

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS A.C.



**“DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE POLÍTICA PÚBLICA EN
CONTEXTOS MULTICULTURALES: EL CASO DE CUETZALAN DEL
PROGRESO, PUEBLA”**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

DAVID OSWALDO SÁNCHEZ VALDÉS

DIRECTOR DE LA TESINA: DR. MAURICIO MERINO HUERTA

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE DE 2005

Índice

	Página
Introducción	2
Capítulo 1. Implantación de políticas públicas: un marco de referencia	
Decisiones incrementales, valores y ajuste mutuo	12
Divergencia de valores: taxonomía de las restricciones y el cambio en las restricciones institucionales	15
Complejidad de la Acción Conjunta	20
La importancia de la toma de decisiones y el ajustador	24
Capítulo 2. El contexto multicultural y la política pública: valores, reconocimiento y flexibilidad	
Inequidad y reconocimiento	30
Diseño de políticas públicas federales de salud: reconocimiento en el Programa de Ampliación de Cobertura	35
Instrumentación del PAC: reconocimiento y flexibilidad normativa para su operación	41
Capítulo 3. Flexibilidad e interculturalidad: funciones y toma de decisiones en la instrumentación del paquete básico de servicios de salud del Programa de Ampliación de Cobertura	
Flexibilidad, ajuste mutuo y ubicación de la red intercultural	50
El primer punto de contacto: puntos de inacción, flexibilidad y la extensión de la red	53
Flexibilidad: la acción intercultural dentro del PAC	57
La red intercultural para la provisión del PABSS en su modalidad geográfica	62
Capítulo 4. Redes interculturales de implantación: el PAC y el Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, estado de Puebla	
El Hospital Integral con Medicina Tradicional: breve recuento de su evolución	83
Dinámica organizacional para la implantación de políticas de salud: ajuste mutuo y relaciones interculturales	88
Consolidación de la red intercultural para la provisión de los servicios de salud en comunidades indígenas: instrumentos de coordinación intercultural	93
Conclusiones	105
Bibliografía	110

Introducción

La capacidad del Sistema de Salud en México no ha sido suficiente para cumplir con la demanda de los servicios básicos, especialmente en zonas de difícil acceso consideradas como de alta y muy alta marginación. Para 1995 esta incapacidad alcanzó niveles preocupantes, pues se reconocía la existencia de un total de diez millones de mexicanos con acceso nulo -o muy limitado- a los servicios primarios de salud; esto es, 10.9% de la población total del país.¹ Las comunidades donde se distribuyó dicha población son en su mayoría localidades rurales e indígenas con menos de 500 habitantes, de alta dispersión geográfica, compleja topografía que complica el acceso² y, como sus contextos sugieren, con ciertas diferencias culturales respecto de las sociedades urbanas que determinan el funcionamiento de sus redes sociales, políticas y económicas.

Y son precisamente esas características culturales, el grado de marginación en el que se encuentran y su posibilidad de interactuar con las instituciones de salud para lograr su desarrollo integral, las que hoy nos atañen. Dichas características forman parte de los atributos del contexto que determina ciertos caminos viables para la implantación de políticas federales de salud en el ámbito local. Por lo tanto, y en primera instancia, son dos vertientes generales alrededor de las cuales pretendemos desarrollar el presente trabajo: el proceso de implantación de un programa de política pública en salud y su relación con las características culturales del contexto en donde tal proceso tiene lugar.

¹ Estadística del Consejo Nacional de Población. En sitio web:<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores>

² Véase en Secretaría de Salud. “Lineamientos de Operación. Programa de Ampliación de Cobertura”. México, D.F., 1996. p. 20.

Tomando en cuenta que las comunidades en su mayoría son indígenas y que son organizaciones públicas a través de las cuales se implantan los programas de salud, no es difícil imaginar la posibilidad de que durante tales procesos de implantación se de una interacción entre actores cuyas raíces culturales difieren. Así, podemos decir que la implantación de políticas públicas en contextos indígenas genera procesos de interacción multicultural.

Por lo anterior, surge la necesidad de establecer y aclarar algunos conceptos que para nuestro trabajo son de vital importancia. De este modo, dentro de todo lo que se puede aludir con la palabra “multicultural”, primer concepto, el énfasis radica en el hecho de que la “nación tiene una composición *pluricultural* sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus *propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas*”.³

En esta afirmación constitucional identificamos dos aspectos relevantes. En primera instancia, lo que implica el término “pluricultural”. Éste sustenta la existencia de un contexto conformado por más de una cultura con tradiciones e instituciones propias que son distintas entre ellas. En este sentido, es importante mencionar que la interacción intercultural, o interculturalidad, se da cuando la relación entre las culturas en cuestión se concentra en el *diálogo, el respeto y comprensión de las diferencias tradicionales, así como*

³ Véase el artículo 2º de “La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. En <http://constitución.presidencia.gob.mx>. Gobierno de la República Mexicana. 2005.

*en un proceso de comunicación, educación y formación mutua.*⁴ Por ello, la condición intercultural representa nuestro segundo concepto relevante.

Dada tal condición, percibimos que la complejidad para operar redes de implantación para programas en tales contextos se puede agravar por cuando menos dos razones cuya perspectiva es teórica. La primera se visualiza desde la propuesta de que las capacidades de toma de decisiones de los actores en el diseño e implantación de una política pública se ven constreñidas por una racionalidad limitada. Ésta proviene de limitaciones en: habilidades, hábitos y reflejos inconscientes; valores y percepciones de finalidad, los que no necesariamente están alineados a aquellos que corresponden a la teoría de cambio de la política pública; y en la extensión de su conocimiento y en consecuencia de la información disponible.⁵

De modo que en el mundo de la implantación de los programas de política pública, estas limitaciones prácticas del individuo producen un proceso de decisiones incremental, donde los últimos objetivos de la política representan las guías que determinan esas decisiones individuales durante el mismo proceso.⁶ En consecuencia, la toma de decisiones incremental limita la capacidad de planeación de los actores.⁷ La inexactitud en la planeación transfiere mayor complejidad a los actores para una gestión y coordinación adecuada de las redes de implantación de los programas.

Considerando las condiciones impuestas, se espera que los planes del programa cuando menos reconozcan en su diseño las dificultades que presentan los contextos multiculturales;

⁴ Véase Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, “El Enfoque Intercultural. Herramienta para Mejorar la Calidad de los Servicios de Salud”, en Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, DF. 2004. p. 4.

⁵ Herbert A. Simon, “El comportamiento administrativo: estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa”. 3ª ed, Buenos Aires: Aguilar, c. p. 229.

⁶ Charles E. Lindblom. “La ciencia de salir del paso”, en Luis F. Aguilar, *La hechura de las políticas*. Miguel Angel Porrúa. México, 1992, pp. 214-220

⁷ Charles E. Lindblom, *op. cit.*, p. 220

especialmente si el programa considera la participación comunitaria organizada. Por ello, dirigimos así la atención hacia la posibilidad de que se desarrollen procesos de *ajuste mutuo* sumamente complejos, concentrados principalmente en la capacidad de incrementar la compatibilidad entre valores e intereses, es decir, la incorporación gradual tanto entre los objetivos de los distintos grupos involucrados, como entre los de las políticas y dichos grupos.⁸

Por tanto, nuestro tercer concepto importante es el ajuste mutuo, principalmente porque el desarrollo de este mecanismo representa la segunda razón que agrega complejidad al proceso de implantación, considerando que éste implica un enfrentamiento entre dos culturas que requieren coordinarse para implantar un programa de salud; como sucedió durante la implantación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) iniciado en 1995.⁹

De modo que en este trabajo, compartimos la visión de Giandomenico Majone (1997) en que para ciertas situaciones las demandas específicas de una población requieren que los tomadores de decisiones realicen esfuerzos estratégico-administrativos aún más eficientes, eficaces y, en especial, legítimos, y no sólo conformarse con estudios de factibilidad técnica y/o presupuestal.¹⁰ Tales estudios siguen siendo limitados en el análisis del diseño e implantación de programas desde el momento en que no les es posible alcanzar conceptos de análisis tales como: organización y operación intercultural, cosmovisiones diversas, así como lenguas y/o dialectos en interacción.

