proceso de diálogo horizontal en aras del *Nuevo Federalismo* y de la mejoría eminente, inmediata y futura de los servicios de salud.

Después de más de tres lustros de descentralización, en Jalisco se perciben los privilegios de una operación cada vez más autónoma, aunque supervisada, así como las responsabilidades que esto entraña:

Con la descentralización nos sentimos más libres de hacer las cosas como estado. También percibimos mayor responsabilidad, la cual se debe reflejar en acciones. Ya no estamos esperando a lo que nos dicta el centro; ahora somos responsables de nosotros mismos. En este sentido, el estado tiene una mayor carga pero a la vez somos un poco más libres de tomar las decisiones que queramos para el estado. (JALISCO-7).

Uno de los informantes en el nivel jurisdiccional consideró que con la descentralización deben cambiar las posiciones “clásicas” de todos los actores; algunos de ellos tendrían que trabajar más, en particular el sindicato, para lograr los beneficios que los trabajadores tienen en otras instituciones del sector salud y no crear relaciones conflictivas entre la institución y los trabajadores, que obstaculicen la operación de los servicios:

Siento que el sindicato juega un papel muy desarticulado del objetivo primordial de la misión de la Secretaría. El sindicato debe existir pero también debe actualizarse, renovar el papel que está jugando en el quehacer en salud y la interrelación con las otras secretarías. En la jurisdicción no tenemos problemas sindicales, porque hay una buena gestoría, un buen acuerdo, aunque las plazas de asignación siguen en el nivel central. Así como hay homologación de los trabajadores, debe haber homogeneidad en beneficios del sector salud. En el Instituto Mexicano del Seguro Social le dan 500 pesos a cada trabajador por llegar temprano, y en cambio a nosotros nos dan de prima vacacional 10 pesos. O sea, ahí debe trabajar la Federación para homologar los beneficios que se han conseguido a través de los sindicatos, porque hay una gran brecha entre los apoyos, y ya no digamos en sueldos. (JALISCO-6).

Por otra parte, un observador externo, representante de una organización no gubernamental, opinó que con la descentralización las necesidades de salud de la población se conocen de manera más directa, y se ha dejado atrás la visión del funcionario ubicado en la ciudad de México:

Sobre todo en este último periodo me he percatado de que han intentado hacer una estrategia de sistematización de servicios de salud. Antes se hacían programas en el escritorio y se llevaban a la comunidad nada más así, a veces sin siquiera haber sondeado los problemas reales de la comunidad, y como que ahora se está siguiendo un poco más la

estadística. Al menos las estrategias políticas ya no están sólo dictadas desde lo que se le ocurre a una cabeza, sino que van más hacia una elaboración epidemiológica en la que trata de contextualizarse la salud. Me ha tocado observar más en los últimos cuatro años y siento que no es suficiente todavía para valorar si este nuevo enfoque está dando resultados. (JALISCO-5).

La normatividad

En relación con el tema de la normatividad, un funcionario de una jurisdicción sanitarias del estado aseguró:

El reto es [la asignación] de los recursos, por una parte. Es decir, que todas las jurisdicciones estén de acuerdo con una base de población [y] que se tengan los recursos que se requieran. El otro gran reto son los turnos vespertinos: somos secretaría de turnos matutinos; muchas unidades no funcionan en la tarde. Necesitamos ver si realmente existe demanda en algunas localidades, cuáles requieren que sean de dos turnos. (JALISCO-6).

La opinión anterior aborda dos cuestiones importantes:

1. Adecuar los recursos económicos y humanos a las necesidades concretas de las regiones. El planteamiento es lógico, pero no necesariamente coincidente con la normatividad federal al respecto.
2. Lo mismo sucede con la creación de nuevos turnos y nuevas plazas de trabajo. Aun cuando éstas son metas factibles, la posibilidad de su cumplimiento involucra actores no solamente del nivel estatal, sino también del nivel federal. En el caso particular de la ampliación de los horarios, el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud tendría que estar involucrado en la negociación de este aspecto. Es decir, los cambios que en el nivel operativo parecen responder a necesidades específicas de las poblaciones que atien-

den, en la organización institucional interna implican la interacción de otros niveles además del estatal.

De acuerdo con un funcionario superior de la Secretaría de Salud estatal, la facultad normativa de la SSA federal debe tener un efecto articulador e integrador en la operación adecuada de los servicios en todos los estados. No obstante, la normatividad debe ofrecer espacios de interpretación adecuados para que los programas de salud se ajusten a las necesidades de las poblaciones:

La normatividad es dada por la Federación. Las estrategias para llevarla a cabo sí son libertad del estado. Mi opinión es que la Federación debe establecer la normatividad, si no tendríamos 32 estados autónomos, los cuales se regirían de diferente manera. Las estrategias para llevar a cabo esa normatividad son las que varían de estado a estado. (JALISCO-7).

Sobre la normatividad del programa de salud reproductiva, en particular, el informante es enfático al asegurar que la descentralización es un hecho y que sus potencialidades aún están por explorarse, en especial a partir del desarrollo de innovaciones:

El programa de salud reproductiva definitivamente está descentralizado. Sin embargo, tenemos una normativa que respetamos, que viene del nivel central. O sea, nos regimos con las reglas del juego que nos da este nivel. Dentro de la descentralización o del programa de salud reproductiva tenemos tendencias innovadoras que repercuten en beneficio del estado. No estamos en espera de lo que nos diga nivel nacional, sino que nos ponemos a trabajar sobre la salud reproductiva a nivel estado. (JALISCO-7).

Existe una correcta armonía entre la norma oficial y las estrategias estatales. Se observa que la descentralización ha permitido que las innovaciones que se generan en algunos estados no sólo les beneficien a ellos, sino

que, utilizando a la Federación como canal de difusión, puedan ofrecer opciones a otras entidades.

Tenemos una norma oficial mexicana con respecto al embarazo y el puerperio, para reducir la mortalidad materna. Para ello vamos hacer consultas prenatales y a tratar de disminuir las cesáreas innecesarias. Se intentará abatir la mortalidad materna en puntos específicos como preclampsia y eclampsia, y para esto en Jalisco se han ideado varias estrategias. Se ha diseñado un *botiquín rojo*, el cual está compuesto por medicamentos esenciales para tratar estos problemas. Esta estrategia fue retomada por el nivel nacional para llevarla a cabo en todos los hospitales. Ahora en todos los estados se encuentra un lineamiento técnico que no existía con respecto a preclampsia y eclampsia, y Jalisco fue el primer estado en donde se realizó este *botiquín rojo*.

También hemos iniciado una batalla frontal contra las cesáreas innecesarias. Realizamos una normativa que define unos pasos hacia la disminución de éstas y también retomamos pláticas con expertos del tema. Contamos con el mayor número de consultas prenatales a nivel nacional: 4.2 consultas promedio por mujer embarazada, y esto también ha sido una estrategia; contamos con una cartilla de salud materno-infantil, diferente al carnet perinatal que se utiliza a nivel nacional. No estamos violando la norma, la estamos siguiendo pero con una diferente estrategia que nos ha funcionado a nosotros. (JALISCO-7).

Es probable que la iniciativa de cada estado permita lograr avances importantes en el cumplimiento de sus objetivos. La normatividad elaborada y supervisada por la SSA no es un impedimento para superar muchos de los indicadores que se establecen en las mencionadas normas, por ejemplo, el número de citologías o las consultas postparto. El caso descrito de Jalisco es un buen ejemplo; es importante conocer en qué medida se han mantenido o mejorado las acciones como el *botiquín rojo* o la disminución de cesáreas.

La autonomía

La administración del presupuesto a partir de la descentralización demanda la adquisición de nuevas habilidades en el personal estatal y una orientación diferente a fin de no descentralizar viejos vicios. Lo que antes representaba una aplicación automática de la normatividad o las instrucciones federales, hoy significa un reto que hay que enfrentar; es decir, cómo responsabilizarse adecuadamente de la asignación de un presupuesto:

El presupuesto ahora sí lo estamos conociendo pero estamos queriendo ver hacia dónde debe de ejercerse. Antes nos llegaba etiquetado y no lo podíamos mover. Creo que la población local es la que debe marcar la pauta y por eso debemos estar preparados para ser gerentes, no para ser directores o mandamás. Un gerente escucha, aprende, orienta y se pone a nivel del propio trabajador para hacer las cosas. (JALISCO-6).

La intención es positiva, pero en la realidad la mayor parte de los recursos que la Federación transfiere a los estados aún están etiquetados. Tal es el caso de los recursos dedicados a la plantilla del personal (que representa entre 60 y 70% del presupuesto de cada estado), que todavía están centralizados.

Otro informante cuestiona el alcance de la descentralización y aborda la relatividad de la autonomía, por lo menos en cuanto a recursos financieros. El ejemplo es de particular interés para la investigación, ya que se encuentra íntimamente relacionado con el programa de salud reproductiva:

No puede haber una verdadera descentralización si no se descentralizan totalmente los recursos. Hemos observado que la Federación todavía quiere tener el control de los recursos en salud reproductiva. Es el primer año en el que podemos decidir qué queremos comprar. Se está dando un

cambio que tiene que ser muy delicado. Con respecto a los recursos, creo que sí debemos aspirar a que en un futuro próximo nos lleguen al estado con tiempo, pues actualmente llegan por etapas. Sin la autonomía de los recursos no se puede dar una verdadera descentralización...

El problema se extiende a los recursos materiales y humanos:

La situación de los recursos financieros va a repercutir en los recursos materiales. Si no tenemos el dinero para comprar las cosas, vamos a estar un poquito mal en recursos materiales. En cuanto a los recursos humanos, es interesante esto de la descentralización, porque obliga al estado a colaborar de forma igual, de manera más o menos similar al gobierno federal. Es interesante ver las negociaciones que establecen: yo les doy dos plazas y ustedes ponen dos plazas. Me parece que eso sí está bien porque volvemos a retomar nuestra responsabilidad como sistema de salud. Esto no está normado por los lineamientos generales de la descentralización; son negociaciones que se realizan en cada estado. (JALISCO-7).

El campo de la salud reproductiva ha sido un espacio importante de innovaciones en el estado de Jalisco. Además de los programas del *botiquín rojo* y la reducción de cesáreas innecesarias, existen otras nuevas prácticas que incorporan las demandas específicas de las mujeres en relación con la atención. En esta situación se encuentra el programa de identificación temprana de cáncer cérvico-uterino, donde se ha buscado satisfacer la demanda de las usuarias, que prefieren ser atendidas por mujeres:

Creo que la Federación toma bien estas ideas, porque si no las tomara así, no las replicarían los demás estados. Por ejemplo, en el caso de salud de la mujer, en detección de cáncer cérvico-uterino específicamente. Nosotros capacitamos a un ejército de enfermeras para la toma del Papani-

colau, porque la primera causa por la cual la mujer no se hace el Papanicolau es porque quienes toman las muestras son varones; son enfermeras certificadas. [...] Según nosotros, no hay un recelo hacia los estados porque están generando ideas, no se les hace a un lado; por el contrario, sí se les está dando la importancia debida [...] Es más fácil para nosotros llevar a cabo las acciones. Ahora sí nos están dejando ser; claro, siempre con la supervisión y asesoría del nivel federal. Somos autónomos pero creemos que hay mucha gente valiosa en el nivel federal que nos ayuda, sobre todo en aspectos de salud reproductiva. (JALISCO-7).

Los programas de salud reproductiva

Las muertes por cáncer cérvico-uterino y de mama representan problemas que ponen en evidencia lo que falta por hacer en los estados. Para ambos padecimientos existe capacidad resolutive si son detectados en etapas tempranas, y es obligación de los servicios llevar a cabo esta detección lo más temprano posible. No obstante, miles de mujeres en el país fallecen cada año por estas dos causas. En el primer caso, los niveles de mortalidad alcanzados reflejan ya un problema grave de salud pública. En el segundo, la anticipación de los servicios es urgente para que no alcance las dimensiones del primero. Con la descentralización y los objetivos que ésta se propone lograr, tales como aumentar la eficiencia, la eficacia y la calidad, los tomadores de decisiones esperan que estos problemas disminuyan en el corto plazo e incluso a menor costo que el actual. De manera resumida, un informante expuso la dimensión de los principales problemas en el campo de la salud reproductiva, tanto para Jalisco como para el resto del país:

Son dos los principales problemas de salud en las mujeres en etapa reproductiva en el estado de Jalisco. El primero es el cáncer cérvico-uterino [una mujer en Jalisco muere

cada 28 horas por esta causa] y el segundo es el cáncer de mama. Con respecto al cáncer cérvico-uterino tenemos respaldo, porque es una problemática a nivel nacional, pero en el caso del cáncer de mama la problemática no se refleja más que en los estados más desarrollados de la República Mexicana. Entonces debemos idear, no nos podemos esperar a que sea una dificultad nacional o una prioridad. (JALISCO-7).

Otro informante aseguró que la educación constituye una parte de la solución al problema, para lo cual se requiere un enfoque interinstitucional:

... nos deberíamos meter un poquito más en salud reproductiva, capacitando a los maestros que llegan a los adolescentes. Si realmente se les diera una capacitación para erradicar los tabúes que tienen los maestros, o la ignorancia que tienen sobre algunos temas [ya se ha dado un acercamiento a través de la Secretaría de Educación] por el miedo al virus de inmunodeficiencia adquirida o el sida, o a contraer alguna enfermedad sexual. Pienso que por ahí está un nuevo reto en el campo de la salud reproductiva: trabajar con los adolescentes, pero en su lugar de origen, no en los centros de salud. El adolescente no acude mucho a dichos centros. Por eso, la nueva directriz debe ser en otras secretarías más que en la de Salud. Claro, nosotros deberemos apoyar con nuestro personal capacitado en la elaboración de periódicos murales, trípticos, videos. La nueva tecnología es la apropiada; si los centros de salud tuvieran recursos como una televisión, una videograbadora simple para aprovechar los tiempos de espera. Realmente el reto más importante es la educación en salud que tenemos los mexicanos. (JALISCO-6).

Para un mando medio de la Secretaría en Jalisco, la descentralización ha tenido un impacto positivo evidente en el programa de salud reproductiva. De acuerdo con él, los avances son notables:

A partir de la descentralización, los recursos asignados al programa de salud reproductiva aumentaron considerablemente. Cuando llegué al programa, éste tenía aproximadamente dos millones de pesos para su funcionamiento; al otro año tuvimos tres millones de pesos y actualmente tenemos 13 millones de pesos. Claro que anteriormente no comprábamos anticonceptivos; la Federación era quien se encargaba de todo eso. En puros anticonceptivos yo me llevo aproximadamente siete millones: la mitad del presupuesto. Pero hay estados que están en total desabasto porque no saben cómo hacerle para sacar dinero, porque no se les ha dado la prioridad necesaria. En el estado de Jalisco sí se le ha dado ésta a la salud en la inversión total del gobierno del estado.

Además, asegura que:

La ejecución de los programas de salud reproductiva se ha facilitado en Jalisco. Nosotros no estamos en espera de que se hagan las grandes compras consolidadas en el gobierno federal o en la Secretaría de Salud federal, sino que podemos poner nuestros clientes. Si falta algún insumo para salud reproductiva, somos enteramente responsables de que este insumo no se encuentre en las unidades de salud. (JALISCO-7).

Otras opiniones, en este caso la del representante de una organización no gubernamental, van en un sentido distinto, al identificar problemas añejos aún no resueltos en la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino:

Creo que en la Secretaría se han hecho intentos muy loables. Desgraciadamente, yo no sé qué pasa; por ejemplo, ellos también sacan un programa de atención oportuna de cáncer pero que empieza a generar desconfianza en las madres. Porque les dicen: “vengan dentro de un mes por su resultado”, y luego sucede que los resultados de la comadre, la hermana o la prima, decían exactamente lo

mismo [...] Provoca que muchas mujeres que ya estaban sensibilizadas, lejos de practicarse el estudio busquen otras opciones o dejen de hacerse. (JALISCO-5).

Como se ha expuesto a lo largo del capítulo, esta situación es común en prácticamente todos los estados de la República. Existe un retraso importante en la entrega de resultados (en ocasiones hasta cuatro meses), además de que éstos son poco confiables o, al final, después de dos meses se tiene que tomar otra muestra porque los resultados simplemente no se encuentran.

El mismo informante reconoce algunos avances, pero hace énfasis sobre los cambios existentes en el estado en el campo de la salud reproductiva, en relación tanto con las necesidades y problemas identificados como con la forma en la que éstos se enfrentan:

Definitivamente hay mucho que trabajar todavía, porque si bien la Secretaría de Salud ha hecho programas, no han estado exactamente encaminados a la salud reproductiva. Al menos en el estado de Jalisco la salud reproductiva ha pasado a un término como de segundo nivel y se han dedicado a trabajar sobre atención primaria, como es la salud de la madre, la salud del niño, la vinculación del padre. Pero vuelvo otra vez a repetir: en la salud, hablar específicamente de salud reproductiva todavía en muchos lugares sigue siendo tabú. Mientras que en otro momento hubo sobreabastecimiento de anticoncepción porque había varias organizaciones que estábamos trabajándolo, ahorita sí veo un vacío.

Sobre la participación de organizaciones no gubernamentales en los programas de salud reproductiva, el entrevistado señala:

Algunas organizaciones no gubernamentales prestan servicios de salud. El organismo no gubernamental más fuerte en el estado de Jalisco es Mex-Fam. Ellos otorgan servicios de

salud, pero también tratan de enfocar sus baterías a todo lo que son derechos en salud reproductiva [...] Mex-Fam está dentro del grupo estatal de salud reproductiva; tiene sus unidades muy delimitadas, casi siempre están en clase media baja. No intervienen mucho con población abierta totalmente desprotegida; la dejan libre y casi siempre trabajan con nosotros, como una forma de apoyarnos en capacitación. Casi siempre trabajamos de forma conjunta, entonces no hay duplicidad de funciones y ellos están supeditados a lo que marcan las normas oficiales. (JALISCO-5).

La información expuesta en este capítulo permite identificar el marco político institucional en el que se desenvuelven los programas de salud reproductiva en los cuatro estados seleccionados. Las opiniones presentadas por los informantes dan pie a los siguientes capítulos, donde se presenta información obtenida de los registros de los centros de salud estudiados y de las opiniones de proveedores y usuarias de los servicios. Las fuentes de información en su conjunto serán discutidas y analizadas más adelante.

RESUMEN

En los cuatro estados estudiados, los tomadores de decisiones coinciden en que el proceso de descentralización ha sido heterogéneo, aunque con características comunes, sobre todo en lo referido a los procedimientos acordados entre los estados y la Federación. La descentralización es vista como una oportunidad para coordinar acciones entre distintas instancias estatales y nacionales, así como un momento para poner a prueba las capacidades y las iniciativas de los gobiernos locales.

Respecto de los programas de salud reproductiva, en los cuatro estados se reconoce la importancia de realizar acciones, por lo menos las marcadas en la normatividad nacional.

CAPÍTULO V

RECURSOS DISPONIBLES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y PRODUCTIVIDAD

Los resultados que se presentan en este capítulo y en el siguiente derivan de la recolección de información de una muestra de centros de salud de primer nivel –urbanos y rurales– en las cuatro entidades federativas, de una encuesta aplicada al personal que participa en los programas de salud reproductiva en esos centros de salud y de una encuesta representativa de la población usuaria de los servicios de salud reproductiva en dichos centros. Por lo tanto, la capacidad de inferencia de los resultados se limita a las muestras seleccionadas y en ningún momento se pretende que tengan validez a escala municipal o estatal. Sin embargo, su análisis puede reflejar la situación que experimentan otros municipios en áreas urbanas y rurales.

Distribución de recursos humanos

Campeche

En esta entidad se evaluaron 10 centros: 60% ubicados en el área urbana y los restantes en el área rural. La mediana de médicos por mil habitantes fue de 0.77; se encontró una variación mayor en la asignación de médicos en los centros de salud de la zona urbana en comparación con los de la zona rural. La relación más baja de médicos por habitantes estuvo en Bolonchen: 0.30 mé-

CUADRO V.1
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS
EN CENTROS DE SALUD DE CAMPECHE

Centros de salud	Estadísticos	Médicos por mil habitantes	Enfermeras por mil habitantes
Área urbana	Mediana	0.66	0.41
Área rural	Mediana	0.81	1.17
Total estado	Mediana	0.66	0.61

FUENTE: Información proporcionada por el área recursos humanos del sector salud de Campeche

dicos, y la mayor proporción, en Dzitbalchen, con 1.3 médicos por mil habitantes. A pesar de que la proporción de médicos fue mayor para los centros de salud del área rural en comparación con los del área urbana, las diferencias no tuvieron significación estadística.

En relación con las enfermeras, la mayor asignación se observó en el centro de salud ubicado en la capital del estado: 3.77 enfermeras por mil habitantes, mientras que en el resto de los centros de salud del área urbana la mediana fue de 0.41 por mil habitantes, y para el área rural esta proporción fue de 1.17. A pesar de las diferencias en la asignación de enfermeras entre centros de salud urbanos y rurales, éstas no tuvieron relevancia estadística (cuadro V.1).

Se observa que de los 10 centros de salud analizados, 60% no cumple con el criterio internacional que recomienda un médico para mil habitantes.