⁸ *Idem.*

⁹ El Programa de Ampliación de Cobertura surge como parte de los principios torales de la política social establecida en el Plan Nacional de Desarrollo del periodo presidencial 1994-2000, como podemos observar en el punto 4.5.1. de este mismo documento.

¹⁰ Véase Giandomenico Majone, “Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas”, Fondo de Cultura Económica, México, DF, 1997. (pp. 109-110). Traducción del texto *Evidence, Argument & Persuasion in the Policy Process*, 1989, Yale University Press

Así, consideramos que bajo ciertas condiciones resulta una mejor estrategia prestar igual o mayor atención a la condición intercultural que impone el contexto, es decir, a los aspectos cualitativos que son necesarios para obtener resultados cuantitativos. Con términos cuantitativos nos referimos a los resultados explícitos previstos en el diseño del programa tales como: cantidad de recursos ejercidos, población atendida y reducción de mortalidad infantil, entre otros.

No obstante, nuestro énfasis se encuentra en los aspectos cualitativos, o bien, en la forma en que se ajustan mutuamente dos culturas para llevar a cabo la implantación de un programa de política pública. Este tipo de resultados son un tanto más implícitos, son arreglos organizacionales tales como: nivel de incorporación de actores comunitarios al proceso de implantación, niveles de compatibilidad entre normas y procedimientos de operación de estilo gubernamental y normas y procedimientos de operación de comunidades indígenas

Con base en lo anterior, proponemos en este estudio que la implantación de políticas públicas en contextos multiculturales exige nuevas formas de abordar el problema, una de las cuales se lleva a cabo con enfoques normativos flexibles. De modo que será en la flexibilidad normativa, cuarto concepto relevante, en donde se concentrará en adelante el presente análisis. Sin embargo, un nuevo enfoque hacia la flexibilización a su vez requiere de un análisis del mecanismo de ajuste mutuo anteriormente mencionado.

Así, a lo largo de este trabajo se nos concentraremos en esos dos conceptos relevantes: la flexibilidad y el ajuste mutuo. Consideramos que el estudio de estos dos conceptos es importante porque esto no sólo significa el reconocimiento de arreglos organizacionales innovadores, sino también el posible desarrollo de instrumentos administrativos tales como sistemas de capacitación, evaluación y control aplicados desde una perspectiva intercultural.

Basados en ese conjunto de ideas preliminares surgen las dudas que dan inicio y guían el presente estudio. Por un lado, tenemos la siguiente interrogante: ¿es posible la compatibilidad normativa de los programas de salud que se diseñan en niveles superiores de gobierno con las formas de organización tradicionales que se siguen en comunidades multiculturales? Por el otro, si tal compatibilidad existe, nos preguntamos: ¿es necesaria cierta flexibilidad normativa de los programas de salud de modo que se pueda lograr una implantación en contextos multiculturales con mayor probabilidad de aproximación a sus objetivos finales?

La hipótesis y respuesta tentativa del presente estudio nos indica que los programas de política pública que integran flexibilidad en sus procedimientos y reglamentos, permiten desarrollar nuevas redes de implantación creadas durante la ejecución de esos programas, lo que les brinda una mayor capacidad de ajuste a contextos complejos –como el multicultural- y con ello la posibilidad de obtener mejores resultados. Así, la idea de la flexibilidad se reconoce siempre y cuando los procedimientos para la implantación de los programas de salud federal intenten desarrollar esas nuevas formas de gestión, con instrumentos administrativos que soporten una operación intercultural, que tengan la capacidad de institucionalización de redes interculturales de implantación y que, por supuesto, lo hayan logrado exitosamente.

Por otra parte, al considerar la complejidad que el proceso de implantación representa, las dificultades que los contextos multiculturales suman y su vinculación a la idea de flexibilidad normativa, ha sido necesario establecer las guías teóricas a las que este trabajo debe sustento. La primera se fundamenta en algunas ideas de Charles E. Lindblom mencionadas anteriormente. Tales ideas son: el ajuste mutuo, el énfasis en la capacidad de *adaptación de valores* o políticas y las decisiones incrementales. La segunda guía teórica se refiere a los

elementos de factibilidad política que Giandomenico Majone nos presenta en su texto “Evaluación, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas”.

Seguimos así con lo que Pressman y Wildavsky (1973) plasmaron en su libro “Implantación”; quienes se concentraron en la complejidad de la acción conjunta que durante el proceso de implantación de un programa puede determinar el éxito o fracaso del mismo. No obstante la nítida explicación que Pressman y Wildavsky nos ofrecen, ésta se complementa con la idea que James Bardach (1977) transmite con su texto “El Juego de la Implantación”, y que nos abre camino exploratorio durante el estudio de esas redes al ocuparse de reconocer la importancia que tienen los “ajustadores” y el valor de las decisiones.¹¹

Ahora, respecto del método que se utilizará, comentamos que nos apegaremos a aquel que se concentra en el estudio de un contexto y tiempo específicos: el caso de estudio. Seleccionamos al caso de estudio por las siguientes razones. Primero, porque cumplía con las características del tipo de estudio en lo que se refiere a la especificidad del tema. Segundo, porque con el método se persiguió aislar y discriminar más claramente cierto tipo de información, lo que nos permitió identificar con mayor facilidad nuestros datos relevantes. Tercero, porque creemos que el tipo de organización multicultural es una forma innovadora de implantar programas de política pública que no se presenta en otros contextos, es decir, su calidad es única y no pretendemos generalizar. Por último, porque este método no requiere de control sobre eventos de comportamiento y se centra en eventos contemporáneos.¹²

Como complemento, comentamos que el análisis de la información se centrará en la revisión de documentos que nos permitan establecer la relación que existe entre los contextos multiculturales y la política de salud en nuestro país. Posteriormente se analizarán los

¹¹ Término traducido de la palabra de habla inglesa “fixer”.

¹² Robert K. Yin. “Case Study Research. Design and Methods”. 2nd Edition. P. 6.

lineamientos de operación del PAC con el objeto de corroborar la existencia de flexibilidad, en tanto también se buscan redes de implantación con capacidad de adaptación al contexto. Asimismo, consideramos necesario contar con información de campo que, como complemento, nos permita realizar una comparación entre los procedimientos de gestión gubernamental diseñados y aquellos realmente creados en un contexto multicultural, para con ello determinar la compatibilidad entre los mismos y la perdurabilidad en el tiempo de las redes interculturales identificadas.

En lo que concierne al criterio utilizado para seleccionar el programa, nos apegamos a su misma naturaleza, puesto que, como ya se mencionó, el contexto donde se implantó atendía principalmente a comunidades en su mayoría rurales e indígenas, las que cumplían con las características de contextos multiculturales. Consecuentemente, se identificó una organización multicultural específica, representada por una institución de salud denominada Hospital Integral con Medicina Tradicional, ubicada en el municipio cabecera de nombre Cuetzalan del Progreso, estado de Puebla. Es esta organización y su funcionamiento con respecto al PAC, con los que en la parte final de nuestro estudio intentaremos corroborar la existencia y perdurabilidad de las redes interculturales de implantación, es decir, su institucionalización.

Asimismo, no dejaremos de hacer énfasis en que las conclusiones de un estudio de caso no pueden generalizarse, simplemente porque lo que busca es la identificación de cuestiones específicas. No obstante, aclaramos que lo que acá se busca no es la generalización de resultados, sino más bien conocer cómo se desarrollan ciertos tipos de organización que son relevantes para el desarrollo de sociedades multiculturales como la nuestra. Consideramos que esto nos permitirá reconocer la importancia de posibles necesidades de cambio; necesidades que las comunidades multiculturales de nuestro país exigen en la actualidad a las instituciones gubernamentales de para su pleno desarrollo.