Oaxaca

En este estado se incluyeron seis centros de salud: 66% urbanos y 34% rurales. En los centros de salud rurales se observó una gran variación en la asignación de médicos; en Sola de Vega había 0.16 médicos por cada mil habitantes, la asignación más baja de todos los centros de salud evaluados. La mediana de médicos por mil habi-

CUADRO V.2
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS
EN CENTROS DE SALUD DE OAXACA

Centros de salud	Estadísticos	Médicos por mil habitantes	Enfermeras por mil habitantes
Área urbana	Mediana	0.57	0.69
Área rural	Mediana	0.22	0.44
Total estado	Media	0.53	0.59
Diferencia urbano/rural	Mann-Whitney	0.56	0.60

FUENTE: Información proporcionada por el área recursos humanos del sector salud de Oaxaca.

tantes para los centros de salud rurales es de 0.22, significativamente menor que para los centros de salud urbanos, que es de 0.53.

Para el personal de enfermería, el patrón de asignación mantiene las mismas desigualdades que para el personal médico; la mediana en los centros de salud del área rural es significativamente menor a la encontrada en los centros de salud del área urbana (cuadro V.2).

De los centros de salud analizados en este estado, sólo uno (16%) tuvo la asignación de médicos recomendada internacionalmente. La distribución de enfermeras en las áreas rurales fue significativamente menor que la encontrada en los centros de salud urbanos, de manera similar a lo que ocurre con la distribución de los médicos, aunque el número de enfermeras es significativamente mayor que el de médicos en los centros de salud rurales.

Jalisco

En este estado se analizaron siete centros de salud, uno de ellos del área urbana (14%) y los restantes del área rural. El centro de salud con la menor asignación de médicos se encontró en el área rural del Mezquitic, con 0.18, y el centro de salud con la mayor asignación fue el

CUADRO V.3
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS
EN CENTROS DE SALUD DE JALISCO

Centros de salud	Estadísticos	Médicos por mil habitantes	Enfermeras por mil habitantes
Área urbana		0.34	0.51
Área rural	Mediana	0.66	0.66
Total del estado	Mediana	0.66	0.66

FUENTE: Información proporcionada por el área recursos humanos del sector salud de Jalisco

de Cárdenas, con 1.19 médicos por cada mil habitantes. La mediana de médicos para el estado fue de 0.66 por cada mil habitantes. Debido a que solamente se incluyó un centro de salud urbano, no pueden hacerse comparaciones entre centros de salud rurales y urbanos.

Con respecto a la distribución de las enfermeras, se observó una menor variación en la asignación. La mediana de enfermeras es de 0.66 por mil habitantes. Por la razón ya señalada, no se hicieron comparaciones entre centros de salud urbanos y rurales (cuadro V.3).

De los centros de salud analizados, sólo el de Cárdenas tiene una asignación de médicos de acuerdo con la recomendación internacional.

Chihuahua

En este estado se analizaron cuatro centros de salud, uno de ellos (25%) ubicado en el área rural y los restantes, en el área urbana. El centro de salud con menor asignación de médicos fue el de Rosario, con 0.39 médicos, y el que tuvo la mayor asignación, el de Villa Juárez, con 1.13 médicos por cada mil habitantes. La mediana de médicos para los centros de salud del área rural fue de 0.84; para el estado, de 0.83 médicos por cada mil habitantes. No se hacen comparaciones entre centros de salud urbanos y rurales debido a que se investigó un solo centro de salud urbano.

CUADRO V.4
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS
EN CENTROS DE SALUD DE CHIHUAHUA

Centros de salud	Estadísticos	Médicos por mil habitantes	Enfermeras por mil habitantes
Área urbana	Mediana	0.82	1.70
Área rural	Mediana	0.84	0.72
Total del estado	Mediana	0.83	0.72

FUENTE: Información proporcionada por la Secretaría de Salud del estado de Chihuahua

En cuanto al personal de enfermería, la proporción en los centros de salud urbanos fue elevada en comparación con la asignación de médicos; para el estado, la mediana de enfermeras fue de 0.72 por mil habitantes.

Ninguno de los centros de salud evaluados en este estado cumplió con la recomendación internacional de contar con un médico por mil habitantes.

Comparación en la distribución de médicos y enfermeras entre estados

Puede observarse que hay una gran variación en la asignación de médicos en los centros de salud de los estados evaluados. Los que mostraron la menor asignación de médicos pertenecen al estado de Oaxaca, con una mediana de 0.54 médicos por mil habitantes. En el polo opuesto, los que tienen la mejor asignación son los centros de salud de Chihuahua, con una mediana de 0.83 médicos por mil habitantes. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas (cuadro V.5).

La distribución del personal de enfermería tiene el mismo patrón que la de médicos; resulta claro que el estado con la menor asignación es Oaxaca, con una mediana de 0.59, mientras que Chihuahua es el estado con la mayor asignación, con una mediana de 1.2 enfermeras por cada mil habitantes. Al igual que lo sucedido

CUADRO V.5
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS
ENTRE ESTADOS

Estados	Estadísticos	Médicos por mil habitantes	Enfermeras por mil habitantes
Oaxaca	Mediana	0.54	0.59
Campeche	Mediana	0.66	0.61
Jalisco	Mediana	0.66	0.66
Chihuahua	Mediana	0.83	1.20
Total	Mediana	0.66	0.66
Diferencias entre estados	Prueba de la mediana	no significativas	no significativas

FUENTE: Información proporcionada por la Secretaría de Salud de cada estado.

para los médicos, las diferencias existentes en la asignación de enfermeras no resultaron ser estadísticamente significativas.

Las medianas de médicos y enfermeras por mil habitantes en estos centros de salud son iguales: 0.66. A partir de los centros de salud evaluados, se concluye que ninguno de los estados cumple con la recomendación de tener un médico por mil habitantes.

Comparación en la distribución de médicos y enfermeras entre centros de salud urbanos y rurales

Alrededor de la mitad (48%) de los centros de salud se localizaron en áreas rurales y el resto en zonas urbanas. La mediana de médicos por mil habitantes en los centros de salud ubicados en el área rural fue de 0.66, y para los centros de salud del área urbana fue de 0.57. En el caso de las enfermeras, las medianas fueron parecidas: 0.66 y 0.59 para centros urbanos y rurales, respectivamente. Las diferencias entre ambos tipos de centros de salud no son estadísticamente significativas.

Conclusiones sobre la asignación de recursos humanos

Se encontró una gran variación entre estados; Oaxaca es la entidad con la menor asignación de este tipo de personal, y son sus áreas rurales las que tienen significativamente menos médicos en comparación con las áreas urbanas, aunque cuentan con un mayor número de enfermeras (cuadro V.2). Por su parte, Campeche, aunque tiene una mejor asignación de recursos, muestra una gran heterogeneidad en su área urbana.

La asignación de enfermeras sigue por lo general el mismo patrón de la distribución de los médicos y, por lo tanto, reproduce las mismas grandes variaciones: Campeche tiene en su zona urbana desde centros de salud con 265 habitantes por enfermera, hasta otros con 5 292 habitantes por enfermera. Solamente la distribución de enfermeras para el estado de Oaxaca no muestra tanta variación como la encontrada para el personal médico, y la cantidad de este personal es significativamente mayor en su área urbana.

Es posible que debido a estas grandes variaciones en la asignación de personal al interior de cada estado y entre estados, así como a efectos de la selección de la muestra para Chihuahua y Jalisco, no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas en la asignación de médicos y enfermeras entre estados, ni entre zonas rurales y urbanas.

Productividad de médicos y enfermeras

Campeche

Puede observarse que el número de consultas diarias, así como el de consultas de planificación familiar y atención prenatal son ligeramente mayores en los centros de salud rurales en relación con los centros de salud urbanos. Sin embargo, estas diferencias no son significativas estadísticamente, por lo que la productividad entre los

centros de salud urbanos y rurales evaluados es similar (ver gráfica V.1).

Comparación entre productividad real y percibida

La mediana de consultas diarias para los centros de salud analizados es de 11, cifra que representa 60% de la can-

GRÁFICA V.1

**PRODUCTIVIDAD DE UNIDADES MÉDICAS EN
CENTROS DE SALUD DEL ESTADO DE CAMPECHE
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)**

Tipo de consultas		Consultas									
TOTAL CONSULTAS DIARIAS		0	2	4	6	8	10	12	14	16	
Área rural (mediana)	16										
Área urbana (media)	10.5										
CONSULTAS DIARIAS A MUJERES											
Área rural (mediana)	7.6										
Área urbana (media)	5.5										
CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	8.9										
Área urbana (media)	5.9										
CONSULTAS DE ATENCIÓN PRENATAL A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	4.9										
Área urbana (media)	2.7										
TOMA DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAU A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	2.4										
Área urbana (media)	2										
EXPLORACIONES DE MAMA A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	2.3										
Área urbana (media)	2.3										
CONSULTAS POR HABITANTE											
Área rural (mediana)	3										
Área urbana (media)	1.7										

Datos tomados de SISPA, 1999.

Comparación entre productividad real y percibida

La mediana de consultas diarias para los centros de salud analizados es de 11, cifra que representa 60% de la cantidad reportada por los médicos en las entrevistas. La mediana de consultas de planificación familiar a la semana es de seis, y para las consultas de atención prenatal es de 2.9. Esto representa 55% y 39%, respectivamente, de lo reportado por los médicos en las entrevistas. Solamente el número de consultas otorgadas a mujeres es 18% más de lo reportado por los médicos en las entrevistas. La cantidad de servicios producidos es mucho menor, en un rango que va de 39 a 60% de la cantidad reportada por médicos y enfermeras en las entrevistas.

Oaxaca

La productividad entre los centros de salud del área urbana y los ubicados en el área rural en el estado de Oaxaca fue similar para el 75% de los indicadores; solamente para el porcentaje de consultas otorgadas a mujeres y para las consultas por habitante las diferencias fueron estadísticamente significativas. El porcentaje de consultas a mujeres fue mayor en los centros de salud ubicados en las áreas rurales en comparación con los localizados en el área urbana; y a la inversa, la mediana de consultas por habitante fue significativamente mayor en los centros de salud del área urbana en relación con los del área rural (gráfica V.2).

Comparación entre productividad real y percibida

El total diario de consultas, así como las consultas a mujeres, las consultas de planificación familiar, la toma de Papanicolau y la exploración mamaria son actividades que el personal de salud de estos centros de salud refieren que realizan en mayor cantidad de la que en realidad hacen. Así, la productividad real es menor que la reportada por el personal entrevistado en porcentajes que van de 16 a 48%.

GRÁFICA V.2
PRODUCTIVIDAD DE UNIDADES MÉDICAS
EN CENTROS DE SALUD DEL ESTADO DE OAXACA
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)

Tipo de consultas		Consultas								
TOTAL DE CONSULTAS DIARIAS		0	2	4	6	8	10	12	14	
Área rural (mediana)	10.7									
Área urbana (mediana)	13.4									
CONSULTAS DIARIAS A MUJERES										
Área rural (mediana)	5.8									
Área urbana (mediana)	6									
CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA SEMANA										
Área rural (mediana)	5									
Área urbana (mediana)	4									
CONSULTAS DE ATENCIÓN PRENATAL A LA SEMANA										
Área rural (mediana)	4.5									
Área urbana (mediana)	3									
TOMA DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAU A LA SEMANA										
Área rural (mediana)	1									
Área urbana (mediana)	0.54									
EXPLORACIONES DE MAMA A LA SEMANA										
Área rural (mediana)	1.3									
Área urbana (mediana)	1.5									
CONSULTAS POR HABITANTE										
Área rural (mediana)	0.6									
Área urbana (mediana)	1.8									

Datos tomados de SISPA, 1999.

Jalisco

Puede observarse que para todas estas actividades las medianas de los centros de salud urbanos son más altas que las de los centros de salud rurales; sin embargo, nin-

guna de estas diferencias es significativa estadísticamente. No puede descartarse el efecto de la muestra; hay que señalar que en Jalisco sólo se incluyó un centro de salud urbano (gráfica V.3).

GRÁFICA V.3
PRODUCTIVIDAD DE UNIDADES MÉDICAS
EN CENTROS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)

Tipo de consultas		Consultas									
TOTAL CONSULTAS DIARIAS		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Área rural (mediana)	6.7										
Área urbana (media)	8.8										
CONSULTAS DIARIAS A MUJERES											
Área rural (mediana)	2.5										
Área urbana (media)	4.7										
CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	1										
Área urbana (media)	2.8										
CONSULTAS DE ATENCIÓN PRENATAL A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	1.7										
Área urbana (media)	3.7										
TOMA DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAU A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	0.44										
Área urbana (media)	1.3										
EXPLORACIONES DE MAMA A LA SEMANA											
Área rural (mediana)	0.42										
Área urbana (media)	1.2										
CONSULTAS POR HABITANTE											
Área rural (mediana)	1										
Área urbana (media)	0.67										

Datos tomados de SISPA, 1999.

Comparación entre productividad real y percibida

Las consultas diarias constituyen sólo 17% de las reportadas, las consultas de planificación familiar representan 13%, la toma de Papanicolau y la exploración de mama corresponden a 19% y 4.6%, respectivamente.

Solamente las consultas de atención prenatal son más altas que las reportadas por médicos y enfermeras en la entrevista. La cantidad de servicios producidos representa de 4.6 a 19% menos de lo reportado por médicos y enfermeras. Hay una discrepancia mayor entre lo real y percibido en relación con lo encontrado en otros estados.

Chihuahua

Puede observarse que si bien la productividad de los centros de salud urbanos es mayor que la encontrada en los centros de salud rurales, las diferencias no son estadísticamente significativas. Esto se puede deber al hecho de que sólo se incluyó un centro de salud rural, así como a las grandes variaciones entre diferentes tipos de centros de salud.

Aunque la media de consultas por habitante es menor en los centros de salud rurales en comparación con los urbanos, esta diferencia tampoco es estadísticamente significativa. Por lo tanto, la cantidad de servicios producidos entre centros de salud urbanos y rurales es similar (gráfica V.4).

Comparación entre productividad real y percibida

La cantidad de consultas diarias que se otorgan es 87% de la que el personal médico percibe que hace. Las consultas a mujeres constituyen 61% de lo reportado por médicos y enfermeras entrevistados. Las consultas de planificación familiar y de atención prenatal representan 21% y 30%, respectivamente, de lo que se reporta en las encuestas. La toma semanal de muestras para examen de Papanicolau representa 55% y la exploración de mama, 30% de lo re-

GRÁFICA V.4
PRODUCTIVIDAD DE UNIDADES MÉDICAS
EN CENTROS DE SALUD DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)

Tipo de consultas		Consultas									
TOTAL CONSULTAS DIARIAS		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Área rural (media)	4.1										
Área urbana (mediana)	8.6										
CONSULTAS DIARIAS A MUJERES											
Área rural (media)	1.7										
Área urbana (mediana)	3.6										
CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA SEMANA											
Área rural (media)	1.9										
Área urbana (mediana)	6.2										
CONSULTAS DE ATENCIÓN PRENATAL A LA SEMANA											
Área rural (media)	0.4										
Área urbana (mediana)	1.2										
TOMA DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAU A LA SEMANA											
Área rural (media)	1.5										
Área urbana (mediana)	2.9										
EXPLORACIONES DE MAMA A LA SEMANA											
Área rural (media)	0.88										
Área urbana (mediana)	1.7										
CONSULTAS POR HABITANTE											
Área rural (media)	0.35										
Área urbana (mediana)	1.66										

Datos tomados de SISPA, 1999.

portado en las encuestas. Aunque la cantidad de servicios producidos es menor que la reportada en las entrevistas, esta variación no es tan grande como la encontrada en los otros estados.

Comparación de la productividad entre estados

La mediana de consultas diarias en los centros de salud evaluados es de 10; en Campeche se observa la mediana más alta (12.2), y en Jalisco el valor más bajo (7). Las diferencias entre los estados para este es indicador son significativas estadísticamente (gráfica V.5).

GRÁFICA V.5
COMPARACIÓN DE PRODUCTIVIDAD ENTRE ESTADOS
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)

Tipo de consultas	Mediana	Consultas
TOTAL CONSULTAS DIARIAS		0 2 4 6 8 10 12 14
Oaxaca	12.2	
Campeche	12	
Jalisco	7	
Chihuahua	8.5	
Total	9.9	
Diferencia estadística Kruskal-Wallis	0.04	
CONSULTAS DIARIAS A MUJERES		
Oaxaca	6	
Campeche	5.4	
Jalisco	2.6	
Chihuahua	3.6	
Total	5	
Diferencia estadística Kruskal-Wallis	0.35	
CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR A LA SEMANA		
Oaxaca	3.9	
Campeche	6.2	
Jalisco	1.3	
Chihuahua	4.3	
Total	4.1	
Diferencia estadística Kruskal-Wallis	0.004	

continúa

continuación **GRÁFICA V.5**
COMPARACIÓN DE PRODUCTIVIDAD ENTRE ESTADOS
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)

Tipo de consultas	Mediana	Consultas							
ATENCIÓN PRENATAL A LA SEMANA		0	2	4	6	8	10	12	14
Oaxaca	3.6								
Campeche	2.9								
Jalisco	2								
Chihuahua	1								
Total	2.9								
Diferencia estadística Kruskal-Wallis	0.46								
TOMA DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAU A LA SEMANA									
Oaxaca	1.4								
Campeche	2								
Jalisco	0.52								
Chihuahua	2.2								
Total	1.5								
Diferencia estadística Kruskal-Wallis	0.016								
EXPLORACIONES DE MAMA A LA SEMANA									
Oaxaca	1.3								
Campeche	2.6								
Jalisco	0.46								
Chihuahua	1.3								
Total	1.5								
Diferencia estadística Kruskal-Wallis	0.06								
CONSULTAS POR HABITANTE									
Oaxaca	1.8								
Campeche	2.3								
Jalisco	0.93								
Chihuahua	0.67								
Total	1.3								
Diferencia estadística Kruskal-Wallis	0.03								

Datos tomados de SISPA, 1999.

La cantidad de consultas para planificación familiar también es estadísticamente significativa entre los centros de salud evaluados. La productividad más alta para este indicador se encuentra en los centros de salud evaluados del estado de Campeche; de nuevo, Jalisco reportó la productividad más baja para este indicador.

Las consultas prenatales, la toma de Papanicolau, los exámenes de mama y la mediana de consultas por habitante son mayores en los centros de salud evaluados para Campeche, y los valores más bajos se encuentran en los centros de salud incluidos para Jalisco.

Puede observarse que los centros de salud ubicados en Jalisco reportaron la productividad más baja en 75% de los indicadores. Por el contrario, los centros de salud de los estados de Oaxaca y Campeche reportaron la productividad más alta para los mismos indicadores.

Comparación de la productividad entre centros de salud urbanos y rurales

Existe un patrón de mayor productividad para los centros de salud urbanos; sin embargo, sólo para tres de estos indicadores las diferencias son estadísticamente significativas. Así, las consultas de planificación familiar, la toma de muestras para Papanicolau y las consultas por habitantes son significativamente menores en los centros de salud rurales en comparación con los centros de salud urbanos.

Las diferencias se encontraron para la toma de muestras para Papanicolau y las consultas de planificación familiar, cuyas medianas son significativamente menores en los centros de salud rurales en comparación con los urbanos, lo que indica que hay un patrón de menor productividad para estos programas en los centros de salud rurales (gráfica V.6).

Conclusiones sobre la productividad de médicos y enfermeras

La productividad entre los de salud urbanos y rurales es prácticamente similar, a excepción de dos indicadores: la toma de Papanicolau, que es significativamente menor (Mann-Whitney $p = .043$) en los centros de salud rurales en comparación con los urbanos, y las consultas de planificación familiar, que aunque reportan diferencias marginalmente significativas (Mann-Whitney $p = .07$), señalan

GRÁFICA V. 6
COMPARACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD
ENTRE CENTROS DE SALUD URBANOS Y RURALES
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)

Tipo de consultas	Mediana	Consultas
TOTAL CONSULTAS DIARIAS		0 2 4 6 8 10 12
Área rural	8.3	
Área urbana	10	
Total (mediana)	11.4	
Diferencia urbano/rural Mann-Whitney	0.19	
CONSULTAS DIARIAS A MUJERES		
Área rural	5.4	
Área urbana	5.2	
Total (mediana)	5.7	
Diferencia urbano/rural Mann-Whitney	0.452	
CONSULTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA SEMANA		
Área rural	1.9	
Área urbana	5	
Total (mediana)	4.7	
Diferencia urbano/rural Mann-Whitney	0.07	

continúa

un patrón de menor productividad para esta actividad en los centros de salud rurales.

continuación **GRÁFICA V. 6**

**COMPARACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD
ENTRE CENTROS DE SALUD URBANOS Y RURALES
(AJUSTADA POR NÚMERO DE MÉDICOS)**

Tipo de consultas	Mediana	Consultas						
		0	2	4	6	8	10	12
CONSULTAS DE ATENCIÓN PRENATAL A LA SEMANA								
Área rural	2.9							
Área urbana	2.8							
Total (mediana)	2.9							
Diferencia urbano/rural Mann-Whitney	0.452							
TOMA DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAU A LA SEMANA								
Área rural	0.94							
Área urbana	1.7							
Total (mediana)	1.6							
Diferencia urbano/rural Mann-Whitney	0.04							
EXPLORACIONES DE MAMA A LA SEMANA								
Área rural	1.1							
Área urbana	1.7							
Total (mediana)	1.6							
Diferencia urbano/rural Mann-Whitney	0.057							
CONSULTAS POR HABITANTE								
Área rural	0.94							
Área urbana	1.7							
Total (mediana)	1.3							
Diferencia urbano/rural Mann-Whitney	0.402							

Datos tomados de SISPA, 1999.