De cualquier manera, el concepto de generalizar es relativo respecto al universo que se estudia, esto es: aquellos aspectos que sólo se encontrarán en contextos multiculturales no podrán generalizarse para otros contextos, pero eso nunca deberá obstaculizar la visión de que tales conclusiones apliquen para aquellos contextos que presentan las mismas características. En este sentido, tenemos como ejemplo que para el año 2000 se encontraban operando aproximadamente 2,232 centros de salud con recursos del PAC.¹³ Esto implica un gran número de organizaciones de salud en contextos multiculturales similares, sobre las que se sustenta la provisión de los servicios de salud en las comunidades más marginadas de México, y cuya continuidad muchas veces depende de los recursos asignados a los programas de política pública.

Así, el estudio se estructura como sigue. El primer capítulo de esta investigación se concentra en los conceptos teóricos que la guían. El segundo se dirige a indagar acerca de la importancia del reconocimiento del multiculturalismo en nuestro país, para después establecer la relación entre las políticas públicas aplicables en condiciones de diversidad cultural. En el tercer capítulo nos adentraremos en la tarea de evaluar, mediante el reconocimiento de niveles determinados de ajuste mutuo, si el PAC integró a sus procedimientos e instrumentos de gestión el factor de flexibilidad, en cuyo caso se pondría en evidencia el reconocimiento de la importancia de dicho factor para la implantación de ese programa. Finalmente, en el cuarto capítulo nos enfocaremos en la búsqueda de nuevas redes generadas por el mismo PAC; y en este otro caso, buscaremos establecer una relación entre la flexibilidad de los procedimientos y el grado de necesidad de la misma para hacer más efectivo el proceso de implantación.

¹³ Véase, Secretaría de Salud, “Evaluación de Medio Camino”, en Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, México, DF, 2000. (p. 30)

Con lo anterior, podremos estar cerca de encontrar nuevas redes de acción conjunta construidas por relaciones entre culturas diversas, en donde más que enfatizar y evaluar resultados cuantitativos, buscaremos conocer los niveles de entendimiento mutuo necesarios para lograr una mejora continua en la calidad de los servicios de salud prestados en comunidades indígenas.¹⁴

¹⁴ Veáse Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, *El Enfoque Intercultural. Herramienta para mejorar la calidad de los servicios de salud*. En Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, DF. 2005. p. 4.

Capítulo 1. Diseño e Implantación de Políticas Públicas: un marco de referencia

Las decisiones incrementales, los valores y el ajuste mutuo

La idea del incrementalismo que Charles E. Lindblom desarrolló produjo una mudanza de enfoques en cuanto el proceso de políticas públicas se refiere, pasando de los análisis planificadores exhaustivos –o buen diseño- de políticas hacia la importancia que tiene el proceso de implantación. El autor toma como base a la teoría de la racionalidad limitada desarrollada por Herbert A. Simon¹⁵ para explicar que los individuos toman sus decisiones paso a paso, o de manera incremental, dadas ciertas limitaciones intelectuales inherentes a la naturaleza de los mismos y aquellas impuestas por la disponibilidad de información.¹⁶

Específicamente, las limitantes se clasifican en tres grupos. En el primero encontramos a las limitantes en habilidades, hábitos y reflejos inconscientes; en el segundo están los valores y percepciones de finalidad, los que no necesariamente están alineados a aquellos que corresponden a la teoría de cambio de la política pública y; en la extensión de su conocimiento y en consecuencia de la información procesable.¹⁷ Por lo tanto, aún suponiendo la posesión de todo tipo y cantidad de información existente, el tomador de decisiones no tendría la capacidad para analizarla.

De modo que el análisis racional era drásticamente limitado ya que: i) no se prestaba atención a posibles consecuencias importantes; ii) no se prestaba atención a potenciales alternativas políticas importantes, y iii) no se prestaba atención a *valores* afectados importantes. En consecuencia, una sucesión de comparaciones reduce o elimina en gran medida la dependencia de la teoría. Y de aquí que sean los *valores u objetivos finales* de la

¹⁵ Herbert A. Simon, “El comportamiento administrativo: estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa”. 3ª ed, Buenos Aires: Aguilar, c 1988.

¹⁶ Charles E. Lindblom. “La ciencia de salir del paso”, en Luis F. Aguilar, *La hechura de las políticas*. Miguel Angel Porrúa. México, 1992, p. 214.

¹⁷ Herbert A. Simon, “El comportamiento administrativo: estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa”. 3ª ed, Buenos Aires: Aguilar, c. p. 229.

política los que se establecen para deliberar y criticar el desarrollo de un programa. Por lo que la valoración representa los parámetros que debe seguir el tomador de decisiones durante el proceso de implantación, y como más tarde veremos, identificar cuáles de ellos pueden cambiar durante el mismo proceso.¹⁸

Tal como Lindblom indica: “(...) hay que distinguir entre dos aspectos en el proceso de determinación de los valores (...) El primero es claro: (...) se elige simultáneamente una política para lograr ciertos objetivos y los objetivos mismos. El segundo está relacionado con el primero: el administrador centra su atención en los valores marginales o incrementales. Está consciente de ello o no, no le parecen muy útiles para su trabajo las grandes formulaciones generales de objetivos, por lo que en realidad procede a hacer comparaciones específicas marginales o incrementales. (...) los únicos valores que importan a su elección son esos incrementos en los que difieren las políticas en comparación. Cuando finalmente el administrador escoge entre los valores marginales, está escogiendo en realidad entre las políticas”.¹⁹

La importancia de la idea de Lindblom para nuestro estudio radica en que su visión incrementalista le daba más importancia al contexto en el que evolucionan las políticas, los valores e intereses compartidos y los no compartidos, y cómo esos valores e intereses se *ajustan* durante los procesos de ejecución de política. De este modo, Lindblom alude más a una preocupación por desarrollar objetivos simples que faciliten el proceso de “ajuste mutuo” de la política a los valores e intereses de los grupos de interés involucrados, que una por desarrollar una planeación rígida sustentada en el pensamiento racional.²⁰

¹⁸ *Idem.* pp. 206 y 219.

¹⁹ *Idem.* p. 210.

²⁰ *Idem.* p. 218.

Cada valor, además, tiene un “perro guardián” que protege los intereses que se encuentran dentro de su rango de competencia. En este sentido es que el proceso de *ajuste mutuo* adquiere mayor importancia, especialmente como mecanismo de coordinación de trabajo con procesos *simples* de comunicación informal.²¹ El ajuste mutuo puede disminuir el conflicto ya que cada perro guardián intentará obtener un beneficio, o detener un perjuicio, provocados por una decisión individual ante las diversas alternativas. Por lo tanto, el diseño de las políticas públicas debe considerar la necesidad tanto del establecimiento de valores como del reconocimiento de la flexibilidad necesaria a la luz de las dificultades que ese ajuste mutuo producirá, en especial a los diseñadores de política al alterar las condiciones durante la implantación.