Entre los indicadores, 75% reportó diferencias estadísticamente significativas. Así, para el total de consultas diarias, las destinadas a mujeres y la atención prenatal, Campeche reportó la productividad más alta, seguido de Oaxaca, que tuvo los valores más elevados para consultas de planificación familiar, toma de muestras para el examen de Papanicolau, exploración de mamas y cantidad de consultas por habitante. Contrariamente, Jalisco fue el que reportó significativamente la menor productividad para estos mismos indicadores (gráficas V.5 y V.6).

Llama la atención que Jalisco y Chihuahua, los estados con la mayor cantidad de recursos humanos asignados, son los que reportan la más baja proporción de consultas por habitante. Este indicador aporta elementos para concluir que la dotación de recursos no es factor suficiente para aumentar la cobertura de los centros de salud. Una variable importante y que debe ser considerada, es la productividad de estos recursos.

Los programas de detección de cáncer cérvico-uterino y mamario son los que muestran menor productividad en todos los centros de salud analizados; sin embargo, esta productividad es aún más baja para los centros de salud rurales. El programa de planificación familiar tiene una productividad menor en los centros de salud rurales, al igual que para los programas de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario.

ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD¹

La presente sección expone los resultados más relevantes de la encuesta aplicada a 219 prestadores de servicios de salud en las cuatro entidades federativas. Se incluyó al total de prestadores de servicios de salud que participan en los programas dirigidos a la mujer en los centros

1 Toda la información contenida en los cuadros y gráficas que aparecen en esta sección fue obtenida de la encuesta al personal que participaba en los programas de salud reproductiva en los centros de salud seleccionados.

de salud seleccionados en los cuatro estados. Las gráficas y cuadros que se presentan a continuación muestran la distribución de porcentajes en categorías para el total de los estados como un parámetro de referencia general. Además se señala dicha distribución en cada estado a fin de identificar las diferencias entre ellos.

Características generales

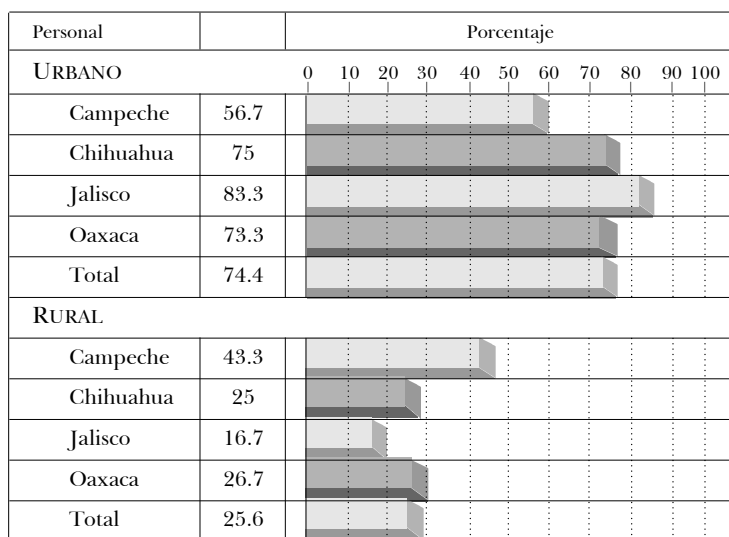
Se analizaron tres variables: ubicación urbano-rural, sexo y categoría ocupacional para caracterizar al grupo de prestadores entrevistado. El 75% de prestadores está en centros de salud en áreas urbanas. Esta distribución es similar para Oaxaca y Chihuahua, mientras que el porcentaje de personal de centros urbanos alcanza 83.3% en Jalisco y tiene su valor más bajo en Campeche (56.7%).

En relación con la distribución por sexo, se aprecia una amplia participación del personal femenino en los programas de salud dirigidos a la mujer: 72.1%. En Oaxaca y Chihuahua los valores se encontraron por arriba de este porcentaje, mientras que en Jalisco y Campeche estuvieron por debajo. La mayoría de personal fue de nivel técnico (52.2%). El porcentaje más alto de personal técnico estuvo en Chihuahua (66.7%) (gráfica V.7).

Cambios producidos por la descentralización

Si se analiza la opinión de los proveedores acerca de los cambios que ha generado la descentralización en la forma como se proveen servicios de salud dirigidos a la mujer, se observa que existen marcadas diferencias por estado. Menos de 50% del total consideró que a partir de la descentralización se generaron cambios en los servicios. En Oaxaca, el porcentaje del personal que opinó que han existido cambios fue de sólo 36.2%, mientras que en Campeche fue de 56%. Es interesante observar que el porcentaje más alto no corresponde al personal del estado de Jalisco, en donde la descentralización se inició en etapas tempranas.

GRÁFICA V.7
CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



continúa

Problemas identificados en los servicios descentralizados

Cuatro aspectos fueron considerados en este apartado: a) abasto de medicamentos, b) condiciones del equipo, c) adecuación de espacios y d) disponibilidad de instrumental. A juzgar por los datos obtenidos, la escasez de medicamentos es el principal problema que enfrentan las unidades de salud: 67.6% del personal opinó que éste es un problema importante, mientras que 45.2% consideró lo mismo en relación con la falta de espacios adecuados y la disponibilidad de instrumental. Respecto al problema de los medicamentos, es importante resaltar las diferencias por estado, siendo Oaxaca el que registró el porcentaje más alto (93.3%) y Jalisco el que tuvo el más bajo (69.4%). Para el caso de condiciones del equipo y espacios adecuados, Oaxaca mostró el porcentaje más alto de personal que opinó que estos aspectos son problemas

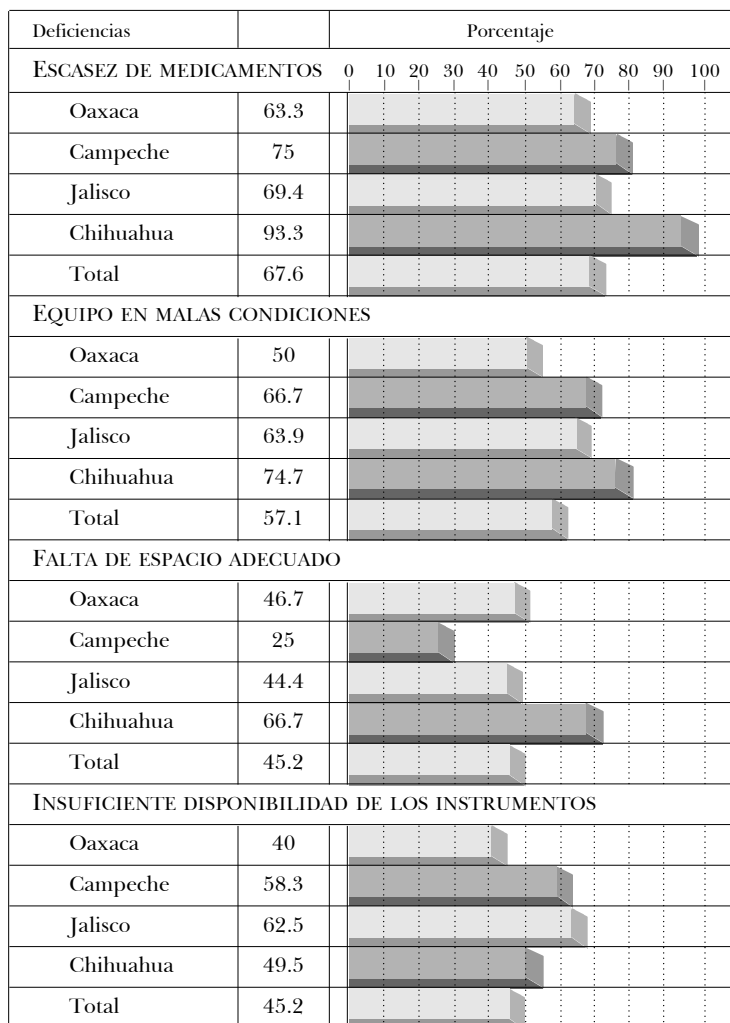
continuación **GRÁFICA V.7****CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL ENTREVISTADO**

Personal		Porcentaje										
MASCULINO		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Campeche	36.7											
Chihuahua	8.3											
Jalisco	34.7											
Oaxaca	22.9											
Total	27.9											
FEMENINO												
Campeche	63.3											
Chihuahua	91.7											
Jalisco	65.3											
Oaxaca	77.1											
Total	72.1											
MÉDICOS												
Campeche	36.7											
Chihuahua	33.3											
Jalisco	44.5											
Oaxaca	41.9											
Total	47.4											
OTROS												
Campeche	63.3											
Chihuahua	66.7											
Jalisco	55.5											
Oaxaca	58.1											
Total	52.6											

FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

importantes en la provisión de servicios. Jalisco, por su parte, tuvo el porcentaje más alto de casos en relación con la disponibilidad del instrumental (gráfica V.8).

GRÁFICA V.8
OPINIÓN DEL PERSONAL SOBRE LA IMPORTANCIA
DE LAS DEFICIENCIAS EN CUATRO ASPECTOS
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS



FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

Desperdicio de recursos

Se solicitó también la opinión del personal de salud en relación con la existencia de desperdicio de recursos, según cada programa de atención. En ningún caso el porcentaje de personal que opinó consideró que existía desperdicio de recursos llegó al 10%. El porcentaje más alto para el total del personal fue para el programa de planificación familiar, con 5.9%. Sobre el mismo programa, en Jalisco el 8.3% y en Oaxaca el 8% del personal señaló la existencia de desperdicio.

Disponibilidad de personal de salud

En contraste con el apartado anterior, más de 60% de los entrevistados opinó que existe suficiente personal en cada uno de los programas. Sin embargo, hay diferencias entre estados: fue menor el porcentaje de los entrevistados del estado de Campeche que mencionó que el personal por programas es suficiente; en el caso de planificación familiar, por ejemplo, mientras que 70.8% de los encuestados en Jalisco consideró que existía suficiente personal, en Campeche sólo 40% opinó lo mismo. En el caso del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, de nuevo ambos estados representaron los puntos extremos (gráfica V.10).

Relación entre la formación escolar y las actividades que desempeñan

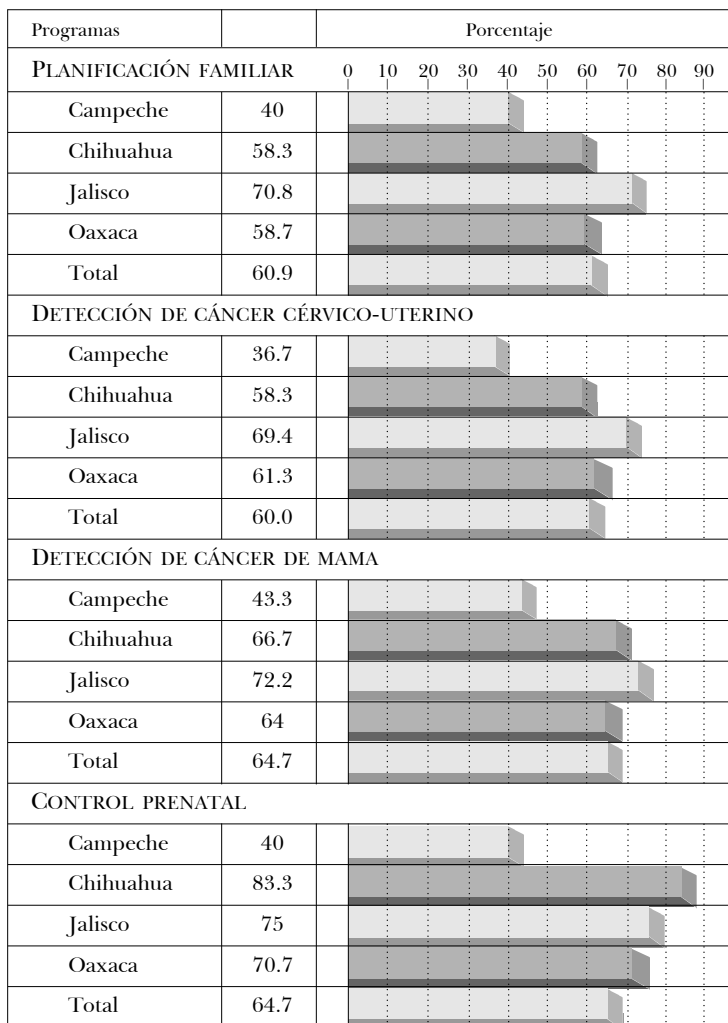
Se consideró la adecuación entre la formación escolar y las actividades realizadas en cuatro tipos de labor: administrativas, organizativas, clínicas y técnicas. En los primeros dos tipos de funciones, el porcentaje total del personal que encontró consistencia entre su formación y sus funciones fue de 34.2% para el primero y 42.2% para el segundo. La consistencia en el tercer y cuarto tipos fue más alta, con 77% y 56.1%, respectivamente. Las activi-

GRÁFICA V.9
PERSONAL QUE OPINA QUE EXISTE DESPERDICIO
DE RECURSOS EN LOS PROGRAMAS

Programas		Porcentaje									
PLANIFICACIÓN FAMILIAR		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Campeche	3.3										
Chihuahua	0										
Jalisco	8.3										
Oaxaca	8										
Total	5.9										
DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO											
Campeche	6.7										
Chihuahua	0										
Jalisco	5.6										
Oaxaca	4										
Total	4.1										
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA											
Campeche	3.3										
Chihuahua	0										
Jalisco	5.6										
Oaxaca	4										
Total	3.7										
CONTROL PRENATAL											
Campeche	0										
Chihuahua	0										
Jalisco	2.8										
Oaxaca	6.7										
Total	3.2										

FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

GRÁFICA V.10
PERSONAL QUE OPINA QUE EXISTEN SUFICIENTES
RECURSOS HUMANOS EN LOS PROGRAMAS



FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

dades administrativas y organizacionales son aquellas en las que el personal encontró menos afinidad con su formación. En Oaxaca sólo 26.7% encontró afinidad con las primeras y 22.7% con las segundas (gráfica V.11).

Necesidades de actualización

En general, una importante proporción del personal entrevistado (79.6%) refirió la necesidad de actualizar sus conocimientos. Sin embargo, el porcentaje entre los estados varía ampliamente. Así, mientras que en Campeche sólo 13% del personal declaró tener necesidades de actualización, en Oaxaca este porcentaje se elevó a 89.3% (cuadro V.6).

CUADRO V.6
PERSONAL QUE DECLARÓ
REQUERIR
ACTUALIZACIÓN
PARA DESEMPEÑAR
SUS FUNCIONES
EN FORMA APROPIADA

Entidad	Porcentaje
Campeche	13.3
Chihuahua	75.0
Jalisco	68.1
Oaxaca	89.3
Todos	79.6

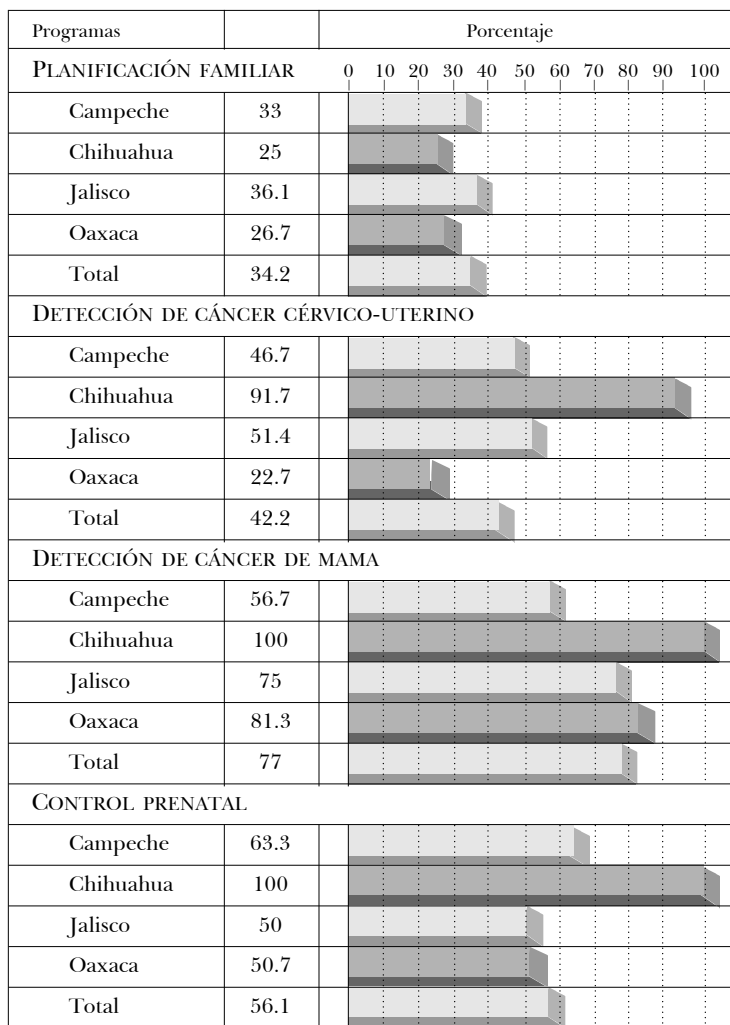
FUENTE: Elaborado a partir de encuestas propias.

Efectos de la descentralización en la calidad de los servicios

Se indagó también acerca de la opinión de los prestadores en relación con los efectos de la descentralización sobre la calidad con la que se otorgan los servicios en cada uno de los programas: a) planificación familiar, b) detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, c) detección oportuna de cáncer de mama, y d) atención prenatal.

Con respecto al primer programa, 39.5% del personal identificó una mejoría en la calidad de los servicios. El porcentaje más bajo de personal se ubicó en Oaxaca (30.7%) y el más alto, en Campeche (46.7%). Para el resto de los programas el porcentaje total fue más elevado, pero ninguno por encima de 50%. En todos los casos, la menor proporción de personal que observó mejoría en

GRÁFICA V.11
PERSONAL QUE SEÑALA LA
EXISTENCIA DE ADECUACIÓN ENTRE SU FORMACIÓN
Y LAS ACTIVIDADES QUE LLEVA A CABO



FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

la calidad se ubicó en Oaxaca, y la mayor varió entre Jalisco y Chihuahua (gráfica V.12).

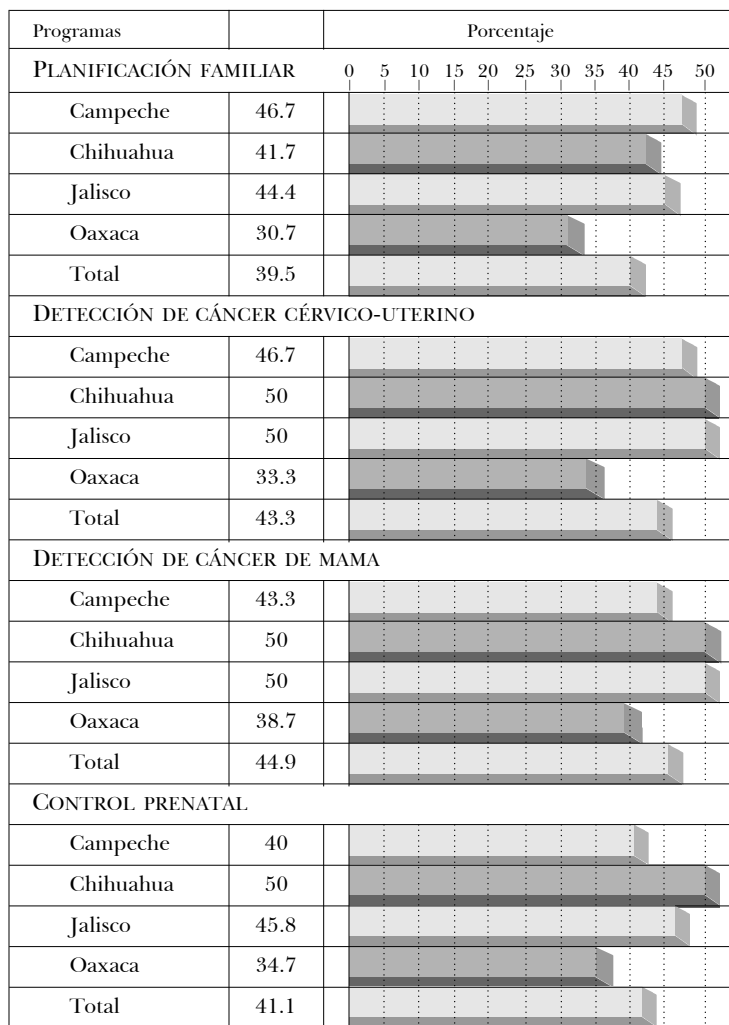
*Efecto de la descentralización
en la disponibilidad de recursos*

Se averiguó también la opinión de los proveedores en relación con el efecto de la descentralización en la suficiencia de recursos para los programas de atención dirigidos a la mujer. El porcentaje global más bajo (36.3%) que opinó que a partir de la descentralización existe suficiencia de recursos se ubicó en el programa de planificación familiar. En el resto de los programas aumentó el porcentaje del personal que consideró que había suficiencia de recursos, pero en ninguno de los programas llegó a 50% de los casos. Oaxaca tuvo el porcentaje más bajo del personal que opinó que existían recursos suficientes en los programas. Esta tendencia contrasta con la de Jalisco, que aparece siempre con el porcentaje más alto, excepto en el programa de detección de cáncer de mama, donde la entidad es desplazada por Campeche (gráfica V.13).

*Efecto de la descentralización
en la capacidad de programar metas acordes
con el volumen de población potencialmente atendida*

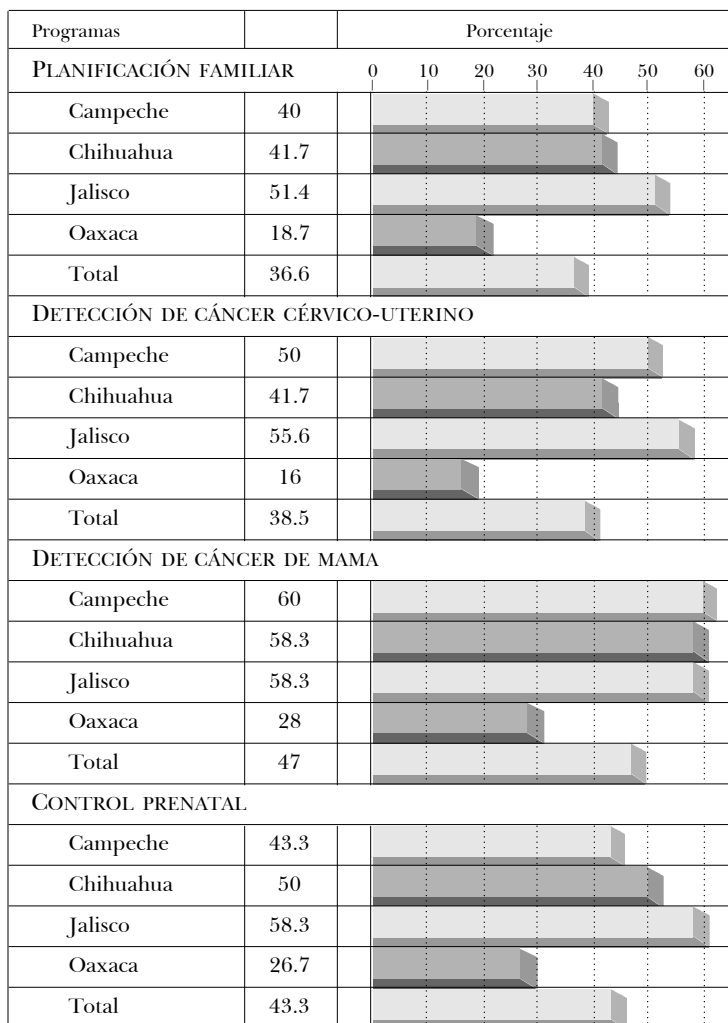
En todos los programas el porcentaje global que opinó que a partir de la descentralización existe una mayor adecuación entre las metas y el volumen de población se ubicó entre 45% y 50%. Oaxaca aparece en todos los casos con el porcentaje más bajo de personal que opinó que existía un mejor ajuste. Este porcentaje osciló entre 36 y 37%. En tanto, Jalisco aparece en todos los casos con el porcentaje más alto, entre 54 y casi 57% (gráfica V.14).

GRÁFICA V.12
PERSONAL QUE OPINA QUE LA DESCENTRALIZACIÓN
PERMITIÓ MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS



FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

GRÁFICA V.13
PERSONAL QUE OPINA QUE A PARTIR DE LA
DESCENTRALIZACIÓN EXISTEN RECURSOS SUFICIENTES
EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS



FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

GRÁFICA V.14

PERSONAL QUE OPINA QUE A PARTIR DE LA DESCENTRALIZACIÓN HAY UNA MAYOR ADECUACIÓN ENTRE LAS METAS PROGRAMADAS Y EL VOLUMEN DE POBLACIÓN QUE DEBE CUBRIR CADA PROGRAMA

Programas		Porcentaje						
PLANIFICACIÓN FAMILIAR		0	10	20	30	40	50	60
Campeche	46.7							
Chihuahua	50							
Jalisco	56.9							
Oaxaca	37.3							
Total	47.5							
DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO								
Campeche	50							
Chihuahua	41.7							
Jalisco	54.2							
Oaxaca	36							
Total	45.9							
DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA								
Campeche	46.7							
Chihuahua	41.7							
Jalisco	54.2							
Oaxaca	36							
Total	45.4							
CONTROL PRENATAL								
Campeche	46.7							
Chihuahua	33.3							
Jalisco	55.6							
Oaxaca	36.5							
Total	45.4							

FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

Percepción de los proveedores de servicios sobre la satisfacción de las usuarias

En todos los casos, el porcentaje de satisfacción global identificado por el personal se encontró por arriba de 75%. Planificación familiar presentó el porcentaje global más bajo. Para este programa, un mayor porcentaje (66.7%) del personal de Campeche refirió que sus usuarias no estaban satisfechas. En el caso del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, el grado de satisfacción global fue el más alto de todos, con 87.4%. Sin embargo, dentro de este programa sólo 58.7% del personal en Oaxaca consideró que la población usuaria estaba satisfecha. Campeche presentó los porcentajes más bajos en los programas de detección oportuna de cáncer de mama y atención prenatal (gráfica V.15).

Identificación de mujeres insatisfechas con los servicios de salud

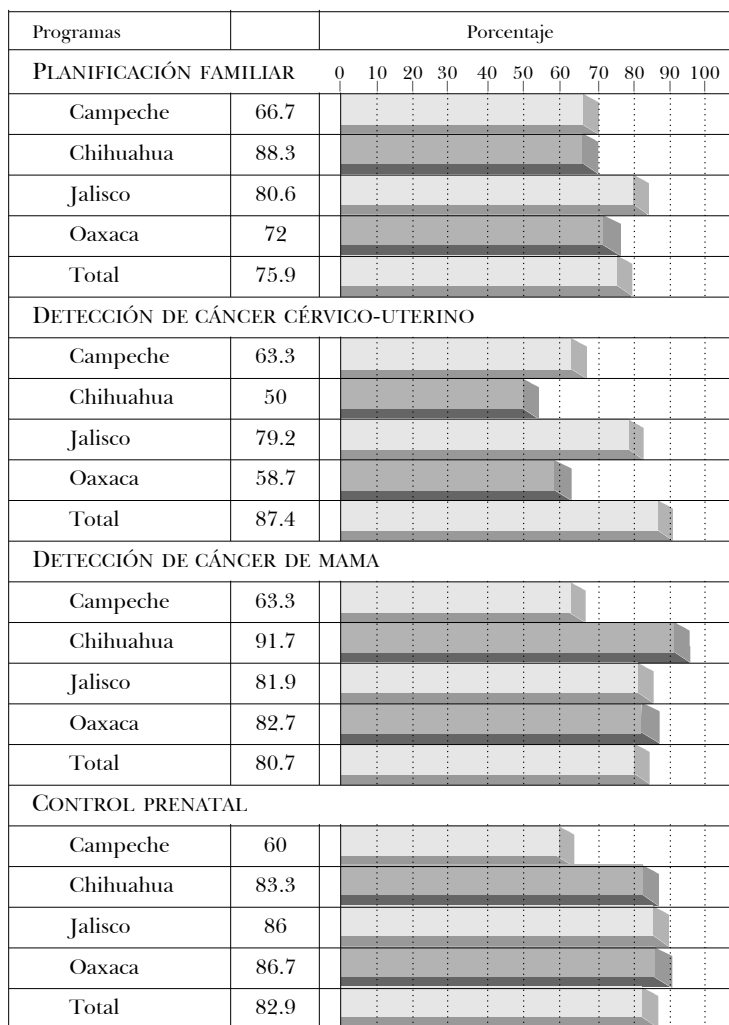
A pesar de que una gran proporción del personal consideró que existía satisfacción entre las mujeres usuarias de los programas, porcentajes nada despreciables de proveedores de salud consideraron que existía insatisfacción entre las mujeres usuarias del conjunto de programas. El porcentaje global para el total de estados fue 36.4%, que va de 32% para Oaxaca a 41.7% para Chihuahua (cuadro V.7).

CUADRO V.7
PERSONAL QUE CONOCE
CASOS DE MUJERES
INSATISFECHAS CON LOS
PROGRAMAS

Estado	Porcentaje
Campeche	40.0
Chihuahua	41.7
Jalisco	37.5
Oaxaca	32.0
Todos	36.4

FUENTE: Elaborado a partir de encuestas propias.

GRÁFICA V.15
PERSONAL QUE OPINA QUE LA POBLACIÓN USUARIA
SE SIENTE SATIFECHA CON LOS PROGRAMAS



FUENTE: Elaborada a partir de encuestas propias.

Análisis bivariado

Este apartado presenta un conjunto de tablas donde se agrupa al total de entrevistados para establecer diferencias en cuanto a la forma en la que perciben la operación de los servicios otorgados por los programas de salud reproductiva, en función de un grupo de variables seleccionadas, diferenciando por zona geográfica, sexo y tipo de formación del proveedor. Aquí se hace referencia específica a los estados de Oaxaca y Jalisco, ya que fue en éstos donde se concentró la mayor proporción de prestadores.

En el cuadro V.8 se observa que en las áreas rurales un mayor porcentaje del personal percibe cambios en la forma en la que se otorgan servicios de salud en los programas dirigidos a la mujer a partir de la descentralización. Se destaca, además, que en las áreas urbanas un porcentaje más alto de personal declaró que no sabía o no tenía una opinión al respecto. Lo anterior puede ser atribuible al hecho de que existe una rotación importante de personal en estas unidades, producto de la llegada y partida de pasantes en servicio social de carreras como medicina. Ninguna de las diferencias señaladas es estadísticamente significativa.

Se ha mencionado ya que un alto porcentaje de personal considera que faltan medicamentos en las unidades de atención; este desabasto es percibido en unidades de atención tanto urbanas como rurales. A pesar de las diferencias que se encontraron con respecto a la percepción que tienen los entrevistados del estado de Oaxaca sobre la congruencia entre la formación del personal y las funciones administrativas que realiza en las unidades de atención, tales diferencias no resultaron ser significativas. Una posible explicación de esto es la existencia de más tareas administrativas para el personal de áreas rurales debido a la multiplicidad de funciones que tiene que cumplir el personal asignado en las unidades; sin embargo, en el caso de Jalisco las diferencias fueron muy significativas, ya que 72% del personal de centros urba-

nos señaló que existe desajuste entre su formación y las tareas administrativas que realiza (cuadro V.8).

Con respecto a la actualización de conocimientos, un alto porcentaje de personal (80%) señaló que la requiere; existen diferencias, aunque no significativas, entre zonas rurales y urbanas.

El cuadro V.8 muestra que no existen diferencias por área geográfica en relación con la percepción de mejora de la calidad en el programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a partir de la descentraliza-

CUADRO V.8

PERCEPCIÓN DE LOS PROVEEDORES SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS A PARTIR DE LA DESCENTRALIZACIÓN, SEGÚN EL TIPO DE LOCALIDAD

% Urbano			% Rural		
Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe
Cambios en los servicios de salud a partir de la descentralización					
38.7	38.7	22.7	55.4	25	19.6
Falta de medicamentos en los servicios					
78.4	21.6		81	19	
Congruencia entre el entrenamiento recibido y las funciones administrativas desempeñadas					
31	68.7		41.5	58.5	
Necesidades de actualización					
76	24		88.7	11.3	
Mejoría en la calidad del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a partir de la descentralización					
44	56		41.5	58.5	
Adecuación entre metas y población a cubrir en el programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a partir de la descentralización					
47.8	52.2		41.5	58.5	
Satisfacción de las usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a partir de la descentralización					
62.7	37.3		79.2	20.8	

FUENTE: Elaborado a partir de encuestas propias.

ción. En promedio, el porcentaje del personal que no percibe mejoría es de 57%. Tampoco existen diferencias significativas en la percepción sobre una mayor adecuación entre las metas y el volumen de población a atender en dicho programa. El porcentaje del personal que no percibe un mejor ajuste es 54%.

En cuanto a la percepción que tienen los proveedores sobre la satisfacción de las usuarias, se encuentran diferencias significativas pero contrarias a lo esperado, ya que un porcentaje más alto del personal de áreas rurales percibe que las mujeres están satisfechas con el programa de detección de cáncer cérvico-uterino. Esto coincide con el alto grado de satisfacción que señalan tener las usuarias entrevistadas de áreas rurales, lo cual puede estar vinculado a la existencia de una expectativa muy baja en relación con la calidad de los servicios que reciben. En Oaxaca las diferencias son significativas en el mismo sentido, es decir, un mayor porcentaje de prestadores de servicios en áreas rurales opina que las usuarias están satisfechas con el programa. La tendencia es igual en Jalisco, pero las diferencias no son significativas.

Percepción del personal en relación con diversos aspectos de la atención otorgada en los programas de salud reproductiva, según el sexo del proveedor

El grupo de proveedores hombres (74%) percibió una mayor satisfacción en el programa de detección de cáncer cérvico-uterino en relación con las proveedoras (65%), aunque las diferencias no son significativas. Con respecto a la identificación de casos de mujeres insatisfechas con los programas de salud reproductiva, hubo una diferencia significativa entre ambos grupos de proveedores. Así, 40% de proveedoras afirmó conocer casos de mujeres no satisfechas, mientras que sólo 26% de los proveedores aceptó conocer casos en esa situación. Esta diferencia es aún más clara en Oaxaca, donde sólo 6% de los proveedores señaló conocer mujeres insatisfechas

con los servicios, contra 40% de las proveedoras. En Jalisco, por el contrario, no se registraron diferencias de opinión entre los proveedores de acuerdo con su sexo (cuadro V.9).

Percepción del personal en relación con diversos aspectos de la atención otorgada en los programas de salud reproductiva, según la formación académica del proveedor

Se observaron diferencias no significativas en relación con la percepción de los cambios producidos por la descentralización en la prestación de servicios de salud reproductiva; 21% de los médicos no identificaron cambios en comparación con 41% del personal no médico. En lo que se refiere a la congruencia entre la formación escolar y las tareas administrativas que realiza el personal, 69% de los médicos refirió incongruencias; un porcentaje similar de los no médicos (63%) opinó lo mismo. Esto indica que dicho problema es común para todo el personal, independientemente de su formación. Finalmente, en cuanto a la percepción que tienen los provee-

CUADRO V.9

PERCEPCIÓN DE LOS PROVEEDORES SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS A PARTIR DE LA DESCENTRALIZACIÓN, POR SEXO

% Masculino			% Femenino	
Sí	No		Sí	No
Hay satisfacción de las usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a partir de la descentralización				
74	26		65	35
Existen mujeres insatisfechas con los programas de salud reproductiva que ofrece la unidad				
26	74		41	59

FUENTE: Elaborado a partir de encuestas propias.

CUADRO V.10
PERCEPCIÓN DE LOS PROVEEDORES SOBRE ASPECTOS
RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS A PARTIR DE LA
DESCENTRALIZACIÓN, POR TIPO DE FORMACIÓN

% Médico			% No médico		
Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe
Cambios en los servicios a partir de la descentralización					
51	27.6	21.4	36.4	41.3	22.3
Congruencia entre la formación del proveedor y las tareas administrativas que realiza					
30.6	69.4		37.3	62.7	
Insatisfacción de las mujeres con los programas de salud reproductiva que ofrece la unidad					
28.2	71.8		43	57	

FUENTE: Elaborado a partir de encuestas propias.

dores sobre la insatisfacción de sus usuarias, 43% del personal no médico señaló conocer casos de mujeres no satisfechas, mientras que sólo 28% de los médicos lo hizo. Estas diferencias pueden tener implicaciones interesantes en relación con diferentes factores, entre ellos el tipo de conocimiento que los médicos tienen de la población usuaria, la relación que establecen con las usuarias, así como la información que les transmiten y la que reciben de ellas (cuadro V.10).

Resumen de la encuesta al personal de salud

En general, los prestadores de servicios tuvieron posiciones muy homogéneas. Se abordaron diversos temas, que abarcaron desde los cambios producidos con la descentralización hasta la percepción en relación con diversos aspectos de la atención otorgada en los programas de salud reproductiva, de acuerdo con la formación académica del proveedor. En cuanto a los problemas en los servicios descentralizados, 93.3% de los entrevistados en Oaxaca consideró que es fundamentalmente la escasez

de medicamentos; en el otro extremo se colocó Campeche, con 63.3%.

El promedio de los entrevistados en los cuatro estados opinó que el mayor desperdicio de recursos se presentaba en el Programa de Planificación Familiar. El porcentaje de opiniones más bajo respecto a la descentralización y la mejoría de calidad correspondió al mismo programa.

CAPÍTULO VI

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS POR PARTE DE LAS USUARIAS

En las siguientes páginas se exponen los resultados más relevantes de la encuesta aplicada a las usuarias de los programas de salud reproductiva. En total, participaron 2 527 mujeres, de las cuales 53% pertenecía a zonas urbanas –es decir, a las ciudades capitales de los cuatro estados participantes– y 47% a zonas rurales. En el cuadro 1 se muestra la proporción de mujeres usuarias entrevistadas en cada estado.

La distribución por programa fue: Detección Oportuna de Cáncer, 73.3%; Planificación Familiar, 35.5%, y Control Prenatal, 11.3%. Cabe señalar que una misma mujer podría ser usuaria de más de un programa.

Para el análisis de los resultados se organizó la información en tres grandes secciones: a) características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas; b) opinión de las usuarias en torno a los servicios de salud reproductiva, y c) percepción de cambios favorables en el último año y propuestas de mejoría.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ENTREVISTADAS

Edad

En promedio, las usuarias de los servicios de salud evaluados tenían 35 años; el valor mínimo fue de 15 años y el máximo, de 90 años. En la distribución por estados se

CUADRO VI.1
NÚMERO DE USUARIAS
ENCUESTADAS, POR ESTADO

Estado	Número	%
Campeche	800	31.7
Chihuahua	586	23.2
Jalisco	537	21.2
Oaxaca	604	23.9
Total	2 527	100

observó que las usuarias de mayor edad se encontraban en Jalisco, con un promedio de 40 años, significativamente mayor ($F p = .00$) al de las mujeres de las otras entidades. Las usuarias más jóvenes se registraron en el estado de Oaxaca, con un promedio de edad de 32 años, mientras que las usuarias de los estados de Chihuahua y Campeche tuvieron en promedio 35 y 33 años, respectivamente.

Le edad de las usuarias entrevistadas en las áreas urbanas fue de 35 años en promedio, ligeramente menor ($F p = 0.04$) a la de las usuarias de los centros de salud ubicados en las áreas rurales, que fue de 36 años.

La distribución de la edad está relacionada con los programas evaluados, de los cuales Planificación Familiar y Control Prenatal están dirigidos a las mujeres en edad reproductiva. Esto limitó la participación en el estudio de las usuarias adolescentes y las mujeres mayores de 50 años. Sin embargo, con base en la experiencia del trabajo de campo, se considera que la escasa representación de mujeres adolescentes obedece al limitado impacto del Programa de Salud Reproductiva en esta población, que no suele acudir a este tipo de servicios.

La distribución de la edad está relacionada con los programas evaluados, de los cuales Planificación Familiar y Control Prenatal están dirigidos a las mujeres en edad reproductiva. Esto limitó la participación en el estudio de las usuarias adolescentes y las mujeres mayores de 50 años. Sin embargo, con base en la experiencia del trabajo de campo, se considera que la escasa representación de mujeres adolescentes obedece al limitado impacto del Programa de Salud Reproductiva en esta población, que no suele acudir a este tipo de servicios.

Escolaridad

La proporción de analfabetas entre las mujeres entrevistadas fue de 8.2%, menor a la reportada para todo el país, que es de 9.5%.¹ La cifra es significativamente mayor en las localidades rurales en comparación con las urbanas. Cabe recordar que las mujeres de las zonas rurales parti-

1 Secretaría de Educación Pública. Programa Nacional de Educación 2001-2006.

cipantes en la encuesta pertenecen en su mayoría a comunidades indígenas de los respectivos estados, en tanto que la mayor proporción de mujeres con estudios de preparatoria y más reside en las áreas urbanas.

En relación con la escolaridad por estados, la mayoría de las mujeres analfabetas y con menor escolaridad se concentró en el área rural de Jalisco, lo cual se podría explicar porque esta zona corresponde a comunidades huicholas, grupo étnico de alta marginalidad en el país.

En las localidades urbanas, en general se observó una proporción más reducida de analfabetas. Jalisco es el estado con menor cantidad de mujeres analfabetas entre la población urbana que abarcó este estudio. Es importante destacar el contraste entre las usuarias de Jalisco, ya que permite observar las grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales en una sola entidad. Esta diversidad debe ser considerada por los tomadores de decisiones, pues determina diferencias en las necesidades de atención a la salud y, en consecuencia, en la forma como se debe atender a unas y otras. Esto se hará explícito más adelante.

Al realizar un análisis comparativo entre los estados con respecto a la distribución de los grados más altos de escolaridad, se observa que Chihuahua –tanto en las localidades urbanas como en las rurales–, seguido de Jalisco, concentraron la mayor proporción de mujeres con más escolaridad. Las diferencias entre los estados fueron estadísticamente significativas (χ^2 global $p = .00$).

En términos generales, el grado de escolaridad de la muestra en el nivel postprimaria (39.2%) es menor al promedio nacional reportado en población mayor de 15 años, el cual se encuentra en 51.2 %.²

Zona geográfica

En el caso de las mujeres rurales se puede apreciar una clara desventaja en términos de escolaridad, ocupación

2 INEGI. Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2000, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

y número de hijos. La comparación entre ambas zonas da una idea de las marcadas diferencias sociodemográficas prevalecientes, que en algunos casos se traducen en una mayor precariedad en las condiciones de atención a la salud reproductiva.