Lindblom reconoce que es por medio del proceso de ajuste mutuo entre distintos actores con visiones e intereses en convergencia o divergencia (consejos escolares, autoridades fiscales, dependencias gubernamentales, ONG’s o comunidades indígenas, entre otros), a través del cual se puede lograr una *adaptación y reevaluación* de los asuntos que en algún momento pueden descuidarse. Finalmente, aunque el diseño estratégico no supone un análisis capaz de predecir todas las consecuencias reales de su implantación, el diseñador sí puede realizar con claridad la selección de *valores* que sustenten sus acciones, y que le permitan desarrollar *procedimientos y rutinas* relativamente *simples*, poniendo con ello más énfasis en resultados que en la rigidez de la burocracia.²²

De este modo, el mecanismo de ajuste mutuo merece un análisis tan profundo como aquellos análisis técnicos para el cálculo de resultados cuantitativos. Específicamente, el estudio de este mecanismo es relevante para situaciones en donde los contextos se conforman

²¹ Véase Henry Mintzberg, “The Structuring of Organizations”, en Quinn, Mintzberg and James (ed). “The Strategy Process”, Prentice Hall. (p. 278)

²² Charles E. Lindblom, en *op. cit*, p.262.

de varias culturas, en donde los conceptos de análisis se concentran más en aspectos de organización y coordinación intercultural; esto es, en relaciones de diálogo, respeto y comprensión de las diferencias tradicionales, así como en procesos de comunicación, educación y formación mutua.

Divergencia de valores: taxonomía de las restricciones y el cambio en las restricciones institucionales

Por un lado, como se ha indicado y más tarde se reitera, el proceso de implantación se deriva de un diseño, el que a su vez cobra especial importancia si se considera que es en éste donde: a) se definen y plasman esos valores y fines de las políticas; b) se establece e identifica la diferencia entre estos, y con ello la posibilidad de reconocer cuáles son susceptibles de cambio y cuáles no; y c) donde se insertan los lineamientos de operación de las políticas que sirven de guía para la persecución de esos valores y metas.

Por el otro lado, se ha indicado la necesidad de insistir en que los problemas de política pública ubicados en el mismo diseño no representan ejercicios de libros de texto, ya que no hay garantía de que siempre tendremos disponibles soluciones correctas para verificar las conclusiones analíticas. Entonces, resulta muy difícil evaluar la utilidad de los estudios de políticas en gran escala en términos de los resultados efectivamente producidos; primero, por el tiempo transcurrido entre el diseño y la implantación efectiva; segundo, por la dificultad de determinar los efectos de un gran volumen de decisiones; y tercero y más importante, debido a que a los contextos institucionales en que se realizan los análisis de políticas son dinámicos. De este modo, y ante la diversidad de criterios de evaluación dado el número de actores involucrados, lo mejor que los analistas de políticas pueden hacer es alcanzar cierto nivel de

adecuación que se considere aceptable; es decir, deben satisfacer en lugar de maximizar cualquier criterio particular.²³

Así, los criterios a satisfacer adquieren especial importancia para poder completar un buen análisis y alcanzar con ello el nivel de adecuación aceptable, como apuntó Giandomenico Majone a finales de 1980. Los criterios sirven para realizar pruebas de adecuación que se orientan hacia el proceso, en donde un análisis se considera adecuado mientras satisfaga los criterios particulares apropiados para la naturaleza, el contexto y las trampas características del problema. Dado que se abandona la idea de que puede existir certeza en las conclusiones de las políticas, Majone indica que son estos criterios de calidad los que además nos brindan la posibilidad de no caer en el anarquismo metodológico, y que son sus pruebas de adecuación la representación de los aspectos artesanales o artísticos indispensables para realizar competentemente un análisis de políticas. No obstante, aún reconocidas sus ventajas, este análisis no garantiza su utilidad para quien lo paga, o que de alguna manera influirá sobre el debate político, ya que el asunto del uso del conocimiento en el proceso de las políticas es considerablemente más complejo.²⁴

Uno de los principales detonadores de dicha complejidad es el hecho de que existen restricciones de carácter político e institucional que tienden a ser ignoradas en algún sentido; si éstas se reconocen, es acaso como aclaraciones de último minuto y no como argumentos de factibilidad. De este modo, indica Majone, desafortunadamente el análisis de factibilidad política no siempre se toma tan en serio como el de la factibilidad técnica o presupuestal, lo que representa un grave error, tomando en cuenta que no existe ninguna diferencia entre

²³ Véase Giandomenico Majone, “Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas”, Fondo de Cultura Económica, México, DF, 1997. (pp. 105-106). Traducción del texto *Evidence, Argument & Persuasion in the Policy Process*, 1989, Yale University Press.

²⁴ *Idem*, p. 108.

restricciones técnicas, políticas o institucionales ya que todas limitan la libertad de elección del gobernante y asignan una sanción a su rompimiento en la recomendación elegida.²⁵

Aunado a lo anterior, detrás de cada recomendación de política se encuentra siempre una teoría más o menos implícita del tipo de gobierno prevaleciente. Por lo que desatender los problemas de la factibilidad política no implicaría una neutralidad política, sino el supuesto de que las políticas pueden ejecutarse por decreto, donde la ingenuidad conduce a creer en la existencia de una plasticidad institucional perfecta y el gobierno de un dictador benevolente.²⁶ De modo que para hacer operativa la noción de factibilidad política es necesario identificar algunas restricciones específicas como las institucionales o las políticas, las que limitan la decisión de los actores políticos en situaciones particulares. De lo contrario, el concepto de factibilidad política sería demasiado elástico para servir como herramienta de análisis.²⁷

La identificación de restricciones políticas requiere presuponer algún tipo de clasificación abstracta para que pueda ser razonablemente completa y útil. Por lo tanto, los criterios taxonómicos para la identificación de las restricciones deben ser generales, y es su uso posterior el que contribuirá a derivar categorías más detalladas para problemas específicos. Son tres los criterios considerados, los que corresponden a distinciones básicas entre las restricciones objetivas y las autoimpuestas, entre metas y restricciones y entre limitaciones de largo y de corto plazos.²⁸

Para el presente estudio, las dos primeras distinciones son de especial interés. Probablemente la distinción más importante, apuntaba Majone, es la que se debe hacer entre restricciones objetivas y autoimpuestas. Desde el punto de vista de un gobernante o un actor

²⁵ *Idem*, pp. 109-110.

²⁶ Knut Wicksell, en Giandomenico Majone, op. cit. pp. 120-121.

²⁷ Giandomenico Majone, op. cit. p. 121.

²⁸ *Idem*. p. 123.

dentro de las políticas las restricciones legales son también objetivas, aunque sean artificiales y no inviolables como las leyes naturales (la gravedad) o técnicas (eliminación de la fricción). Los recursos como el apoyo político, el conocimiento, la tecnología, la capacidad de procesamiento de información y el tiempo, son ejemplos de restricciones objetivas, algunas de las cuales se vuelven flexibles a largo plazo, inclusive las restricciones institucionales.²⁹

No obstante que muchas de estas restricciones objetivas en ocasiones son impuestas, existen algunas que son autoimpuestas como resultado de una elección o un compromiso libres. Tal es el caso del político que se compromete a realizar ciertas acciones de gobierno en beneficio del pueblo, a cambio del reconocimiento social y político para adquirir el poder necesario y emprender sus acciones. Entre las restricciones autoimpuestas ubicadas en la clasificación del autor encontramos: a) las que se aceptan “hasta nuevo aviso” como los procedimientos y rutinas administrativas y los esquemas de clasificación; b) las que se consideran indispensables para el logro de ciertas metas de políticas como “el proceso correcto” y las reglas de reciprocidad, y c) las que se aceptan implícitamente pero cuya existencia se reconoce sólo cuando se ven cuestionadas o violadas como las normas culturales y los acuerdos tácitos.³⁰

La segunda distinción se refiere a la que se hace entre las metas y las restricciones. En cierto sentido, según Majone, las metas son limitaciones autoimpuestas, pero debe diferenciarse entre éstas y las restricciones laterales. Bajo un enfoque utilitarista, las primeras son intercambiables siempre y cuando el cambio represente un incremento en la utilidad total, mientras que las segundas no, especialmente en el caso de las restricciones objetivas que se encuentran completamente fuera del control de quien diseña, propone y emprende la política.

²⁹ *Idem.*

³⁰ *Idem*, p. 125.