Situación conyugal

Del total de la muestra, 87% de las mujeres entrevistadas refirió tener pareja, en tanto que 13% no la tenía. Esta distribución fue similar para los estados de Jalisco y Oaxaca, mientras que Campeche y Chihuahua estuvieron en los extremos, con las proporciones menor (9%) y mayor (17%), respectivamente, de mujeres sin pareja. En cuanto a la variable geográfica, una proporción significativamente mayor de mujeres sin pareja residía en las áreas urbanas.

Número de hijos

Por lo que hace al promedio de hijos, éste fue de 3.28. El valor mínimo fue de 0 y el máximo de 1. Sólo 4% de la muestra reportó no tener hijos; 66% de las mujeres tenía entre uno y tres hijos, y 31% entre cuatro y ocho hijos.

Al analizar el número de hijos en función del tipo de localidad, se encontró que las usuarias entrevistadas de las zonas rurales tienen en promedio cuatro hijos, cifra significativamente mayor ($F p = .00$) que las correspondientes a mujeres de localidades urbanas, que tienen en promedio casi tres hijos.

Relación entre escolaridad y otras variables

Además de comparar las diferencias entre tipos de localidad, se consideró relevante conocer la asociación entre la escolaridad de las usuarias y otras variables sociodemográficas, como el estado civil, la ocupación y el número de hijos. Con ese fin se realizó un análisis bivariado para cada una de estas variables.

CUADRO VI.2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LAS USUARIAS, SEGÚN EL TIPO DE LOCALIDAD

Variables	Urbana		Rural		Significancia
EDAD					
Mediana	35 años		36 años		F p = .04
ESCOLARIDAD	N	%	N	%	χ^2 p = .00
Analfabeta	52	3.9	154	13	
Primaria incompleta	264	19.7	369	31.1	
Primaria completa	380	28.3	317	26.7	
Secundaria	365	27.7	199	16.8	
Estudios técnicos	127	9.5	36	3	
Preparatoria y más	153	11.4	111	9.4	
OCUPACIÓN					χ^2 p > .05
Ama de casa	1105	82.4	994	83.8	
Trabaja fuera de casa	236	17.6	192	16.2	
SITUACIÓN CONYUGAL					χ^2 p = .00
Con pareja	1127	84	1084	91.4	
Sin pareja	214	16	102	8.6	
NÚMERO DE HIJOS					F p = .00
Promedio	3	3	4	4	

FUENTE: Entrevista a usuarias

Así, se observó que las mujeres sin pareja tienen una mayor escolaridad en comparación con las que tienen pareja, diferencia significativa estadísticamente (χ^2 p = .01), que se observa con toda claridad en los extremos, es decir, entre las analfabetas y quienes tienen grado de preparatoria y más.

En cuanto a la relación entre la escolaridad y la ocupación, se encontró que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen mayor escolaridad y, la inversa, las amas de casa reportan una menor escolaridad. Estas diferencias fueron altamente significativas (χ^2 p = .00).

Por su parte, el número de hijos es inversamente proporcional a la escolaridad: las mujeres con menos años de estudios tienen significativamente un mayor número de hijos que las que tienen más escolaridad. Este gradiente inverso se observa sólo hasta la secundaria, pues las mujeres con ese nivel escolar y más tienen una cantidad similar de hijos.

Es posible afirmar, entonces, que existe una estrecha asociación entre la condición de pareja, la ocupación y la escolaridad de las mujeres, tal como se puede observar en el cuadro VI.3.

OPINIONES EN TORNO A LOS SERVICIOS

Tiempo de utilización de los servicios de salud

Se indagó en torno el tiempo que las usuarias llevaban utilizando los servicios de salud reproductiva. Debido a las variaciones entre los estados, y aun dentro de los mismos, se optó por emplear las medianas para hacer comparaciones. La mediana para toda la muestra fue de cinco años, mientras que la correspondiente a Chihuahua y Jalisco fue de seis años. Las mujeres de la zona rural de Chihuahua fueron quienes tenían más antigüedad como usuarias (nueve años), en tanto que las del área urbana de Oaxaca reportaron el menor tiempo de uso de los servicios (tres años).

Percepción de los problemas de salud

La cuarta parte de las mujeres (25%) reportó tener algún problema de salud en el momento de la entrevista. La edad estuvo positivamente asociada con la percepción de problemas de salud: a medida que la edad de las entrevistadas fue mayor, aumentó la probabilidad de que percibieran problemas de salud (momios 5%). La escolaridad también estuvo relacionada marginalmente: para las anal-

CUADRO VI.3
ASOCIACIÓN DE ESCOLARIDAD
CON SITUACIÓN CONYUGAL, OCUPACIÓN
Y NÚMERO DE HIJOS DE LAS USUARIAS

Variables	Situación conyugal*		Ocupación**		Número de hijos (media)
	Sin pareja %	Con pareja %	Hogar %	Trabajo remunerado %	
ESCOLARIDAD					
Analfabeta	6.3	8.4	8.2	7.7	5.22
Primaria incompleta	29.1	24.5	25.8	21.5	4.41
Primaria completa	22.8	28.3	28.7	22.5	3.05
Secundaria	19.6	22.7	22.6	20.8	2.23
Estudios técnicos	7.9	6.2	5.7	10.3	2.23
Preparatoria y más	14.2	9.9	9	17.5	2.61

* $\chi^2 p = .01$

** $\chi^2 p = .00$

fabetas la probabilidad de reportar problemas de salud fue mayor en comparación con las mujeres que tienen estudios de preparatoria y más (momios 45%, IC 95% .934-2.26). Las entrevistadas con estudios de primaria completa también estuvieron marginalmente asociadas ($p = .09$); el momio fue 35% (IC 95% .95-1.95), mayor que el correspondiente a quienes tienen estudios de preparatoria y más. La ocupación se asoció, asimismo, al reporte de problemas de salud; el momio fue 25% menor en las amas de casa en comparación con las que desempeñaban un trabajo remunerado. El tipo de localidad y el estado civil no tuvieron asociación estadística.

Problemas de salud reportados en la entrevista

Un total de 628 mujeres informó que tenía problemas de salud en el momento en el que se realizó la entrevista;

de éstas, 24.7% refirió tener problemas de hipertensión o del corazón; 11.8% reportó tener infecciones vaginales; 10%, diabetes; 5.7%, problemas respiratorios; 2.6%, cáncer de cérvix o mama; 2.1%, anemias; 1.1%, padecimientos derivados de accidentes y violencia, y 1.1%, complicaciones del embarazo.

El reporte de morbilidad por hipertensión y problemas del corazón fue mayor en la zona rural de Chihuahua (40.7%) en relación con otros estados; el área urbana de Jalisco también mostró una frecuencia elevada, de 34.6%. Por el contrario, Oaxaca en su área rural registró la frecuencia más baja, con 9.7%. Para la diabetes, la mayor frecuencia se encontró en el área urbana de Chihuahua, así como en el área rural de Campeche (en ambos casos, 16%). En relación con las infecciones respiratorias, los extremos estuvieron en las áreas urbanas de Chihuahua (8.7%) y Jalisco (3.6%).

CUADRO VI. 4
PRIMERAS CINCO CAUSAS DE MORBILIDAD REPORTADAS
POR LAS USUARIAS

Estados	%				
	HA	IV	Diabetes	IR	Cáncer
OAXACA					
Área rural	9.7	19.4	–	4.2	1.4
Área urbana	12.5	18.8	8.3	4.2	4.2
CAMPECHE					
Área rural	12.3	7.4	16	7.4	0
Área urbana	21	5	7	5	1
JALISCO					
Área rural	28.4	8	10.3	4.6	1.1
Área urbana	34.6	6	11.9	3.6	1.2
CHIHUAHUA					
Área rural	40.7	8.7	7.2	8.7	1.4
Área urbana	33.3	8	16	8	4.6

HA: hipertensión arterial y problemas del corazón; IV: infecciones vaginales; IR: infecciones respiratorias. Cáncer incluye cáncer de cérvix y de mama.

χ^2 global $p = .05$

En cuanto a la morbilidad asociada con la salud reproductiva, se consideraron tanto las infecciones vaginales como el cáncer de cérvix y de mama. En el primer caso, las mujeres de Oaxaca, de las zonas urbanas y rurales, fueron las que reportaron infecciones vaginales con mayor frecuencia (19.4% y 18.8%, respectivamente), mientras que en Campeche y Jalisco se presentó la menor frecuencia.

A su vez, las frecuencias más altas de reporte de cáncer de cérvix y de mama estuvieron en las áreas urbanas de Chihuahua (4.6%) y Oaxaca (4.2%). Las diferencias en este rubro fueron estadísticamente significativas (χ^2 global $p = .05$) (cuadro VI. 4).

Calidad en los programas de salud reproductiva

Esta dimensión se evaluó a partir de dos indicadores: la calidad en la atención interpersonal y la calidad en la estructura de los servicios de salud.

Calidad de la atención interpersonal

Se indagaron tres aspectos: a) atención, por parte del personal, de las necesidades de salud de las mujeres; b) suficiencia en la información proporcionada durante la consulta, y c) trato del personal hacia las usuarias.

Con respecto a la atención de las necesidades de salud, las mujeres de Oaxaca (15.3%), seguidas de las de Jalisco (12.3%), fueron las más insatisfechas. Por el contrario, las mujeres de Chihuahua y Campeche se reportaron más satisfechas con la atención a sus necesidades. ($\chi^2 p < .014$) (cuadro VI.5).

En cuanto a la falta de información durante la consulta, las usuarias de Jalisco y Oaxaca reportaron los niveles más altos al catalogar como insuficiente la información que reciben. Las mujeres de Chihuahua reportaron en menor proporción que reciben información insuficiente durante la consulta ($\chi^2 p < .012$).

CUADRO VI.5
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
INTERPERSONAL, POR ESTADO

Dimensión interpersonal	Campeche		Chihuahua		Jalisco		Oaxaca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENCIÓN A NECESIDADES								
Insatisfechas*	80	10	39	6.7	66	12.3	94	15.6
INFORMACIÓN RECIBIDA								
Insuficiente*	111	13.9	73	12.5	93	17.3	95	15.7
Ninguna*	112	14	101	17.2	90	16.8	73	12.1
TRATO DEL PERSONAL								
Muy satisfechas*	63	7.9	189	32.3	166	30.9	67	11.1
MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL								
Sí*	80	10	35	6	44	8.2	47	7.8
TOTAL DE ENTREVISTADAS	800		586		537		604	

* $\chi^2 p < .05$

Llaman la atención los altos índices de mujeres que no reciben ningún tipo de información durante la consulta. La mayor proporción se encontró en Chihuahua (17.2%), entidad que en este rubro fue seguida por Jalisco (16.8%) y Oaxaca (12.1%). Las diferencias fueron significativas estadísticamente ($\chi^2 = .00$). Esta dimensión representa un elemento sustancial para evaluar la calidad de la atención en los programas de salud reproductiva, sobre todo si se toma en cuenta la elevada prevalencia de cáncer tanto de cérvix como de mama en México. La detección oportuna de estas enfermedades constituye un asunto de particular relevancia; en consecuencia, la posibilidad de brindar información a las mujeres durante la consulta es una estrategia fundamental de intervención y prevención.

Con respecto al trato que reciben por parte del personal de salud, solamente 19.2% de las usuarias se manifestaron muy satisfechas; sin embargo, este porcentaje es significativamente menor en Campeche (8.6%) y Oaxaca (11.1%). La mayor proporción de mujeres muy satisfechas

con el trato se encontró en Chihuahua (32.3%). Esto parece contradictorio, pues fueron justamente las mujeres de ese estado del norte quienes en mayor proporción afirmaron que no reciben ningún tipo de información durante la consulta y, paradójicamente, se reportan más satisfechas con el trato del personal. Quizá esto se deba a que no tenían expectativas de obtener información.

También se evaluaron los malos tratos por parte del personal, a través de una pregunta directa: ¿en el último año el personal de salud ha sido grosero o descortés con usted? Un porcentaje significativamente mayor (10%) de mujeres en Campeche señaló que así había ocurrido; por el contrario, las mujeres de Chihuahua fueron las que reportaron con menos frecuencia que habían recibido un trato descortés (6%). En general, las mujeres entrevistadas no reportaron recibir malos tratos por parte del personal.

Estos mismo indicadores fueron evaluados considerando áreas urbanas y rurales. Tal como se esperaba, en la mayoría de los casos las zonas rurales mostraron las peores evaluaciones en la calidad interpersonal; las diferencias fueron estadísticamente significativas en todas las categorías. Esto revela un especial descuido a la salud de las mujeres más pobres, con menor instrucción y, en la mayoría de los casos, indígenas (cuadro VI.6).

Calidad de la atención en el programa de detección de cáncer cérvico-uterino

Debido a que la mayoría de las entrevistadas son usuarias del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino (1 852 mujeres: 73.3%), se seleccionó éste para evaluar los aspectos de calidad interpersonal en los rubros antes señalados. Se encontró que las usuarias del estado de Oaxaca están más insatisfechas con la atención recibida de acuerdo con sus necesidades, en comparación con las de Chihuahua, quienes reportaron estar más satisfechas ($\chi^2 p = .007$).

CUADRO VI.6
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
INTERPERSONAL, POR TIPO DE LOCALIDAD

Dimensión interpersonal	Urbana		Rural	
	N	%	N	%
ATENCIÓN A NECESIDADES				
Insatisfechas*	131	9.8	148	12.5
INFORMACIÓN RECIBIDA				
Insuficiente*	176	13.1	195	16.5
Ninguna*	208	15.5	168	14.2
TRATO DEL PERSONAL				
Muy satisfechas*	297	22.1	188	15.9
MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL				
Sí*	107	8	99	8.3
TOTAL DE ENTREVISTADAS	1341		1186	

* $\chi^2 p < .05$

CUADRO VI.7
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
INTERPERSONAL EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN
DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO, POR ESTADO

Dimensión interpersonal	Campeche		Chihuahua		Jalisco		Oaxaca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ATENCIÓN A NECESIDADES								
Insatisfechas*	63	11.4	32	6.6	57	12.1	59	17.3
INFORMACIÓN RECIBIDA								
Insuficiente	83	15	52	10.7	76	16.2	53	15.5
Ninguna	94	16.9	93	19.1	84	17.9	49	14.4
TRATO DEL PERSONAL								
Muy satisfechas*	47	8.5	162	33.3	156	33.2	34	10
MALTRATO POR PARTE DEL PERSONAL								
Sí*	60	10.8	21	4.3	33	7	24	7
TOTAL DE USUARIAS DEL PROGRAMA	555		486		470		341	

* $\chi^2 p < .05$

No se encontraron diferencias significativas en Chihuahua y Jalisco en relación con la falta de información durante la consulta especializada, lo cual indica que este aspecto está igualmente descuidado en todos los estados evaluados. Por ello, ésta se podría señalar como una de las grandes deficiencias de dicho programa.

En cuanto al trato por parte del personal, las mujeres de Campeche reportaron con menor frecuencia que estaban muy satisfechas, y fueron quienes señalaron en mayor proporción que habían recibido malos tratos por parte del personal de salud durante la atención. Por otro lado, las mujeres de Chihuahua informaron con mayor frecuencia que estaban muy satisfechas con el trato recibido y, por lo tanto, reportaron menor proporción de malos tratos del personal. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 p = .00$) (cuadro VI.7).

Calidad en la estructura del Programa de Salud Reproductiva

Se evaluaron tres aspectos: el espacio, el equipo y el abasto de medicamentos. Con respecto al espacio, 58.8% de las entrevistadas lo consideró suficiente, mientras que a 37.2% le pareció insuficiente. En cuanto al equipo, 46.6% opinó que era suficiente y 31.8% lo juzgó insuficiente. Sobre el abasto de medicamentos, sólo a 28.3% le pareció suficiente, mientras que el mayor porcentaje (49.9%) señaló que era insuficiente.

Al analizar la distribución de estos indicadores por estados, se observa que las entrevistadas de Oaxaca fueron quienes con mayor frecuencia consideraron insuficiente tanto el espacio como el equipo de los programas de salud reproductiva, y aunque también en el rubro de abasto de medicamentos una gran proporción de las mujeres de esa entidad señalaron que hay insuficiencia, la proporción fue superada por las entrevistadas de Campeche (cuadro VI.8). Las diferencias en este apartado fueron estadísticamente significativas ($p = .00$)

CUADRO VI.8
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ESTRUCTURA,
POR ESTADO

Dimensión estructura	Campeche		Chihuahua		Jalisco		Oaxaca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ESPACIO								
Insuficiente*	273	34.1	210	35.8	162	30.2	294	48.7
EQUIPO								
Insuficiente*	204	25.5	180	30.7	171	31.8	249	41.2
ABASTO DE MEDICAMENTOS								
Insuficiente*	484	60.5	198	33.8	249	46.4	329	54.4
TOTAL DE ENTREVISTADAS	800		586		537		604	

* $\chi^2 p < .05$

Estos mismos indicadores se evaluaron también por áreas rurales y urbanas. Como era de esperarse, las peores condiciones de la estructura de los servicios se encontraron en las zonas rurales de los cuatro estados. Las diferencias fueron muy significativas ($p = .00$) (cuadro VI.9).

Tiempos de traslado para llegar a la clínica y de espera para recibir la atención

Casi la mitad de las mujeres (49.5%) refirió que invierte hasta 15 minutos en trasladarse al lugar donde le proporcionan la atención; 35% ocupa de 16 a 30 minutos, y el resto, desde de arriba de 30 minutos hasta cinco horas.

Debido a la presencia de valores extremos, para las comparaciones entre estados y áreas urbanas y rurales se realizó un análisis comparativo en el que se utilizó la mediana. Así, Jalisco tiene una mediana de 15 minutos para trasladarse, cifra significativamente menor que la encontrada en las otras entidades federativas (Kruskal-Wallis $p = .00$) (cuadro VI.10).

Con respecto a los tiempos de espera para recibir la atención, 25% esperó menos de 15 minutos; 30.6 %, de 15

CUADRO VI.9
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ESTRUCTURA,
POR TIPO DE LOCALIDAD

Dimensión estructura	Urbana		Rural	
	N	%	N	%
ESPACIO				
Insuficiente*	431	32.1	508	42.8
EQUIPO				
Insuficiente*	333	24.8	471	39.7
ABASTO DE MEDICAMENTOS				
Insuficiente*	484	36.1	776	65.4
TOTAL	1341	100	1186	100

* $\chi^2 p < .05$

a 45 minutos, y 14.2% desde 46 minutos hasta una hora; el 30.2% restante aguardó desde más de una hora hasta seis horas. Llama la atención la gran proporción de mujeres que debieron esperar durante un lapso muy prolongado para ser atendidas, pues este hecho resulta negativo para la evaluación de la calidad, ya que en los casos extremos implica perder casi una jornada completa de trabajo.

Los mayores tiempos de espera se encontraron en Campeche, con una mediana de dos horas, y los menores en Jalisco y Chihuahua, con medianas de 20 minutos. Las diferencias fueron altamente significativas (Kruskal-Wallis $p = .00$)

Si se considera el tipo de localidad, es posible observar que los tiempos de traslado son menores en las áreas rurales (Mann-Whitney $p = .00$). Los tiempos de espera son similares entre ambos tipos de localidad (cuadro VI.11).

CUADRO VI.10
TIEMPOS DE TRASLADO
Y ESPERA PARA RECIBIR
ATENCIÓN, POR ESTADO

Estado	Tiempo (mediana)	
	De traslado minutos	De espera minutos
Campeche	20	120
Chihuahua	20	20
Jalisco	15	20
Oaxaca	20	30

CUADRO VI.11
TIEMPOS DE TRASLADO Y
ESPERA PARA RECIBIR
ATENCIÓN, POR TIPO DE
LOCALIDAD

Zona	Tiempo (mediana)	
	De traslado minutos	De espera minutos
Urbana	20	30
Rural	15	30

muy largos. Estos porcentajes fueron de 5.7% y 11.9% en Jalisco y Chihuahua, respectivamente. Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2 p = .00$). Estos datos son consistentes con lo reportado anteriormente.

A través de una pregunta directa se evaluó la percepción de las mujeres sobre el acceso a los servicios de salud en las siguientes dimensiones: económica, transporte, tiempo y familiar. La mayoría (65.4%) aseguró que no tenía problemas de accesibilidad, proporción que fue similar entre estados, lo cual resulta consistente con lo reportado en relación con el tiempo de traslado utilizado para llegar a la clínica. Sin embargo, sería útil explorar las razones de las mujeres que no acuden a los servicios.

PERCEPCIÓN DE CAMBIOS FAVORABLES Y PROPUESTAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS

Se consideró importante conocer la percepción de las mujeres en relación con la mejoría en la calidad de los servicios en el lapso de un año, en términos interpersonales y de estructura. Esto permitiría averiguar si ha habido una mejoría asociada con la descentralización de los servicios de salud. Si bien no es posible asegurar que la mejoría o no de los servicios sea un resultado directo del proceso de descentralización, esta dimensión permite una aproximación indirecta.

Además, se exploró la percepción de las mujeres sobre el tiempo de espera, ya que es un medio para conocer las expectativas de las mujeres con respecto a la atención que reciben. Así, 52.4% de las usuarias de Campeche y 27.6% de las de Oaxaca percibieron estos tiempos como

Para realizar esta evaluación se preguntó a las mujeres si en el último año habían percibido mejorías, y a quienes contestaron de manera afirmativa se les solicitó que especificaran en qué aspectos podían identificar mejorías en más de una dimensión. Casi la mitad (47.4%) de las mujeres sí percibió cambios positivos en el último año, 40.9% reportó mejoras en el espacio, 24.9% en el equipo, 14.5% en el tiempo de espera, y 52.5 % en el trato.

La distribución sobre la percepción de mejorías se analizó por estados, así como por áreas urbanas y rurales. Un porcentaje significativamente mayor ($\chi^2 p = .00$) de mujeres en Campeche (61.3%) percibió mejorías en la calidad de los servicios, en tanto que la proporción más baja estuvo en Oaxaca (29.5%).

Las mujeres de Campeche y Chihuahua reportaron en mayor proporción que estas mejorías se dieron sobre todo en el espacio de las instalaciones. En lo que concierne a la percepción de mejorías en el equipo, de nueva cuenta las mujeres de Campeche reportaron el mayor porcentaje, en tanto que las de Oaxaca fueron quienes aprecia-

CUADRO VI.12

PERCEPCIÓN DE MEJORÍA EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN EL ÚLTIMO AÑO, POR ESTADO

Sí hubo mejoría	Campeche		Chihuahua		Jalisco		Oaxaca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Existieron mejoras en los servicios*	490	61.3	272	46.4	236	48.1**	179	29.5
ESTRUCTURA								
Mejoras en espacio*	248	31	153	26.1	70	13	17	2.8
Mejoras en equipo*	147	18.4	54	9.2	69	12.8	29	4.8
Mejoras en tiempos de espera	66	8.3	41	7	36	6.7	32	5.3
INTERPERSONAL								
Trato del personal*	252	31.5	151	25.8	104	19.4	119	19.7

* $\chi^2 p < .05$.

**Porcentaje sobre el total de usuarias que respondieron esta pregunta; no corresponde al número total de entrevistadas en Jalisco.

ron menos cambios positivos en este renglón. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2 p < .05$), en tanto que las correspondientes a las mejorías en el tiempo de espera no lo son.

Al evaluar el trato interpersonal, se encontró que las mujeres de Campeche y Chihuahua reportaron con mayor frecuencia mejorías en esta dimensión (31.5% y 25.8%, respectivamente), con diferencias que son estadísticamente significativas (cuadro VI.12).

La diferencia de percepción de mejoría del servicio entre mujeres de áreas urbanas y rurales es marginalmente significativa ($\chi^2 p = .07$). La percepción de mejorías en el espacio y equipo es significativamente mayor para las mujeres del área rural, mientras que la percepción de mejoría en los tiempos de espera lo es para las mujeres del área urbana (cuadro VI.13).

Propuestas para mejorar los servicios de salud

Se preguntó a las mujeres en qué áreas consideraban que se deberían mejorar las condiciones de atención, tanto en la calidad interpersonal como en la estructura; además, se incluyeron otros indicadores para ampliar el abanico de posibilidades.

El renglón donde hubo mayor interés fue el del abasto de medicamentos: 51.4% demandó una mejoría en ese campo; 40.2% propuso que las atiendan especialistas; 39.3% sugirió acortar el tiempo de entrega de resultados del Papanicolau; 30.4% optó por mejorar las instalaciones, 25.6% recomendó reducir los tiempos de espera de la consulta; 22.6% propuso mejorar el equipo; 22.5%, mejorar el trato por parte del personal, mientras que 9.5% aconsejó un mejor abasto de anticonceptivos.

Cuando se evaluaron estas recomendaciones por estado y áreas se observó una tendencia estatal similar que la encontrada a nivel general: la propuesta de mejorar el abasto de medicamentos está ubicada en primer lugar en las cuatro entidades federativas. En los demás renglones,

CUADRO VI.13
PERCEPCIÓN DE MEJORÍA EN LA CALIDAD EN SERVICIOS
EN EL ÚLTIMO AÑO, POR TIPO DE LOCALIDAD

Sí hubo mejoría	Urbana		Rural	
	N	%	N	%
En los servicios	596	45.7*	581	49.4*
ESTRUCTURA				
En el espacio	222	16.6	266	22.4
En el equipo	126	9.4	173	14.6
En los tiempos de espera	137	10.2	38	3.2
INTERPERSONAL				
En el trato del personal	361	26.9	265	22.3

* Porcentaje sobre el total de usuarias que respondieron esta pregunta.

las particularidades de cada estado están estrechamente relacionadas con la evaluación que hicieron las entrevistadas en cada caso. Así, por ejemplo, las mujeres de Campeche, quienes se manifestaron más insatisfechas con el trato del personal y tuvieron los tiempos de espera más largos, fueron también las que demandaron en mayor proporción ser atendidas por especialistas y mejorar el abasto de medicamentos, así como acortar los tiempo de espera en la antesala de las consultas y los de entrega de resultados del Papanicolau. Como se puede apreciar en el cuadro VI.14, las diferencias entre los estados son significativas en todas las dimensiones evaluadas.

Cuando se observan estas propuestas por el tipo de localidad, se aprecia que si bien las sugerencias son similares entre ambas zonas, también hay particularidades en cada región. En las zonas rurales las propuesta más sentida se relaciona con mejorar el abasto de medicamentos, lo que era de esperarse, pues la población de esas regiones vive en condiciones de mayor precariedad y no puede suplir con recursos propios el desabasto de medicamentos que sufren las unidades de atención. En segundo orden de importancia se recomienda incorporar la atención por especialistas y mejorar el equipo de

CUADRO VI.14
PROPUESTAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD,
POR ESTADO

Propuestas	Campeche		Chihuahua		Jalisco		Oaxaca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abasto de anticonceptivos*	78	9.8	19	3.2	93	17.3	50	8.3
Abasto de medicamentos*	556	69.5	120	20.5	302	56.2	321	53.1
Instalaciones	253	31.6	165	28.2	173	32.2	178	29.5
Equipo*	324	40.5	137	23.4	198	36.9	166	27.5
Atención por especialistas*	502	62.8	156	26.6	204	38	155	25.7
Tiempo de espera*	333	41.6	38	6.5	123	22.9	154	25.5
Tiempos de entrega del Papanicolau*	397	49.6	123	21	252	46.9	221	36.6
TRATO INTERPERSONAL*	205	25.6	85	14.5	135	25.1	144	23.8

* χ^2 global $p < .05$

CUADRO VI.15
PROPUESTAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD,
POR TIPO DE LOCALIDAD

Propuestas	Urbana		Rural	
	N	%	N	%
Abasto de anticonceptivos*	117	8.7	123	10.4
Abasto de medicamentos	508	37.9	791	66.7
Instalaciones	387	28.9	382	32.2
Equipo	369	27.5	456	38.4
Atención por especialistas	498	37.1	519	43.8
Tiempo de espera	392	29.2	256	21.6
Tiempos de entrega del Papanicolau	595	44.4	398	33.6
TRATO INTERPERSONAL	261	19.5	308	26

* χ^2 global $p < .05$

las unidades de salud. Esto puede reflejar las condiciones estructurales en las que se proporciona los servicios en estas unidades, la mayoría atendidas por médicos que realizan su servicio social y cambian de localidad constantemente, además de las limitaciones del equipo de muchas de estas instalaciones.

Un aspecto coincidente entre ambas zonas se refiere a mejorar los tiempos de entrega de los resultados del Papanicolau, aspecto que es más importante para las mujeres de zonas urbanas, lo cual podría estar relacionado con el hecho de que ellas tienen una mejor información sobre la importancia de esta prueba, en comparación con sus pares de las zonas rurales (cuadro VI.15).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



Los estudios disponibles que evalúan el proceso de descentralización en los últimos años coinciden en que los logros del caso mexicano han sido magros tanto en la transferencia del presupuesto y la capacidad de tomar decisiones, como en lo referente a los rubros de eficiencia, equidad y calidad.¹

De hecho, algunos autores señalan que en términos conceptuales no es posible denominar *descentralización* al proceso ocurrido en la estructura de servicios de salud en México.² Uno de los elementos que ha limitado la transferencia parcial del presupuesto y su manejo es el enorme peso de la nómina del personal en este rubro —que está bajo control federal—. De esta manera, una entidad puede aspirar, cuando mucho, a manejar alrededor de 25% del presupuesto total. Esta diferencia generalmente se destina a cubrir los costos fijos de la estructura hospitalaria en la entidad y una parte muy pequeña se utiliza para impulsar nuevos programas. No obstante, el Acuerdo Nacional de Descentralización de agosto de 1996, que enmarcaba la descentralización del resto de los estados, parecía haber generado un nuevo impulso, pero sin lograr que se descentralizara por completo el presupuesto. Sin duda, esta decisión, más que administrativa, es de carácter político, y la posibilidad de negociar con los actores interesados determina el marco temporal de dicho proceso.

1 González-Block M. “La descentralización de la Secretaría de Salud de México. El Caso de los Sistemas Locales de Salud 1988-1994”, documento mimeografiado. México: Academia Nacional de Medicina.

2 Gerhsberg A, *op. cit.*

Sin embargo, la existencia de ejemplos innovadores a pesar de la limitada capacidad en la administración de los recursos, permite delinear algunas potencialidades y prever ciertos posibles efectos positivos derivados de la descentralización en el futuro. Estas innovaciones dan cuenta fiel de lo que un proceso de descentralización puede generar para mejorar la dotación de servicios y promover la participación de los actores interesados, incluida la población usuaria de los servicios.

Enseguida se comentan los resultados de los tres componentes analizados en este estudio.

PERCEPCIÓN DE LOS TOMADORES DE DECISIONES

El punto de vista de los entrevistados, funcionarios de rango alto e intermedio, y observadores externos a la estructura de servicios, es heterogéneo en función de los diferentes temas abordados. Es posible señalar que esta percepción varía a partir de la posición que cada uno de ellos tiene en la estructura. Sin duda, el enfoque de los funcionarios de más alto nivel integra aspectos más amplios del contexto político de la descentralización, en tanto que el de los de rango intermedio se ocupa más de los asuntos operativos de los programas. Los observadores externos, por su parte, integran aspectos tanto generales como específicos, pero su posición desde fuera de la estructura les permite ofrecer opiniones más críticas sobre el avance de la descentralización y los programas de salud reproductiva.

En general, hay una percepción positiva de los avances de la descentralización y del impacto en los programas, aunque en algunos estados no hay precisión sobre el momento en el que se inició el proceso. Los informantes entrevistados en Jalisco y Oaxaca ubican con mayor claridad el punto de arranque de la descentralización, ya que en ambos estados fue la administración

federal quien marcó el inicio; en el primer caso, a principios de los años ochenta, y en el segundo, en 1996. Para Chihuahua y Campeche, la fecha de arranque no es tan clara, ya que los gobiernos estatales en ambos casos iniciaron el proceso de manera extraoficial. Algunos funcionarios ubican este punto de partida al final de la década de los ochenta.

El hecho de haber iniciado el proceso de descentralización con la creación de instituciones financiadas por fondos estatales derivó en esquemas distintos de descentralización, en los cuales las condiciones de la política estatal determinaron las características y los resultados del proceso. De esta manera, de acuerdo con las opiniones de los distintos informantes, en Chihuahua la descentralización se vio afectada por los cambios en la administración del gobierno estatal a partir de que el Partido Acción Nacional tuvo control de éste por primera vez en la historia del estado. Si bien este partido estaba a favor de la descentralización, los desacuerdos con el gobierno federal por el presupuesto afectaron su capacidad de maniobra y el gobierno local actual, proveniente del Partido Revolucionario Institucional, no ha sido capaz de revertir esos efectos. Al parecer, la desarticulación entre las estructuras federal y estatal, ambas *descentralizadas*, ha tenido efectos negativos en la organización de los servicios. El panorama en Campeche, en cambio, es distinto, pues ahí la capacidad del Revolucionario Institucional para mantener el control del gobierno ha permitido una cierta continuidad en la política descentralizadora, que además ha sido completada con una política local de redistribución de recursos para la salud entre áreas urbanas y rurales.

En el rango operativo, la descentralización es vista como un proceso incompleto en todos los estados: faltan etapas por cumplir. En todos los casos los informantes han percibido avances en la descentralización, pero hay opiniones diversas sobre el punto hasta el que se ha llegado. En particular, en relación con el tema de la des-

centralización del presupuesto y la autonomía en su manejo, existen diferentes versiones. Otro asunto de particular importancia, ligado íntimamente al anterior, es el de la normatividad. Para el primero de los temas, la percepción se centra en considerar a la autonomía como un atributo que puede observarse en diferentes áreas. Una de ellas es el manejo de las finanzas y de los recursos. Algunos informantes opinaron que mientras el estado no sea capaz de sufragar la nómina del personal y los costos de la capacitación del mismo, la autonomía será relativa y frágil.

El tema del presupuesto es de suma importancia, ya que revela las desigualdades que existen entre los estados. Se sabe que a partir de la descentralización, el presupuesto que es transferido por el nivel central representa sólo una parte del total, por lo que el estado tiene la necesidad de aportar los fondos necesarios para la operación de los programas, particularmente en aquellos destinados a dar respuesta a necesidades definidas en el ámbito estatal. En Jalisco, los recursos que aporta el gobierno estatal, incluidas las cuotas de recuperación, han permitido generar innovaciones en los programas para intentar mejorar su capacidad de respuesta. Lo mismo sucede en Chihuahua y Campeche, donde los institutos estatales representaban ya una aportación estatal antes de la descentralización de la estructura de servicios que dependía del nivel central. En Oaxaca el escenario es distinto, ya que los recursos financieros con los que cuenta el estado como contrapartida al presupuesto federal, son prácticamente nulos. De hecho, algunos programas, entre ellos el de salud reproductiva, sufrieron una reducción del presupuesto, que ahora es menor al que tenían entre 1998 y 1999. No obstante, los tomadores de decisiones de rango alto tienen presente que éste es un problema que se debe resolver, para lo cual se buscan distintas opciones.

La percepción acerca de la normatividad del nivel central sobre el estatal también es evaluada de distintas

maneras. En algunos casos la normatividad es considerada, a la usanza tradicional, como un instrumento que restringe la capacidad de maniobra en el nivel estatal. No obstante, en algunas entidades existe una percepción moderna de la normatividad enmarcada en el proceso de descentralización, en la cual el nivel central define lo mínimo que se tendría que hacer para cumplir con los objetivos de los programas y de ahí en adelante los estados tendrían posibilidad de innovar y experimentar nuevos procesos, siempre buscando ir por encima de la norma establecida por el nivel central y teniendo el cuenta el presupuesto disponible.

Entre los tomadores de decisiones del rango más alto en los estados se reveló con claridad la idea de que los programas de salud reproductiva se encuentran completamente descentralizados. El hecho de que algunos estados hayan iniciado la descentralización más temprano—como ocurrió en Jalisco—, o que hayan movilizado recursos estatales antes de la descentralización formal—como en Chihuahua y Campeche— ha permitido avances más evidentes sobre la descentralización de estos programas. No obstante, en algunos de los estados la idea de la descentralización completa de los programas de salud reproductiva no fue compartida por personal de nivel intermedio. En el caso de Oaxaca, la descentralización se encontraba en sus fases iniciales cuando se llevó a cabo este estudio. De hecho, la compra de recursos para los programas en 1999 se hizo parcialmente tanto en el nivel central como en el nivel estatal. Un tema que se mencionó de manera enfática y recurrente por parte del personal operativo en Oaxaca fue la falta de anticonceptivos orales y de medicamentos en general en las unidades de atención. Este asunto no fue considerado de la misma manera en el resto de los estados.

Los avances en la operación de los programas de salud reproductiva como producto de la descentralización se ejemplificaron en Jalisco, donde se han diseñado programas en el nivel estatal que se han puesto en

operación con éxito. En opinión de algunos informantes, ésta es una de las grandes ventajas de la descentralización. Cuando la normatividad no desempeña un papel limitante, la posibilidad de generar innovaciones en la operación de los programas se multiplica, ya que cada estado tiene potencialmente esa capacidad. Una segunda etapa de este proceso es que el nivel central desempeñe el doble papel de receptor y difusor de estas innovaciones para que los estados puedan considerarlas como opciones.

No obstante, la operación adecuada de los programas de salud reproductiva no sólo depende del diseño del programa. En los hechos, existen múltiples obstáculos que pueden entorpecer su operación. En los diferentes estados se expusieron argumentos que apoyan esta aseveración. En el caso de Chihuahua se enfatiza la necesidad de revisar los programas de educación para la salud, ya que su impacto en las poblaciones es muy cuestionable. En Oaxaca se hizo referencia a la falta de recursos que limita el impacto de los programas y del trabajo del personal. De hecho, en esa entidad la capacidad de los servicios estatales para lidiar con el problema del cáncer cérvico-uterino es sumamente limitada.

RECURSOS DISPONIBLES

Existe una gran variabilidad en la asignación de recursos en los casos estudiados, tanto al interior de los estados, como entre ellos. Los parámetros estadísticos para evaluar las diferencias en la asignación de recursos no reportan cifras significativas; sin embargo, se observa que existe un patrón de desigualdad en el que estados con mayores necesidades de atención a la salud —como Oaxaca— tienen la menor asignación tanto de médicos como de enfermeras, e incluso entidades donde existen áreas rurales que cuentan con menor cantidad de recursos que las zonas urbanas, como ocurre en Jalisco.

La asignación de las enfermeras sigue, por lo general, el mismo patrón de la distribución de los médicos y, por lo tanto, reproduce las mismas grandes variaciones; Campeche cuenta en su zona urbana con centros de salud que van desde los de 265 habitantes por enfermera, hasta los que atienden más de 5 200 habitantes por enfermera. Sólo en Oaxaca la variabilidad para este personal no es tan amplia; sin embargo, la cantidad de enfermeras es significativamente mayor en el área urbana de esta entidad en comparación con la zona rural.

Esta asignación de recursos humanos es inequitativa si se consideran los indicadores que aparecen en el capítulo III de este libro, donde se muestran las desigualdades con respecto a las necesidades de salud que existen entre estados y entre áreas urbanas y rurales. Ahí se observa que Oaxaca es la entidad con mayor marginación y contraste entre sus áreas urbanas y rurales; a la vez, es el estado con menor cantidad de recursos humanos, y es precisamente en su área rural donde esta asignación es aún más desigual.

En relación con la productividad, ésta es prácticamente similar en centros de salud urbanos y rurales, a excepción de dos indicadores: la toma para el estudio de Papanicolau, que es menor en los centros de salud rurales, y las consultas de planificación familiar, que señalan un patrón de menor productividad para esta actividad en los centros de salud rurales.

Los indicadores de productividad por entidad señalan que Jalisco, uno de los estados con menor marginación y con mejor asignación de recursos, tiene problemas serios de productividad: para 75% de los indicadores reportó la productividad más baja. Llama la atención que Jalisco y Chihuahua, los estados con la mayor cantidad de recursos humanos asignados, son los que reportan la más baja proporción de consultas por habitante. Este indicador ofrece elementos para concluir que la dotación de recursos no es factor suficiente para aumentar la cobertura de los centros de salud; una variable importan-

te, que debe ser considerada, es la productividad de estos recursos.

Los programas que tienen la menor productividad son los destinados a la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario; no obstante, esta productividad es todavía más baja para los centros de salud rurales. El programa de planificación familiar tiene una productividad menor en los centros de salud rurales, al igual que para los programas de detección de cáncer cérvico-uterino y mamario.

La encuesta a proveedores arroja algunos resultados interesantes para esta discusión. En primer lugar, debe señalarse que dada la forma en la que se seleccionó al personal –es decir, a través de las unidades de atención elegidas, y no por selección individual–, la distribución inclinada hacia zonas urbanas probablemente genere un sesgo no controlado. Si se toma lo anterior en consideración, de acuerdo con los resultados de la encuesta, las mujeres representan la mayoría del personal para toda la muestra y en todos los estados. Lo mismo sucede con el personal no médico.

Los resultados obtenidos de esta encuesta señalan que Oaxaca es el estado en donde los efectos de la descentralización han sido percibidos por la menor proporción de proveedores. Es decir, apenas 36% del personal entrevistado en ese estado señaló haber notado cambios. Pese a ello, un mayor porcentaje del personal en las áreas rurales de los cuatro estados percibió cambios, lo cual llevaría a pensar que es más difícil generar modificaciones en las condiciones de operación de los programas cuando éstos cuentan con un cierto grado de recursos y una mayor experiencia en su administración, que cuando las carencias son mayores.

En relación con la percepción de problemas en la operación de los programas, se destaca que la falta de medicamentos es sin duda el problema más importante. En este renglón de nuevo llama la atención el caso de Oaxaca, ya que más de 90% de los proveedores indicó la

falta de medicamentos como una deficiencia importante. A esto se suma que dicha percepción no es diferente entre centros rurales y urbanos, cuando podría esperarse que el porcentaje de proveedores que calificaran a la falta de medicamentos como un problema fuera más alto en los centros rurales que en los urbanos. De cualquier forma, habría que considerar el hecho de que en promedio la mitad del personal entrevistado percibió a las malas condiciones del equipo, la carencia de espacios adecuados y la falta de disponibilidad de instrumental en los centros como obstáculos importantes en la provisión de servicios.

Porcentajes muy bajos del personal perciben la existencia de desperdicio de recursos en la producción de servicios. Esto, sin embargo, podría reflejar sólo una percepción muy gruesa de desperdicio, es decir, aquella que tendría que ver con aspectos como la caducidad de medicamentos o sustancias, la no utilización de equipo, entre otros. No obstante, como se mostró en la sección de distribución y utilización de recursos, hay diferencias importantes en relación con los servicios producidos entre áreas urbanas y rurales, y entre estados. Esto hablaría, por un lado, de diferentes grados de eficiencia, pero también podría ser visto como una forma de desperdicio. Sin duda, estos resultados llaman a profundizar los estudios de eficiencia de recursos en los programas de salud reproductiva.