Por lo tanto, el criterio para decidir si un valor debe tratarse como meta o restricción de las políticas se reconoce en dos situaciones: cuando el elaborador de políticas está dispuesto a cambiar ese valor particular por otros valores, deberá tratarse como meta; en caso contrario, como restricción.³¹

De ese modo las *leyes, reglamentos y procedimientos* para la toma de decisiones, en conjunto representan toda la maquinaria gubernamental institucional, y es este conjunto de restricciones el que define los papeles de los diversos actores de las políticas. No obstante y como anteriormente se indicó, estas restricciones institucionales pueden cambiar durante el tiempo que transcurre la política. Aunque los actores de las políticas se encuentren sujetos a dichas restricciones, y por ende regulada la persecución de sus metas, estos también intentan cambiar esos límites para su beneficio.³²

Por ejemplo, según el autor, a menudo resulta más eficiente y más sensato desde el punto de vista político, el empleo de recursos para influir en los mecanismos institucionales que producirán corrientes de resultados valiosos más adelante, lo que implica un cambio institucional inducido con beneficios implícitos. Esto ocurre principalmente en áreas nuevas de política como la reglamentación ambiental o de *la atención médica*, de manera que se encuentran particularmente abiertas a las estrategias de cambio institucional. En ocasiones inclusive, se encuentran incentivos para el cambio dado que la naturaleza técnica de esos asuntos y la incertidumbre que rodea la base científica de la reglamentación, ofrecen recompensas a los esfuerzos que resulten triunfantes al cambio de los paradigmas cognoscitivos y culturales.³³

³¹ *Idem*, pp. 126-127.

³² *Idem*, p. 136.

³³ *Idem*, p. 138.

Dado que los actores de las políticas en realidad tienden a considerar las reglas del juego como posibles objetivos de acción política, las metas del comportamiento de cambio institucional son reglas procesales para el debate, el establecimiento de agendas, la toma de decisiones y su aplicación; por ejemplo, reglas acerca de cómo y quién deberá fijar las normas ambientales en vez de valores numéricos particulares para tales normas.³⁴

Debido a que los procesos de cambio institucional son complejos, es importante concentrarnos en un conjunto determinado de variables fundamentales para identificar ese cambio. Dentro del conjunto de variables más importantes encontramos las restricciones ambientales que nos atañen tales como las políticas existentes o anteriores, pero especialmente los valores sociales, las ideologías, la opinión pública y los paradigmas cognoscitivos.

Por último, sabemos que algunos cambios institucionales además de que tienen capacidad para crear recursos nuevos y de afectar el valor de los ya existentes, pueden crear oportunidades para la organización de formas nuevas de la acción conjunta.³⁵ Dado que los actores intentarán lograr cambios institucionales que los favorezcan y doten de recursos nuevos o incrementen el valor de los existentes, la acción conjunta se hace más compleja, de tal forma que es necesario identificar los principales elementos que posiblemente causan desviaciones durante un proceso de implantación.

Complejidad de la acción conjunta

No cabe duda que el cambio institucional es de vital importancia si se quiere hacer un buen análisis, no obstante, es desde la perspectiva de la implantación, como indicaron Pressman y Wildavsky en 1973, que podemos reconocer la importancia específica de lo compleja que

³⁴ *Idem*, p. 139.

³⁵ Victor Goldberg, en Giandomenico Majone, op. cit. p. 142

puede ser la acción conjunta.³⁶ De acuerdo con estos autores, la revisión de los acontecimientos del proceso de implantación de un programa que en un primer momento (el de su concepción y diseño) había cruzado barreras institucionales, políticas y sociales, evidencia en tres puntos principales la complejidad de la acción colectiva para la toma de decisiones.

El primero se refiere a la identificación de puntos de inacción y expectativa, formales e informales y a la importancia de los mismos para el diseño de una política pública con metas preestablecidas en consenso.³⁷ Los puntos de inacción y expectativa se refieren a todos los factores que desvían el curso de acción preestablecido y que consecuentemente retrasan el cumplimiento de las metas. Específicamente, para Pressman y Wildavsky existen: el punto de decisión que representa cada ocasión en la que el proyecto requiere de un convenio para que continúe; y la certificación, que representa cada caso en donde se necesita el consentimiento de un individuo para la continuación del mismo.³⁸ Así, el programa que ellos analizaron se caracterizó por la lenta disolución del acuerdo. Al presentarse una demora a otra, los principales participantes cambiaron, así como los acuerdos que habían pactado. El énfasis es entonces en el número de etapas, de participantes con distintos intereses, y del número de decisiones que se generan y que atienden a dicho conjunto de intereses separados.³⁹

Por lo que el segundo punto intenta reconocer que el consenso en etapas de diseño de política pública, es decir, el acuerdo de una meta a perseguir para un programa específico, no es lo mismo que el acuerdo en los medios a través de los cuales se cumplirá dicha meta. Aún cuando la agencia encargada intente llevar a cabo su programa de manera directa y sencilla, la

³⁶ Jeffrey Pressman & Aaron Widlavsky ponen énfasis en esto en su texto “Implantación: cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland”, en Fondo de Cultura Económica, México, DF, 1998. Esta es una traducción de original “Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland”, 1973, 1979 y 1984. Publicado por la University of California Press, Brekeley, Los Angeles.

³⁷ *Idem.* p. 17.

³⁸ *Idem.* p. 57.

³⁹ *Idem.* p. 179.

multiplicidad de participantes representa un gran número de organizaciones, tanto del gobierno como ajenas a éste, así como de personas que con el tiempo se ven involucradas en el proceso de implantación. De este modo, en el estudio de Pressman y Wildavsky la suma de participantes era indeterminada. Algunos actores participaban por competencias directas con el programa, otros porque poseían autoridad jurisdiccional sobre partes importantes del proyecto, otros entraban por considerar al programa en un momento determinado un atentado contra sus intereses, y otros más eran introducidos intencionalmente con el fin de proveer de ayuda al programa en niveles locales.⁴⁰

Bajo esta situación, los autores nos hacen virar la atención hacia la importancia de la relación que existe entre los medios y los fines, ya que *los fines de determinados participantes pueden ser los medios de otros*. Así, los medios pueden percibirse como más grandes que los fines, por lo que “es más fácil disentir en cuanto a los medios, porque están ahí para provocar disputas, mientras que los fines se encuentran a la vuelta de la esquina”.⁴¹

El tercer punto entonces se refiere al empleo de recursos, o la transformación del poder en acción materializada para decidir, para no decidir, para decidir no decidir, o inclusive para crear la no decisión. En el mismo sentido que el punto anterior, en éste podemos identificar las razones por las que los actores pueden estar de acuerdo respecto a los fines de un programa y simultáneamente oponerse a los medios de la misma (Pressman y Wildavsky, 1982). La incompatibilidad directa con otros compromisos, ninguna incompatibilidad directa pero sí una preferencia por otros programas, compromisos simultáneos con otros proyectos, subordinación a otras entidades que no ven la urgencia del proyecto, *diferencias de opinión y las funciones propias de la organización, las diferencias legales y de procedimientos*, y los tipos de acuerdo

⁴⁰ *Idem.* pp. 173-179.