Entre 60 y 65% de los entrevistados percibe la existencia de suficiente personal en la producción de servicios en los cuatro programas estudiados. Sin embargo, este porcentaje no parece ser alto si se consideran de nuevo las diferencias en la productividad y la eficiencia del personal entre estados y áreas geográficas. Debe destacarse también que en Campeche la mayoría del personal entrevistado opinó que hay falta de recursos humanos en todos los programas, pero esta percepción no coincide con los niveles de asignación, que son comparativamente altos en relación con el resto de los estados.

Un tema que presenta diversos ángulos de análisis es el de la percepción de la adecuación entre la formación del personal y las actividades que desempeña en las unidades de atención. En primer lugar, queda claro que la falta de adecuación más destacada es la que ocurre entre la formación escolar y las actividades administrativas. Sólo 34% del personal señaló la existencia de ajuste en este rubro, mientras que en el caso de las actividades profesionales o técnicas el ajuste fue identificado por casi 80% del personal. En las áreas rurales el problema parece aún más agudo, aunque existen diferencias entre las distintas categorías del personal. Parece que urge tomar medidas para asegurar que el personal pueda aplicar las capacidades adquiridas en la formación escolar a las diferentes funciones que debe llevar a cabo en las unidades de salud. Tal vez la educación continua pueda brindar una opción viable para lograr una mayor adecuación. Esto parece estar apoyado por el hecho de que 80% del personal considera que requiere actualizar sus conocimientos en diversas áreas.

El porcentaje del personal que percibió cambios en la calidad de la atención, disponibilidad de recursos y mejor adecuación entre metas y población a cubrir a partir de la descentralización, puede considerarse bajo. En todos los casos, más de 50% del personal consideró que no han ocurrido cambios. Un campo en el que parece haber una gran necesidad de mejoría es el de la calidad de la atención. Para todos los programas, entre 39 y 44% del personal opinó que a partir de la descentralización se había notado una mejoría en la calidad de los servicios. No obstante, los porcentajes correspondientes a disponibilidad de recursos y mejor ajuste de metas y población, no son mucho más altos. Jalisco y Oaxaca constituyen los casos extremos. Sin embargo, el primero de ellos, con más años de experiencia en la descentralización, no presenta porcentajes muy distintos al resto de los estados. Al parecer, en todos estos aspectos se tiene que trabajar insistentemente y con planes de mediano y largo plazos.

El personal que considera que las mujeres están satisfechas con los servicios recibidos se encuentra por arriba de 75% para todos los programas en el conjunto de estados. Campeche es, para todos los programas, el estado que registra los porcentajes más bajos. Éstos no parecen tener congruencia con las deficiencias que el propio personal observa en la disponibilidad de recursos y en los logros obtenidos a partir de la descentralización en cuanto a la asignación de recursos. Sin embargo, es posible que la identificación de satisfacción entre las mujeres esté relacionada con otros factores no indagados, más que con la falta de medicamentos, equipo o recursos en general. Entre estos factores se encuentran los que han sido mencionados por otros estudios, entre ellos, las expectativas de atención de la población y las relaciones interpersonales que establecen con los proveedores de atención. A pesar de la notable proporción de personal que percibe satisfacción entre las usuarias, los porcentajes que indican casos de insatisfacción con los servicios no son despreciables.

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS POR PARTE DE LAS USUARIAS

Un aspecto que destaca de los resultados obtenidos en la encuesta a usuarias se refiere a las características socio-demográficas de las mujeres que acuden regularmente a los programas de salud reproductiva. Aun cuando cada entidad ha tenido procesos de descentralización diferentes, comparten aspectos en la prestación de servicios que merecen una reflexión detallada.

Vale la pena comentar los aspectos sociodemográficos de las mujeres que participaron en la encuesta. El primero se refiere a la edad promedio de las usuarias, que fue de 35 años de edad. Esto podría deberse a que el programa de salud reproductiva está dirigido a mujeres en edad reproductiva, lo cual limita la participación de mujeres de

otras edades, como las jóvenes y las mayores de 50 años, cuyas necesidades en materia reproductiva son diferentes. En el caso particular de la baja participación de las adolescentes, podemos suponer que se debe a la poca repercusión del programa en este grupo de población, que no suele usar este tipo de servicios. En este sentido, convendría proponer que se desarrollen estrategias que permitan el acceso a esta población.

La variable sociodemográfica más significativa fue la escolaridad, sobre todo cuando se le asoció con ocupación, número de hijos y condición de pareja. La escolaridad, según los datos del estudio, es determinante para tener menos hijos y contar con una ocupación remunerada económicamente. El hecho de que las mujeres que han estudiado secundaria o un grado más avanzado tengan menos hijos, sugiere la importancia de garantizar que las mujeres accedan a este nivel de escolaridad, ya que así se eleva la probabilidad de que disminuyan sus tasas de fecundidad y se aplaze el inicio de su vida conyugal.

En cuanto a su condición socioeconómica, el único indicador que se obtuvo en la encuesta se refiere a la ocupación y escolaridad de las mujeres, quienes en su mayoría se dedican a las labores domésticas. Una limitación fue la falta de información de la actividad económica de la pareja para lograr caracterizar con mayor precisión aspectos como el ingreso familiar. Sin embargo, es posible suponer que se trata de mujeres en condiciones socioeconómicas similares a partir del tipo de localidad a la que pertenecen.

En este sentido, el perfil socioeconómico de las mujeres encuestadas responde a lo que se denomina *población abierta*, es decir, aquella que no cuenta con seguridad social y no puede pagar de manera constante por servicios privados, por lo que su opción principal son los servicios que los gobiernos estatal y federal proporcionan en cada entidad. Hay que señalar que en el presente estudio 37% de las mujeres manifestó que utilizaba los servicios de la unidad por motivos económicos, es decir,

por no poder pagar servicios privados o no tener acceso a la seguridad social.

Esta condición de las usuarias podría estar relacionada con la elevada proporción de mujeres que aseguraron estar satisfechas con los servicios.³ Otra explicación podría residir en las escasas expectativas de las mujeres de los estratos socioeconómicos más desprotegidos, por su condición de usuarias obligadas (en función de su condición económica) o por el temor manifiesto de perder el único espacio institucional con el que cuentan para atender su salud.

En lo que respecta al reporte de problemas de salud de las usuarias, la tasa encontrada en este estudio fue de más del doble a la registrada en el ámbito nacional, que se ubica en 10.1% para un indicador similar.⁴ Sin embargo, esto es comprensible, pues existe un sesgo hacia el tipo de población incluida en el estudio, ya que las mujeres entrevistadas son usuarias activas de los programas de salud evaluados y es previsible que tengan mayores problemas de salud en comparación con la población incluida en la Encuesta Nacional de Salud, que es un estudio poblacional. Un aspecto que merece una reflexión especial es el hecho de que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen una mayor probabilidad de reportar problemas de salud en comparación con aquellas que se dedican exclusivamente a las labores domésticas. Esto pone de manifiesto los efectos que la doble jornada tiene sobre la salud de las mujeres.

En cuanto a la opinión de las mujeres sobre los servicios que reciben, un primer aspecto a señalar se refiere a que son usuarias con experiencia, que en promedio tienen cinco años de uso continuo; por lo tanto, conocen bien las características y problemática de los servicios de salud. En este sentido, sus opiniones y evaluación de los

3 Este tipo de respuestas en poblaciones pobres usuarias de servicios de salud ha sido reportada por otros estudios.

4 SSA. Encuesta Nacional de Salud II, 1994.

servicios que reciben son sustanciales. La evaluación se realizó a través de dos dimensiones: calidad de la atención interpersonal y de la estructura de los servicios.

Con referencia a la calidad interpersonal, el indicador que resalta está relacionado con la información que las mujeres reciben en el momento de la consulta. En la literatura internacional y nacional, este aspecto es considerado como un indicador sensible para conocer la calidad de la atención. El hecho de que una considerable proporción de las mujeres no reciban ninguna información durante la atención o que la que reciben les parezca insuficiente, es un aspecto que requiere ser atendido por los prestadores de los servicios y, en general, por quienes se encargan de evaluar los programas de salud reproductiva, en los ámbitos tanto centrales como locales.

Este punto está estrechamente relacionado con la imposibilidad de las mujeres de asumir el cuidado de su salud reproductiva a partir de su experiencia con los servicios. Es posible pensar que este contacto entre usuarias-prestadores no redunde en mayor conocimiento para las usuarias y, en consecuencia, en una apropiación de las mujeres de sus condiciones de salud. Por otro lado, el derecho a la información constituye uno de los derechos fundamentales de las mujeres.

El hecho de que mujeres con experiencia como usuarias señalen que no conocen lo suficiente sobre el cuidado de su salud reproductiva es verdaderamente alarmante y significativo, pues revela varias deficiencias en la atención: a) es cuestionable la calidad de la información que se proporciona, ya que no se toma en cuenta las necesidades y la diversidad cultural de las usuarias; b) las estrategias de promoción de la salud que ponen en práctica los prestadores no logran promover el autocuidado de las mujeres que acuden permanentemente a sus servicios, con lo que se perpetúa su condición de subordinación con respecto al poder médico institucional, lo cual representa un obstáculo para *empoderarse* y asumir el cuidado de su salud reproductiva, y c) el discurso de

perspectiva de género que enarbola el Programa de Salud Reproductiva no se traduce, en la práctica, en estrategias consecuentes.

Sobre las condiciones de atención en la clínica, entre las dimensiones que se exploraron –abasto de anticonceptivos, espacio, equipo y trato de personal–, la primera representa la demanda más significativa del total de la muestra. En el presente estudio, una de cada dos usuarias consideró insuficiente el abasto de anticonceptivos y medicamentos. Esta condición afecta a las mujeres más pobres, entre la población ya de por sí depauperizada; es decir, las amas de casa, las mujeres sin estudios y las de zonas rurales, lo cual representa una clara condición de inequidad en el acceso a la salud y a mejores condiciones de vida. Lo anterior coincide con lo reportado en otros estudios efectuados en el país.⁵

En relación con el espacio y el equipo, la evaluación tampoco resultó favorable. En general, hubo consenso entre las mujeres respecto a la precariedad del espacio y el equipo de las unidades que participaron en el estudio y, tal como se pudo apreciar, estas condiciones han sido una constante a lo largo de los años. Con esto, se pone en evidencia que el proceso de descentralización de los servicios no ha logrado dar respuesta a esta sentida necesidad de la población, lo que se contrapone con los objetivos del sistema de reforma del sector salud, que en teoría busca optimizar la distribución de recursos y atender las necesidades en salud de la población en el ámbito local.

Otro aspecto que merece atención es el relativo a las condiciones particulares de las mujeres en las zonas rurales. A partir de los hallazgos del estudio es posible señalar que éstas enfrentan condiciones específicas que les limi-

5 Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública de México* 1998;40(1). Leyva-Flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J. How people respond to illness in Mexico: Self-care or medical care?, *Health Policy* 2001;57:15-26.

tan el acceso a la atención a la salud en comparación con sus pares urbanas. En todas las dimensiones utilizadas para evaluar la calidad de la atención, tanto en el rango interpersonal como de estructura, las peores condiciones se encontraron en las zonas rurales de los cuatro estados evaluados; en todos los casos, las diferencias fueron muy significativas. En consecuencia, es posible afirmar que la atención de la población más desfavorecida –la de menor instrucción y mayor marginalidad, en su mayoría indígena– se proporciona en las peores condiciones.

Queda claro, entonces, que hacen falta estrategias por parte del sector salud para dar atención a población en diversos contextos culturales. Hay que recordar, además, que los habitantes de las zonas rurales de los cuatro estados participantes forman parte, en su mayoría, de la población indígena: tarahumaras, tepehuanes, huicholes, zapotecos y mayas. En este sentido, los datos encontrados en el estudio no se apegan a las pautas que señalan la obligación de otorgar servicios a partir de reconocer la diversidad cultural y étnica del país.

Por último, cabe destacar que, en esta evaluación, el Programa de Detección Oportuna de Cáncer fue el que motivó mayor descontento de las mujeres. Las opiniones desfavorables se refieren principalmente a las intervenciones para la detección de cáncer cérvico-uterino, ya que la exploración de mamas no tiene la misma importancia para los prestadores ni para las mujeres, lo cual evidencia una concepción errónea, pues la mortalidad por cáncer de mama representa un problema de salud pública relevante en nuestro país. Las autoridades de salud en los estados señalan que ambos programas se ofrecen de manera conjunta, por lo que no queda claro por qué la población diferencia uno de otro.

Las usuarias del programa de detección de cáncer cérvico-uterino señalaron con mayor insistencia las siguientes propuestas: mejorar el equipo y el espacio con los que cuenta la clínica, incluir la atención por especialistas y reducir el tiempo de espera para la entrega de resultados.

del Papanicolau. Sin embargo, cabe señalar que esta demanda fue compartida por casi la mitad de las usuarias, indistintamente del programa de adscripción, lo cual señala una de las grandes deficiencias de los servicios. Estos resultados son consistentes con lo reportado en estudios específicos sobre el tema en nuestro país.⁶ Existe, por lo tanto, una gran incongruencia entre los resultados citados y las prioridades del sector salud –tanto federal como local– en el campo de la salud reproductiva, pues pese a que este programa tiene más de dos décadas y es considerado como prioritario en todo el país, continúa en aumento el número de mujeres que mueren cada año por este tipo de cáncer en nuestro país.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Este estudio fue diseñado para trabajar de manera simultánea tres ámbitos de operación de la descentralización y los programas de salud reproductiva: el político-administrativo, el operativo y el poblacional. La intención, a partir de la identificación de situaciones en cada uno de los niveles, fue articularlos para buscar explicaciones a los fenómenos identificados, que consideren tanto las opiniones de tomadores de decisiones y población usuaria como los hechos mismos en relación con la asignación real de recursos y su utilización en la provisión de servicios de salud reproductiva. Dado que el estudio trabajó con dos tipos de información, objetiva y subjetiva, los puntos de acuerdo entre todos los ámbitos son escasos; sin embargo, cuando se les identifica, su análisis se vuelve más confiable.

El primer tema que aparece de manera reiterada en los tres niveles es el de la escasez de medicamentos y

6 Lazcano-Ponce E, Buiatti E, Nájera P, Alonso P, Hernández M. "Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a new approach", en *Cancer Causes and Control*, 1998:241-51.

anticonceptivos en las clínicas. Debe señalarse, no obstante, que sus manifestaciones específicas varían en cada estado. Tanto los tomadores de decisiones de nivel intermedio, como el personal operativo y las usuarias, califican como crítica esta escasez, que ha sido reportada también por otros estudios. El hecho de que éste sea un asunto políticamente sensible, permite explicar que los directivos de alto rango no hubieran hecho énfasis en él. En general, se argumenta que la escasez de medicamentos y anticonceptivos en las unidades de atención es producto de problemas relacionados con la distribución y no se debe a la falta de los mismos en el sistema de salud. De hecho, la descentralización generó la expectativa de que el problema de la distribución sería resuelto, pero no parece que haya ocurrido así, a juzgar por los resultados del presente estudio. Sin duda, los procesos de compra, abasto y distribución tienen que ser revisados, así como los criterios de asignación urbana-rural.

El segundo tema crítico se refiere a la operación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico-uterino. Las manifestaciones más aparentes sobre el problema fueron identificadas en las entrevistas con las usuarias. En efecto, un porcentaje alto de mujeres en todos los estados señaló que este programa es el que enfrenta mayores problemas. El punto clave aquí es que la logística de dicho programa implica la participación de diferentes instancias dentro de la estructura de servicios, entre ellas, el laboratorio que lleva a cabo el procesamiento de las muestras citológicas. En todos los estados, este proceso de toma de muestras, análisis, lectura y devolución de resultados, es mucho más complejo de lo esperado.

En cada paso se han identificado problemas de diferente índole. En la toma de la muestra intervienen factores culturales, educativos y físicos (molestias, incomodidad) de parte de las usuarias, al lado de factores técnicos, que atañen a los proveedores de servicios. Es bien sabido que las usuarias no necesariamente enfren-

tan la toma de la muestra de manera positiva, y que en este renglón la labor del personal operativo resulta fundamental para hacerlas sentir confiadas y seguras. El aspecto técnico también es relevante; en fechas recientes, las recomendaciones sobre la técnica para tomar la muestra cambiaron en relación con el tipo de tejido que se tiene que obtener, por lo que la re-capacitación del personal es fundamental para el éxito del proceso.

En el procesamiento y la interpretación de los resultados, algunos aspectos de la organización y disponibilidad de los recursos humanos desempeñan un papel fundamental. El envío de las muestras al laboratorio implica problemas por la forma en la que éstas son empacadas. Los laboratorios disponibles en las secretarías de salud estatales por lo general están saturados debido a la gran cantidad de muestras que reciben y en ocasiones no hay suficiente personal capacitado para su interpretación. El regreso de las muestras a los centros de salud para que los resultados sean entregados a las usuarias puede ser un proceso que abarque meses, e incluso en ocasiones los resultados se pierden. Estos retardos llegan a tener consecuencias lamentables en la salud de las mujeres, particularmente de aquellas que tienen síntomas que hacen temer el desarrollo inminente de tumoraciones. Es importante alertar a las autoridades de salud sobre la necesidad de llevar a cabo una revisión integral de este programa, ya que podrían considerarse distintas opciones para mejorar su aplicación.

La diferencias de asignación de recursos humanos y de productividad entre estados y entre centros urbanos y rurales es un tema complejo que no fue referido por todos los tipos de entrevistados y para el cual tampoco existen coincidencias. No obstante, la disponibilidad de los recursos y la productividad reportada y estimada son los hechos de partida para este punto de la discusión. En relación con la asignación de recursos humanos destacan dos aspectos:

El primero es que, con excepción de Oaxaca, no existen diferencias estadísticas en la asignación de enfermeras y médicos entre centros de salud urbanos y rurales en los estados. El segundo punto es que a pesar de que estas diferencias no son importantes, las estimaciones señalan que la disponibilidad de personal es insuficiente en algunos centros de salud de áreas tanto urbanas como rurales. En el caso de Campeche, por ejemplo, existen centros de salud que tienen un médico para menos de mil habitantes, mientras que en otros casos, cada médico cubre, en teoría, a más de tres mil habitantes. Las disparidades se muestran al interior de cada zona (urbana-rural). En Jalisco también existen disparidades de acuerdo con el tipo de localidad. El caso de Oaxaca es particular, ya que ahí las diferencias de asignación urbano-rural son muy claras en relación tanto con médicos como con enfermeras. Más aún, la asignación de médicos de uno por 4 910 corresponde a las cifras registradas en los estados del sur del país en 1950,⁷ por lo que se puede afirmar que el incremento de la oferta de médicos a escala nacional en los últimos 30 años no ha tenido repercusiones en estas zonas.

En el caso de la productividad, las diferencias entre áreas urbanas y rurales en cada estado no son significativas, pero sí lo son las que se registran entre estados. De esta forma, la productividad en Jalisco es la más baja de todas las entidades para categorías como número de consultas totales diarias y consultas de planificación familiar, toma de muestras citológicas y exploración de mamas. Por su parte, Campeche y Oaxaca aparecen por encima del resto de los estados para el número de consultas de planificación familiar, toma de citologías y exploración preventiva de mamas. Cabe observar también que la producción de servicios por unidad en Oaxaca se ubica siempre alta, como en el caso de las consultas prenata-

7 Nigenda G. The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment. *Health Policy* 1997;39:107-22.

les, consultas totales y consultas a mujeres Sin embargo, cuando estos índices de productividad se contrastan con la producción que reportan los proveedores, se observa, como era de esperarse, que éstos sobrestiman su productividad Lo anterior debe ser considerado por estudios subsiguientes que intenten obtener mediciones de productividad a partir de la opinión de los proveedores de servicios.

Las diferencias de asignación de recursos entre áreas urbanas y rurales comprometen el sentido de la búsqueda de la equidad, ya que –como se señaló en el capítulo III– los municipios rurales escogidos son aquellos que presentaban los indicadores más bajos y, por lo tanto, las condiciones socioeconómicas más desventajosas en los estados seleccionados. Una asignación de recursos que favorece a las áreas urbanas reduce la equidad del sistema al reducir las oportunidades de acceso a las poblaciones que más lo necesitan, entorpece el objetivo de la descentralización, que es acercar los recursos a los grupos socioeconómicos en desventaja, y dificulta la eficiencia distributiva al no ubicar los recursos donde pueden ser mejor utilizados. Es importante que las autoridades de salud locales identifiquen y seleccionen las opciones disponibles para lograr una mejor combinación en la dotación de recursos y en los logros en términos de equidad y eficiencia.⁸

Las encuestas aplicadas al personal de salud y a la población usuaria de servicios de salud reproductiva muestran también temas que será importante considerar en el desarrollo futuro de la descentralización de los servicios de salud. Se puede señalar que el personal que identifica cambios en la disponibilidad de recursos, en la forma en la que se otorgan los servicios y en la calidad de los mismos no rebasa 50% en todos los estados. El efecto de la temporalidad de la descentralización que se

8 McPake B. La Reforma del Sector Salud: ¿Equidad y Eficiencia en Conflicto? *Informando y Reformando* 1999;2.

esperaría en Jalisco es nulo si se compara con estados como Chihuahua y Campeche. Un aspecto destacable es que en estos tres estados los porcentajes son muy similares; sin embargo, en Oaxaca se ubicaron los porcentajes más bajos. En la encuesta de usuarias, la percepción de cambio en los últimos años fue señalada en promedio por la mitad de la muestra de mujeres. Existen diferencias urbano-rurales pero éstas no son en el mismo sentido en todos los estados. El caso más destacable es Chihuahua, donde 74% de las mujeres que no notaron mejoría se encontró en la zona urbana, mientras que en Jalisco 57% de las mujeres con una opinión similar se ubicó en el área rural.