⁴¹ *Idem.* p. 185.

que carecen de recursos suficientes para apoyarla, son todas líneas que nos indican las posibles razones por las cuales un proceso de implantación pudiera desviarse de los objetivos planteados en el diseño del programa.⁴²

En un intento por cuantificar las ramificaciones, Pressman y Wildavsky calculan la probabilidad de éxito del programa al identificar treinta puntos de decisión. De dichos puntos se desprendían setenta acuerdos necesarios para el consenso, lo que consecuentemente representó una probabilidad de éxito del programa de 0.000395 si la probabilidad asignada a cada acuerdo ascendía a 0.95; esto significó una muy baja posibilidad de éxito en la implantación del programa.⁴³

La extensión de cada punto de decisión aumenta con el número de individuos tomadores de decisiones en el proceso. Así, con el tiempo las probabilidades varían de un participante a otro, por cada organización y nivel de gobierno, además de por cada agente del sector privado con respecto a uno de gobierno. Ante tal complejidad, los autores enfatizan la importancia de no separar mentalmente lo que significa la evaluación de la implantación. Argumentan los autores que muchas veces los actores políticos en interacción son *los instrumentadores de los programas que evalúan y evaluadores de los programas que implementan*.⁴⁴ La implantación es entonces el principal instrumento de la evaluación y viceversa; es un proceso continuo ya que “evaluamos para aprender y aprendemos para implementar”.⁴⁵ No obstante identificados algunos factores relevantes para el estudio, debemos considerar el problema principal que presenta el trabajo de Pressman y Wildavsky, que aunque de ninguna forma le resta

⁴² *Idem.* pp. 185-187.

⁴³ *Idem.* pp. 209-210.

⁴⁴ *Idem.* p. 310.

⁴⁵ *Idem.* p. 49.

importancia, es necesario considerar dadas las condiciones del contexto en el que se desarrolla el programa que se presenta en este estudio.

La importancia de las decisiones y el “ajustador”

Según Bardach en su texto “El Juego de la Implantación”, el problema no se encuentra tanto en el cálculo numérico de puntos de decisión, como en el significado mismo de las decisiones que cada actor toma en dichos puntos. Al respecto apunta Bardach, el número de puntos de decisión y acuerdos que uno puede calcular en las negociaciones que se dan a lo largo del proceso de implantación, es poco significativo frente a los asuntos que representan la naturaleza misma de dichas negociaciones. Bardach, aunque en acuerdo con Pressman y Wildavsky en lo que para el proceso de implantación significa la complejidad de la acción conjunta, nos indica que la contradicción en los acuerdos y objetivos se convertía en el principal detonador de las demoras; es decir, lo que significaba para los actores ganar o perder ante una determinada decisión. De esta forma, según el autor, todos se encontraban más dispuestos a resistir las demoras que a terminar perdiendo sin haber incurrido en al menos un intento de ganar.⁴⁶

El significado mismo de la decisión, como Bardach indica, es el móvil principal ya que representan la estimación del valor aproximado de la misma. Los principales actores dentro del proceso de implantación, debían cumplir con contratos de grandes cantidades de dinero, es decir, grandes compromisos contractuales que representan procedimientos, especificaciones y lineamientos que delimitan fechas de cumplimiento de las distintas acciones así como diversos tipos de intereses. De igual modo cada uno de los actores políticos debía mantener un grado de legitimidad ante la sociedad sujeto a sus propias restricciones; sean éstas financieras o de

⁴⁶ Al respecto puede consultarse a Eugene Bardach, quien en 1977 escribe “The Implementation Game”, p. 52.

presupuesto, jurídicas, socioculturales o técnicas. En este sentido, se espera que las organizaciones gubernamentales respondan ante las dudas que se les plantean como hacedores y ejecutores de políticas.

Pressman y Wildavsky, desde la perspectiva de Bardach, nos dejan más bien un legado que nos permite hacer una crítica aún más profunda acerca del proceso de implantación. Más allá de un conteo numérico, las maniobras de las distintas partes expresan tanto el conflicto como la creación del mismo; de este modo, por cada intento de agregación de maniobras con el objeto de reducir dicho conflicto, se correrá el riesgo de que éste aumente.⁴⁷

Las demoras entonces no son el foco de atención para Bardach. Al final desde su perspectiva, después de hecho el cálculo bajo los supuestos planteados por los primeros autores, cuatro años de retardo en el cumplimiento de las metas no terminaba siendo un punto muy lejano del objetivo planteado. Desde su perspectiva, las demoras pudieran ser inevitables, ya que como primer punto, se debe considerar la posibilidad de sobreestimación de las capacidades organizacionales del gobierno, mismas que sesgan la percepción al arrojar resultados absolutos más que relativos. El problema se encuentra más bien en la naturaleza de las decisiones y las diferencias de opinión, consecuencias inmediatas de la estimación asignada a esas decisiones.

La analogía que Bardach utiliza nos brinda una clara explicación de su perspectiva. Para el autor, la implantación de una política o programa es un proceso de ensamblaje. El ensamblaje sugiere el manejo de distintas partes, puede ser una gran cantidad de elementos o no. Sin embargo, es el control en el ensamblaje de dichos elementos lo que importa ya que, continuando con la analogía, cada elemento se ubica en distintos lugares y en manos de

⁴⁷ Bardach, op. cit. p. 53.

diferentes actores, cada uno de los cuales es independiente de los demás y de ese modo se sujeta a visiones distintas.⁴⁸

Diferentes elementos perteneciendo a distintos actores significa para el autor que la única forma de coordinación y cooperación entre las partes se hará por medio de *la persuasión y la negociación*. Bardach nos dice entonces que existe un proceso definido de política al nivel de la implantación: la política de la implantación que se da al inicio del proceso. Y en forma similar a los autores anteriores, Bardach establece que es en este proceso donde se define el mandato inicial, se establecen los valores, las metas y las restricciones que probablemente cambien durante la ejecución del programa.

El autor enfatiza así que el mandato inicial de la política tiene un impacto directo en las tácticas y estrategias del juego. El juego, por la multiplicidad de actores e intereses se convierte en un conjunto de juegos al que denomina “el juego de la implantación”. De acuerdo con lo anterior, la persuasión, la negociación y las estrategias de manejo brindan control (problema principal durante la implantación) bajo situaciones de incertidumbre. El control se materializa así en las estrategias y tácticas, formas que estructuran y proporcionan las reglas de los juegos. Concibiendo la implantación desde esta perspectiva, nos dirige a la identificación de jugadores (actores), las apuestas (o intereses) que estos hayan hecho en el proyecto, sus estrategias, tácticas y recursos disponibles para el juego, así como las reglas del mismo. Las reglas deben encontrarse bien definidas ya que es la única forma en que se pueden conocer los límites del juego justo.⁴⁹

El juego justo estipula las barreras que cruzan la legitimidad así como la legalidad de las acciones, es decir, las instituciones formales que regulan el comportamiento de los individuos.

⁴⁸ *Idem.* pp. 183-187.

⁴⁹ *Idem.*, p. 56.

Por medio de la “lógica de lo que es apropiado hacer”, los individuos toman sus decisiones con base en instituciones cognitivas que les proveen de información para la calificación de su acción (March & Olsen, 1989), pero no sin antes haber incluido un monto razonable de incentivos, que ligados a los propios intereses, les demarcan actuar de una manera y no de otra. De este modo, la perspectiva del juego enfatiza la importancia de la naturaleza de las comunicaciones entre los jugadores, así como el grado de incertidumbre rondando a los posibles resultados finales (*outcomes*); los últimos, entendidos como los resultados planteados al inicio del programa y no aquellos resultados (*outputs*) que funcionan como medio para alcanzar a los primeros.

Un proceso de implantación así, es un *sistema* de juegos. El autor entiende por sistema a una colección de elementos interrelacionados a lo largo de uno o varios procesos. Cada elemento representa un juego con un gran número de relaciones cruzadas con los demás, por lo que es imposible concluir algo acerca del sistema como un todo. Sin embargo, es precisamente la cantidad de interrelaciones que nos da luz del dato más importante acerca del sistema; los juegos se encuentran vagamente interrelacionados. La incertidumbre es determinante en este sentido, ya que el cambio de estrategias y tácticas en el uso de recursos de cada actor para cada juego específico está en función del cambio continuo en los resultados de los mismos. En este momento es donde Bardach, en acuerdo con Lindblom, Pressman y Wildavsky, introduce la importancia de tomar en cuenta a la cadena medios-fines, ya que los resultados de un actor dentro de un juego con otros actores, pueden representar los medios para otros actores interactuando dentro de sus propios juegos.⁵⁰

⁵⁰ Podemos encontrar ejemplos más detallados de la cantidad de juegos que se generan así como de su interrelación a lo largo del apartado I “Los juegos de la implantación”, pp. 67-148.

Los resultados de ciertos juegos pueden entonces ser las condiciones para la entrada en otros. Así, las reglas y recursos disponibles para un juego, afectan la habilidad de maniobra de los actores para otros juegos en donde participan simultáneamente, dados los intereses que cada uno tiene sobre cada juego en el que se encuentra. Por lo tanto, aún sabiendo que es imposible conocer el sistema por completo, sí es posible que en etapas de diseño se conozcan un mínimo de requerimientos que aseguren un buen camino de implantación. Aunado a esos requerimientos que efectivamente pueden conocerse, en algunas ocasiones podemos encontrar individuos con ciertas características que les permitirán apoyar un programa y de alguna influir de manera positiva en sus resultados.

Reconocemos por último, a lo que Bardach denomina un “ajustador”. Aquel que tiene la capacidad para reparar fallas técnicas y, aún más importante, para *ajustar* ciertos elementos del sistema de juegos con el objeto de lograr una mayor aproximación al resultado esperado. Los “ajustadores” son actores de las políticas que poseen un poder e interés específico sobre la política en curso, de tal manera que las fuerzas negativas que se derivan del conflicto de intereses durante la implantación, se balancea dependiendo de la posición e intereses del ajustador sobre la misma, además de otras características.⁵¹

De acuerdo con el autor, aunque es de mucha ayuda que los ajustadores mantengan y adquieran un cierto poder que les permita un mayor manejo de recursos durante el proceso de implantación, es fácil imaginar personas que no necesariamente tienen el mismo poder o recursos pero que sí pueden desempeñar la función de ajustador dados distintos factores. En síntesis, el ajustador tiene que poseer alguna característica que le brinde la posibilidad de controlar algunos aspectos dentro de los juegos de implantación. Puede ser su capacidad intelectual, sus valores, su posición política y/o jerárquica dentro de una organización

⁵¹ Bardach, en op. cit. p. 274.

específica, su autoridad acerca del tema principal que envuelve el problema de política, así como sus capacidades de liderazgo y de captación de información relevante acerca de la política en cuestión; o una mezcla de todos o algunos de estos.⁵²

Por lo que a lo largo de los capítulos subsecuentes se presenta la información relevante que con base en este marco teórico se intenta analizar, y de ese modo dar claridad a nuestras dudas acerca de la posibilidad y necesidad de flexibilización de las reglas y procedimientos, sus implicaciones para el proceso de implantación en contextos multiculturales y las principales lecciones que podemos rescatar de esta experiencia.

⁵² *Idem.* pp. 275-278.

Capítulo 2. “El contexto multicultural y la política pública: valores, reconocimiento y flexibilidad”

Inequidad y reconocimiento

En la actualidad -y con algunas limitaciones-, no sólo es en nuestro país que se ha descubierto la necesidad de reconocimiento que exigen las distintas comunidades étnicas. Las instituciones públicas, las dependencias de gobierno, así como las escuelas, colegios y universidades, han sido blancos de severas críticas por no reconocer ni respetar la identidad cultural particular de los ciudadanos. No obstante, aún bajo sociedades democráticas tan heterogéneas, resulta complicado no encontrar controversias importantes en cuanto a si las instituciones públicas debieran o no reconocer la identidad de las minorías culturales, que además se encuentran en desventaja.⁵³

En este sentido, México efectivamente es una nación multicultural que se sustenta originalmente sobre sus pueblos indígenas, y que la ley ejercida dentro de dicha nación está comprometida con la protección y promoción del desarrollo de sus lenguas, culturas, prácticas, costumbres, recursos y formas específicas de organización, dado que la Constitución así lo especifica.⁵⁴ Sin embargo, tal vez este reconocimiento constitucional ha valido sólo para responder de alguna manera visible (como el hecho de encontrarse dentro de la constitución) a los grupos de interés involucrados, y no realmente para concretarlo en acciones que les brinden esos beneficios implícitos descritos en las líneas constitucionales;

⁵³ Amy Gutman, en Charles Taylor, *El Multiculturalismo y “La Política del Reconocimiento”*. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V. 1993. Título Original: *Multiculturalism and “The Politics of Recognition”*. 1992, Princeton University Press. Pp. 13-15.

⁵⁴ Véase Artículo 2º de la “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. p. 1. En lo que respecta a los derechos de los pueblos indígenas también puede consultarse Guillermo de la Peña en su artículo *Citizenship and Human Rights in Western Mexico* y a Rodolfo Stavenhagen en *Indigenous Peoples and the State in Latin America: An Ongoing Debate*. Los dos artículos se encuentran compilados en Rachel Sieder, “Multiculturalism in Latin America. Indigenous Rights, Diversity and Democracy”. Institute of Latin American Studies, University of London. 2002.

pues finalmente los esfuerzos en ese sentido cada vez se perciben con menor poder de impacto. A saber, dentro de la protección y promoción del desarrollo, específicamente en salud, encontramos serias deficiencias que nos ayudan a percibir el grado de inequidad que se vive en nuestro país y su relación con los pueblos indígenas.

Para el año 2001 se encontraron 63 grupos indígenas en condiciones, todavía, de extrema marginación. En las comunidades que conforman estos grupos étnicos la esperanza de vida al nacer era de 69 años contra 74 de la población nacional. La tasa de mortalidad de los niños indígenas fue 58% más alta que la de la infancia del resto del país; y el riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio, casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena.⁵⁵

En la década pasada estas comunidades se encontraron en condiciones de marginación aún peores, considerando que actualmente *apenas* se insiste en plantear la necesidad de adoptar mecanismos constitucionales para reconocer esos problemas de desigualdad, afrontarlos con mayor nitidez y, especialmente, tener una concepción del derecho constitucional como un instrumento que realmente responda efectivamente al deterioro de la sociedad y a la mala (o poco eficiente y efectiva) distribución de los bienes y servicios. Es en esto en lo que se cree contribuirán las políticas multiculturalistas que tengan por objeto lograr la justicia social en contextos de pluralidad étnica y cultural.⁵⁶

Afortunadamente, a principios de 1990 dichas modificaciones constitucionales efectivamente se pudieron traducir en acciones concretas, específicamente en el caso de la política de salud. Por ejemplo, ante la ampliación de la pobreza y los problemas de

⁵⁵ Véase al respecto, Secretaría de Salud, “Plan Nacional de Salud 2001-2006”. México, D.F. Tercera Edición, 2001. p.38.

⁵⁶ Estas ideas se compilan de varios autores en Miguel Carbonell, “Problemas constitucionales del multiculturalismo”. Fundación Universitaria de Derecho, Administración y Políticas, S.C. 2002. p. 46.

inequidad que para principios de esa misma década agravaron los problemas de salud, el gobierno decidió establecer medidas prioritarias de ajuste, entre las que se encontró la ampliación y el mejoramiento de los servicios hacia dichas comunidades, un objetivo principal en la persecución del valor de la equidad y la eliminación de la desigualdad.