Las tres propuestas más importantes de las mujeres para mejorar los programas de salud reproductiva fueron, en orden descendente: a) mejorar el abasto de medicamentos y anticonceptivos; b) otorgar atención por parte de especialistas, y c) mejorar los tiempos de entrega de los resultados de las citologías. Estos tres aspectos son puntuales y reflejan las deficiencias identificadas tanto por proveedores como por usuarias. La diferencia urbano-rural más importante está en relación con el abasto de medicamentos y anticonceptivos, ya que 60% de las mujeres que hicieron esta recomendación residían en áreas rurales.

Finalmente, debe señalarse que es posible entender la descentralización como un proceso en marcha que ha generado más expectativas que resultados. Todavía se requiere avanzar en los mecanismos de financiamiento, particularmente en lo relativo a la transferencia de la nómina del personal y al ajuste entre la normatividad, los recursos disponibles y la vigilancia de su cumplimiento. Este elemento es muy relevante, ya que, por ejemplo, la limitación de recursos de un estado como Oaxaca, lo llevará siempre a enfrentar más problemas de los que tiene un estado como Jalisco para cumplir con la normatividad. De hecho, Jalisco se encuentra en posición de movilizar recursos para intentar innovaciones, situación a la

que Oaxaca difícilmente podrá acceder, si ello involucra recursos. No obstante, dentro de sus limitaciones, esta entidad tendría que intentar buscar mecanismos para mejorar tanto la eficiencia en el uso de los recursos, como la calidad de la atención. Este último aspecto requiere, en muchos sentidos, más sensibilidad ante las necesidades de la población y sus diferencias étnicas y culturales, que movilización de recursos.

CAPITULO VIII
RECOMENDACIONES

GENERALES

- a) Mejorar la articulación de los distintos niveles de decisión y operación de las secretarías de salud estatales a fin de que los programas tengan lineamientos claros de operación y programas con metas de acuerdo con los recursos disponibles.
- b) El nivel federal debería identificar las experiencias innovadoras exitosas de los estados en los programas de salud reproductiva –y en otros programas– a fin de considerar su aplicabilidad en otras entidades.
- c) Crear una cultura institucional –a nivel tanto federal como estatal– que perciba a la normatividad como un instrumento para garantizar niveles de atención mínimos y no como instrumento para restringir capacidad de acción e innovación.
- d) Todos los estados deben mejorar los grados de eficiencia de asignación y eficiencia distributiva con los que producen servicios de salud reproductiva.
- e) Los procesos organizacionales para ejecutar los programas de salud reproductiva deben ser revisados a fin de identificar puntos problemáticos que interrumpan o dificulten el proceso de provisión de servicios.
- f) Poner especial énfasis en el programa de detección oportuna de cáncer. Se debe garantizar una entrega oportuna de los resultados de la prueba y una opción adecuada de atención cuando éstos son positivos.
- g) El personal de salud debe ser sujeto de re-entrenamiento constante, no sólo en aspectos técnicos de la atención, sino también que le permita desarrollar sen-

sibilidad ante las necesidades y deseos de las mujeres a las que atienden.

- h) Definir acuerdos para fomentar la participación de las usuarias en la planificación de los servicios, y de las organizaciones no gubernamentales en el otorgamiento de los mismos, sobre bases de cooperación y reciprocidad.

ESPECÍFICAS

- a) Mejorar la información que se proporciona en la consulta a las usuarias del Programa de Salud Reproductiva, ya que 30% señala que no recibe información o ésta es insuficiente.
- b) En consecuencia, desarrollar programas de educación y promoción de la salud reproductiva, ya que se pudo observar un desconocimiento de las prácticas de autocuidado en relación con este aspecto entre las usuarias que participaron en el estudio.
- c) Tomar en cuenta la diversidad cultural de las usuarias en zonas indígenas para la planeación de los servicios, así como para proveer la atención requerida en materia de salud reproductiva.
- d) En consecuencia con lo anterior, se propone hacer una revisión exhaustiva de las condiciones en las que se está atendiendo la salud reproductiva de las mujeres de las zonas rurales, ya que muestran desventajas en varios aspectos evaluados en el estudio, tales como: acceso, información, mayores limitaciones económicas.
- e) Es importante mejorar el abasto de medicamentos y anticonceptivos, tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales, ya que ésta fue la demanda más sentida de la población que participó en el estudio.
- f) Tomar medidas urgentes para mejorar el tiempo de entrega de los resultados del Papanicolau. En todos los estados participantes, ésta fue una de las principales demandas entre las usuarias.

- g) Mejorar las condiciones del equipo en las unidades del primer nivel de atención. Esta es una de las demandas de las usuarias del programa.
- h) Mejorar las condiciones de espacio en las unidades del primer nivel de atención. También fue una de las demandas de las usuarias.
- i) Disminuir el tiempo de espera para pasar a consulta, sobre todo en las zonas urbanas, donde representó un tema más recurrente.
- j) Buscar una distribución de recursos más equilibrada, principalmente para estados como Oaxaca y Chihuahua, y en éstos, entre áreas rurales y urbanas, atendiendo a indicadores de necesidades de salud.
- k) En Campeche existe una importante concentración de médicos en el área rural de Hopelchen, por lo que para mejorar la utilización de estos recursos se tendrían que fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los centros de salud rurales. Asimismo, diferenciar mejor las actividades correspondientes al segundo nivel de las que pertenecen al centro de salud, que corresponden al primer nivel de atención. De esta manera se facilitará la evaluación de la productividad entre hospital integral y centro de salud rural.
- l) También en Campeche, en virtud de la importante concentración de enfermeras en la capital, se requeriría de una evaluación de las actividades que realiza este personal y mejorar su eficiencia a través de valorar su posible reasignación de tareas o reubicación geográfica.
- m) Desarrollar una cultura que aliente una mejor utilización de los recursos humanos asignados a Jalisco, para lo cual habrá que identificar cuáles podrían ser los factores asociados a su baja productividad, así como impulsar estrategias que permitan mejorar la cobertura para su población responsable.
- n) Diseñar programas de incentivos que permitan mejorar la productividad, principalmente en estados como Jalisco.

- o) Impulsar en todos los estados la ampliación de la cobertura de los programas de planificación familiar y detección de cáncer cérvico-uterino y mamario, principalmente en las áreas rurales, que es dónde tienen menor cobertura.

ANEXO 1

CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTADOS SELECCIONADOS

LOCALIZACIÓN

CAMPECHE: Sureste de la República. Colinda al norte con el Golfo de México y Yucatán; al este con Quintana Roo y Belice; al sur con la República de Guatemala y Tabasco; al oeste con Tabasco y el Golfo de México.
CHIHUAHUA: Norte de la República. Colinda al norte con Estados Unidos de América; al este con Estados Unidos de América, Coahuila y Durango; al sur con Durango y Sinaloa; al oeste con Sinaloa, Sonora y Estados Unidos de América.
JALISCO: Occidente de la República. Colinda al norte con Nayarit, Aguascalientes y Zacatecas; al este con Zacatecas, San Luis Potosí, Guanajuato y Michoacán; al sur con Michoacán, Colima y el Océano Pacífico; al oeste con el Océano Pacífico y Nayarit.
OAXACA: Sureste de la República. Colinda al norte con Puebla y Veracruz; al este con Chiapas; al sur con el Océano Pacífico; al oeste con Guerrero.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

CAMPECHE	CHIHUAHUA	JALISCO	OAXACA	NACIONAL
Superficie (km ²) / Porcentaje sobre la superficie nacional				
56 858 / 2.9	247 087 / 12.6	80 137 / 4	95 364 / 4.8	1 964 375
Número de municipios				
11	67	124	570	2 427
Población en 1995				
642 516	2 793 537	5 991 176	3 228 895	91 158 290
Población en 2000				
690 689	3 052 907	6 322 002	3 438 765	97 483 412
Población urbana en 2000 (%)				
71	82.5	84.5	44.5	74.6
Población rural en 2000 (%)				
21	17.5	15.5	55.5	25.4
Densidad de población (habitantes por kilómetro cuadrado)				
12	12	80	37	50
Tasa global de fecundidad				
2.9	2.9	3.0	3.3	2.9
Tasa bruta de natalidad(nacidos vivos por mil habitantes)				
20.9	20.1	22.0	24.3	21.7
Promedio de hijos nacidos vivos por mujer				
2.6	2.6	2.7	2.9	2.6
Esperanza de vida al nacer				
74.7	75.8	76.3	72.5	75.4

Continúa

continuación CARACTERÍSTICAS GENERALES

CAMPECHE	CHIHUAHUA	JALISCO	OAXACA	NACIONAL
Tasa de mortalidad general(defunciones por mil habitantes)				
4.1	4.1	4.2	5.4	4.3
Tasa de mortalidad materna en 1999 ^A				
4.2	2.9	3.3	6.4	5.3
Tasa de mortalidad infantil ^B				
9.5	13.7	13.7	11.1	13.8
Índice de masculinidad(hombres entre número de mujeres, por 100)				
99.4	99.2	94.4	93.0	95.4
Hogares con jefatura femenina en 1995 (% respecto al total de hogares)				
14.1	17.1	18.3	15.3	17.8
Hogares con jefatura femenina en 2000 (% respecto al total de hogares)				
17.8	20.6	20.8	22.3	20.6
Hogares con derechohabencia a servicio médico (%)				
38.4	56.2	44.3	22.6	40.1
Población alfabeta de 15 años y más (%)				
88.1	95.1	93.5	78.4	90.5
Población analfabeta de 15 años y más (%)				
11.8	4.8	6.4	21.5	9.5
Población mayor de cinco años hablante de lengua indígena en 1995 (%)				
15.9	2.8	0.4	36.6	6.8
Médicos para cada mil habitantes				
164.4	100.1	124.5	49.8	120.0
Enfermeras para cada mil habitantes				
219.3	178.4	194.5	124.4	191.1
Camas por cada mil habitantes				
93.7	76.7	93.6	93.6	77.5
Consultorios por cada mil habitantes				
92.4	47.1	49.1	49.8	51.7
Partido gobernante / sexenio				
PRI / 1997-2003	PRI / 1998-2004	PAN / 2001-2007	PRI / 1998-2004	
Partido anterior en el gobierno				
PRI	PAN	PAN	PRI	
Principales partidos en el Congreso				
PRI: 54.3%	PRI: 54.5%	PAN: 52.2%	PRI: 59.5%	
PAN: 34.3%	PAN: 33.3%	PRI: 40%	PAN: 16.7%	

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, con excepción de los datos sobre los gobiernos estatales. Las cifras estadísticas corresponden al año 2000, salvo los casos en los que se indica lo contrario.

^A Defunciones de mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio por diez mil nacidos vivos.

^B Defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos.

DISEÑO DE LA MUESTRA PARA LA ENCUESTA A USUARIAS

A fin de contrastar la opinión de las mujeres con respecto al proceso de atención de los servicios de salud, se incluyeron como usuarias activas a todas aquellas mujeres que recibieron por lo menos tres consultas de cualquiera de los programas antes mencionados; se eliminó a las mujeres con consulta única, ya que no podrían emitir una opinión basada en la experiencia.

En todos los municipios se seleccionaron inicialmente los cuatro centros de salud con mayor volumen de usuarias. Con estos datos se construyó el marco muestral sobre la base de los siguientes criterios: a) que las mujeres hubieran asistido a consulta en el año previo a la fecha del levantamiento de la encuesta, y b) que fueran usuarias activas de alguno de los cuatro programas de salud objeto del estudio. La construcción del marco muestral implicó obtener las listas o registros con los que cuentan los centros de salud de las usuarias, por programas. Estos registros fueron cotejados para evitar repeticiones.

Debido a que se requirieron estimaciones independientes para cada localidad, se decidió tomar en cada sitio una muestra sistemática de tamaño $n = 382$ (con un nivel de confianza de 95%, una $p = 0.6$, una precisión de 0.05 y una tasa de no respuesta de 5%). Para ello, se usó la relación del número de usuarias por unidad participante en 1998.

La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas cerradas a las usuarias de los programas de interés para el estudio y que hubieran sido seleccionadas por medio del mecanismo que se mencionó antes. La aplicación estuvo a cargo de personal previamente capacitado y bajo la supervisión del coordinador del proyecto a nivel local.

El cuestionario incluyó datos sociodemográficos e información sobre la atención que proporciona la clínica. En esta última sección se exploraron varios aspectos: tiempo de uso de los servicios de la clínica; programa del que es usuaria; grado de satisfacción con los servicios; evaluación de las condiciones en las que se presta el servicio en la clínica; accesibilidad a los servicios desde el punto de vista geográfico, económico, familiar y de tiempo; motivos de selección de la clínica; tiempos de espera para recibir consulta; percepción de cambios en la calidad de los servicios de la clínica en el último año y propuestas para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por la clínica.

Para la captura de los datos se empleó el programa de cómputo Dbase IV y para el análisis estadístico, el programa SPSS-5.0.

ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

ASIGNACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Este componente se evaluó a partir de información proveniente del área de recursos humanos de la Secretaría de Salud en cada estado. Se consideró la cantidad total de médicos y enfermeras de cada centro de salud analizado. Para evaluar la equidad en la asignación de recursos humanos se tomó en cuenta el número de médicos y enfermeras en relación con la población bajo la responsabilidad para cada centro de salud. Este indicador se comparó entre centros de salud y entre estados.

PRODUCTIVIDAD REAL

Se utilizó el Sistema de Información de Salud para Población Abierta (SISPA) para cada centro de salud, con información sobre el año 1999. Los indicadores empleados fueron:

$$\frac{\text{Total de consultas / Días hábiles al año}}{\text{Total de médicos}}$$

$$\frac{\text{Total de consultas generales de planificación, atención prenatal, etcétera / Días hábiles al año}}{\text{Total de médicos}}$$

$$\frac{\text{Total de exámenes de Papanicolau o mamaríos / Días hábiles al año}}{\text{Total de enfermeras}}$$

$$\frac{\text{Total de consultas}}{\text{Población responsabilidad}}$$

PRODUCTIVIDAD PERCIBIDA

Se utilizó la información proveniente de las entrevistas a los médicos, a quienes se les preguntó sobre: total de consultas que otorgan diariamente; número de consultas a mujeres; producción semanal de consultas de planificación familiar, ginecológicas, número de partos atendidos, pruebas de Papanicolau, exploración mamaria y pláticas a grupos.

Al personal de enfermería y promotores de la salud se les preguntó sobre su producción semanal de pláticas individuales y grupales, toma de signos vitales, aplicación de vacunas antitetánicas, visitas domiciliarias para el Programa de Salud Reproductiva, toma de Papanicolau y exploración mamaria.

Para cada una de las variables se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas debido a que ninguna de ellas tiene una distribución normal. Como estadístico central se empleó la mediana. Para establecer comparaciones se recurrió a pruebas de rangos de Mann-Whitney para comparación entre dos grupos, y de Kruskal-Wallis y pruebas de la mediana para comparación de más de dos grupos. Se estableció como valor crítico $p = .05$ para decidir si las diferencias tenían o no valor estadístico.

ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DE SALUD

La medición de este componente de productividad se realizó a partir de un componente del cuestionario aplicado a los proveedores, a través del cual reportaban la cantidad de servicios producidos al día y a la semana. La información, por lo tanto, dio cuenta de la percepción que tenía los proveedores sobre su propia productividad.

A los médicos se les preguntó sobre el total de consultas que otorgaban diariamente, el número de consultas que brindan a mujeres, así como la producción sema-

nal de consultas de planificación familiar y ginecológicas, número de partos atendidos, pruebas de Papanicolaou, exploración de mamas y pláticas a grupos.

Al personal de enfermería y promotores de la salud se les preguntó sobre la producción semanal de pláticas individuales y grupales, toma de signos vitales, aplicación de vacunas antitetánicas, visitas domiciliarias para el Programa de Salud Reproductiva, toma de Papanicolaou y exploración de mamas.

La metodología utilizada en el análisis de los resultados de la encuesta al personal de salud fue la siguiente:

- Se aplicaron pruebas de normalidad para optar por el uso de modelos paramétricos o no paramétricos en la comparación de los grupos. Las pruebas de normalidad reportaron que ninguna tiene una distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas basadas en la comparación de medianas para ver diferencias significativas entre los grupos. Se fijó como valor crítico $p = .05$. Para la comparación entre pares de grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney y para comparaciones de más de dos grupos se utilizó la de Kruskal-Wallis.
- Se presentó una descripción de frecuencias simples de la variables y comparaciones de centros urbanos y rurales de manera global.
- Posteriormente, para cada estado se presentó primero una comparación con los estados restantes, y después se compararon centros de salud urbanos y rurales dentro del propio estado.

ÍNDICE DE CUADROS

III.1	Indicadores para la selección de los municipios urbanos y rurales de los cuatro estados	42
III.2	Proceso de selección de la muestra de usuarias ...	49
III.3	Instrumentos de recolección de datos, por componente.....	52
V.1	Distribución de médicos y enfermeras en centros de salud de Campeche	100
V.2	Distribución de médicos y enfermeras en centros de salud de Oaxaca	101
V.3	Distribución de médicos y enfermeras en centros de salud de Jalisco	102
V.4	Distribución de médicos y enfermeras en centros de salud de Chihuahua	103
V.5	Distribución de médicos y enfermeras entre estados	104
V.6	Personal que declaró requerir actualización para desempeñar sus funciones en forma apropiada ...	125
V.7	Personal que conoce casos de mujeres insatisfechas con los programas	131
V.8	Percepción de los proveedores sobre aspectos relacionados con los servicios a partir de la descentralización, según el tipo de localidad	134
V.9	Percepción de los proveedores sobre aspectos relacionados con los servicios a partir de la descentralización, por sexo	136
V.10	Percepción de los proveedores sobre aspectos relacionados con los servicios a partir de la descentralización, por tipo de formación	137
VI.1	Número de usuarias encuestadas, por estado.....	140
VI.2	Características sociodemográficas de las usuarias, según el tipo de localidad	143
VI.3	Asociación de escolaridad con situación conyugal, ocupación y número de hijos de las usuarias	145
VI.4	Primeras cinco causas de morbilidad reportadas por las usuarias	146
VI.5	Evaluación de la calidad de la atención interpersonal, por estado	148

VI.6	Evaluación de la calidad de la atención interpersonal, por tipo de localidad	150
VI.7	Evaluación de la calidad de la atención interpersonal en el programa de detección de cáncer cérvico-uterino, por estado	150
VI.8	Evaluación de la calidad en la estructura, por estado	152
VI.9	Evaluación de la calidad en la estructura, por tipo de localidad	153
VI.10	Tiempos de traslado y espera para recibir atención, por estado	153
VI.11	Tiempo de traslado y espera para recibir atención, por tipo de localidad	154
VI.12	Percepción de mejoría en la calidad de los servicios en el último año, por estado	155
VI.13	Percepción de mejoría en la calidad en servicios en el último año, por tipo de localidad	157
VI.14	Propuestas para mejorar los servicios de salud, por estado	158
VI.15	Propuestas para mejorar los servicios de salud, por tipo de localidad	158

ÍNDICE DE GRÁFICAS

V.1	Productividad de unidades médicas en centros de salud del estado de Campeche.....	106
V.2	Productividad de unidades médicas en centros de salud del estado de Oaxaca.....	108
V.3	Productividad de unidades médicas en centros de salud del estado de Jalisco	109
V.4	Productividad de unidades médicas en centros de salud del estado de Chihuahua.....	111
V.5	Comparación de productividad entre estados.....	112
V.6	Comparación de la productividad entre centros de salud urbanos y rurales	115
V.7	Características del personal entrevistado	119
V.8	Opinión del personal sobre la importancia de las deficiencias en cuatro aspectos de la prestación de servicios	121
V.9	Personal que opina que existe desperdicio de recursos en los programas	123
V.10	Personal que opina que existen suficientes recursos humanos en los programas	124
V.11	Personal que señala la existencia de adecuación entre su formación y las actividades que lleva a cabo.....	126
V.12	Personal que opina que la descentralización permitió mejorar la calidad de la atención en los diferentes programas	128
V.13	Personal que opina que a partir de la descentralización existen recursos suficientes en los diferentes programas.....	129
V.14	Personal que opina que a partir de la descentralización hay una mayor adecuación entre las metas programadas y el volumen de población que debe cubrir cada programa	130
V.15	Personal que opina que la población usuaria se siente satisfecha con los programas.....	132

DESCENTRALIZACIÓN Y PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
se imprimió en septiembre de 2002 en los talleres de Litoarte,
S.A. de C.V., San Andrés Atoto 21-A, Col. Industrial Atoto,
Naucalpan de Juárez, Estado de México. El tiraje consta
de mil ejemplares. Corrección y cuidado de la edición:
Bertha Trejo Delarbre / Wenceslao Huerta Lucario.
Diseño y formación: Jesús Fernández Vaca.
Diseño de los forros: José Efrén Motta
Santiago. Ilustración de la portada:
Moore Woman by © Corbis.