Entre los esfuerzos para ampliar la cobertura de los servicios de salud encontramos el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) que inicia con el objetivo de mejorar los niveles de salud de las familias con los mayores índices de marginación por medio de la atención integral y sistemática. El Programa de Cirugía Extramuros (PCE) por su parte, se establecía para brindar atención quirúrgica a la población rural que no contaba con servicios regulares de salud. También encontramos la Estrategia de Extensión de Cobertura cuyo objetivo fue brindar servicios básicos de atención primaria a la salud; los Programas Locales de Extensión de Cobertura para otorgar servicios básicos de salud a la población más vulnerable; el Programa Intersectorial de Atención a Jornaleros Agrícolas (PIAJA) y el Programa de Apoyo a Zonas Indígenas (PAZI), que de igual manera pretendía extender los servicios básicos, sólo que esta vez específicamente a las comunidades indígenas.⁵⁷

De ese modo, para 1997 las acciones del gobierno se resumieron en la integración de un nuevo esquema financiero dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); la desconcentración del IMSS mediante la creación de 139 áreas médicas que reciben presupuesto desde 1998; la promoción de la afiliación al IMSS de la fuerza laboral ubicada en la economía informal; la conclusión del proceso de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, iniciado en 1983 y; el Programa de Ampliación de

⁵⁷ Véase Secretaría de Salud, *Evaluación de Medio Camino. Programa de Ampliación de Cobertura*. En Dirección General de Desarrollo en Salud. México, DF, 2000. Sin numeración, sección “Información de la Prestación de Servicios”.

Cobertura (PAC) con la entrega de un paquete de 12 intervenciones a los mexicanos que para 1995 no contaban con acceso regular a los servicios.⁵⁸

La inequidad, de manera inevitable, se vinculaba directamente con la extrema pobreza en la que se encontraban los pueblos indígenas, lo que se veía reflejado en el Plan Nacional de Salud 1994-2000, al que se le denominó “reforma del sistema de salud mexicano” y en donde se incluían esos cambios en el sistema. El PAC atendería al verdadero reconocimiento de esos contextos, sobre todo en cuestión de salud y respeto a las culturas. Inclusive, más tarde en el plan de salud subsiguiente (2001-2006), también se reconocería la necesidad de realizar esfuerzos por brindar complementariedad con las tradiciones de salud en los contextos multiculturales, lo que le brindaba continuidad a la visión multicultural.⁵⁹

El PAC, de manera obligada, se convirtió así en el nuevo proveedor de esos recursos de salud, que al mantenerse escasos para entonces -1995-, seguían abatiendo las condiciones de vida de las comunidades indígenas.⁶⁰ Incluso, en la misma década en la que el programa se diseñó e implantó (de 1990 a 2000), sería identificada como un periodo productivo en el reconocimiento de las diferencias étnicas. El Taller Hemisférico sobre salud y pueblos indígenas realizado en Winnipeg (Canadá) en 1993; los acuerdos de la Cumbre de la Tierra en 1992; la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS/OMS en 1992; la declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo en 1994; y la resolución de la Cumbre de las Américas en ese mismo año, fueron algunas de las

⁵⁸ Véase Jéscica Gómez, “La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud”. En salud pública de México, vol. 46, no. 5. septiembre-octubre de 2004. p. 400.

⁵⁹ Véase en Secretaría de Salud, “Plan Nacional de Salud 2001-2006: La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud”. Secretaría de Salud. México, DF. 2001. p. 38.

⁶⁰ Como ya se ha indicado, diez millones de habitantes en condiciones de alta y muy alta marginación.

declaraciones y acuerdos que atenderían principalmente al reconocimiento de los pueblos indígenas.⁶¹

Dados los intentos de extensión de cobertura y el incremento en el reconocimiento de esos pueblos, el PAC gozaría de varios beneficios para su inicio, específicamente del programa que le antecedió. El Programa de Atención a la Salud para Población Abierta (PASSPA) ya integraba una visión más o menos acertada de la complejidad que significaba implantar políticas públicas en contextos multiculturales, y el PAC heredaría de éste un diagnóstico inicial de la salud de la población, así como de las condiciones de infraestructura, disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad en la atención de los servicios de salud para establecer los *valores de referencia* que permitieran la evaluación posterior de la ejecución y resultados del programa.⁶²

De este modo, el PAC es un programa que por sí mismo, forma parte de ese reconocimiento al plantarse como medio para el abatimiento de problemas apremiantes en cuestión de inequidad y respeto a las poblaciones indígenas, y al representar un valor que se sustenta en una visión multicultural. Por lo tanto, las condiciones bajo las que el programa se concibe indican que éste debía establecer de manera clara aquellos valores sobre los que se sustentarían sus acciones, además de procedimientos y visiones simples buscando limpiar el camino de su implantación. Con ello, a su vez, buscar la aproximación a esos valores últimos de equidad en el desarrollo social de comunidades indígenas. Es en el siguiente apartado que intentamos explorar si ese programa efectivamente sustentó sus acciones generales sobre las bases del reconocimiento de esas diferencias, si logró

⁶¹ Véase, Gómez-Duarte María, “Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan Puebla”. En salud pública de México/vol. 46, no. 5, septiembre-octubre de 2004. p. 394.

⁶² Véase, Diario Oficial de la Federación, “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas del Programa de Ampliación de Cobertura”. 2002. p. 4.

establecer clara y simplemente el camino a sus objetivos finales, y si respondió a las expectativas creadas por ese mismo reconocimiento.

Diseño de políticas públicas federales de salud y reconocimiento: el Programa de Ampliación de Cobertura

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) inicia sus operaciones en 1996, no sólo como parte de las estrategias preestablecidas en el Plan Nacional de Salud 1995-2000, sino también por presiones de organismos internacionales ante las condiciones económicas prevalecientes consecuencia de la crisis económica que se vivió en México en el año 1995. No obstante, como antes se mencionó, la preocupación por la incapacidad de cobertura en los servicios básicos de salud tiene sus comienzos con el Programa de Ampliación de los Servicios de Salud para la Población no Asegurada (PASSPA), que se encontraba operando desde 1991 en cinco entidades federativas.⁶³

El PASSPA operó de 1991 hasta 1995, lo que le permitió al PAC contar con algunos recursos iniciales. Tanto el PASSPA como el PAC utilizaban recursos provenientes de fuentes nacionales e internacionales (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento – BIRF- y la Federación) que se otorgaban por medio de los acuerdos Loan Agreement y Guarantee Agreement para la aplicación del crédito 3943-ME.⁶⁴ Para el año de 1995, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo otorgaron un préstamo al gobierno mexicano para implementar el Programa de Servicios Sociales Esenciales (PROSSE), que representó una de las estrategias de respuesta a la crisis económica.

⁶³ Martha Castañeda, “El Programa de Ampliación de Cobertura en Comunidades Indígenas de Oaxaca: participación comunitaria y perspectiva de género”. En www.transparencia.org.mx/pacoax.htm. Noviembre, 1999. p. 8.

⁶⁴ Véase Secretaría de Salud, *Lineamientos de operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, D.F., 1996. p. 18.

El PROSSE ofrecía servicios sociales a la población con mayores deficiencias en su calidad de vida. Atendían principalmente al acceso a la educación, el autocuidado básico de la salud y medidas de seguridad por medio de empleos y un programa de nutrición.⁶⁵

El PAC, de manera consecutiva al PASSPA y el PROSSE, inició como una estrategia prioritaria del sector de desarrollo social ante el reconocimiento de las siguientes condiciones:

- la existencia de diez millones de mexicanos con acceso nulo, o muy limitado, a los servicios de salud;
- de que gran parte de ellos habita en localidades *rurales e indígenas* con menos de 500 habitantes, alta dispersión geográfica y compleja topografía que dificulta el acceso;
- que en dichas áreas prevalecen las tasas más altas de morbilidad y mortalidad por causas infecciosas, así como los más elevados niveles de desnutrición que afectan a los grupos materno e infantil;
- que en los servicios persisten rezagos importantes en la organización, capacitación, equipamiento y disponibilidad de los recursos materiales y humanos;
- que es muy difícil crear los incentivos para la permanencia del personal profesional y técnico en dichas áreas;
- que en estas zonas, de gran dispersión y sin infraestructura básica, resulta *inconveniente y altamente costoso* construir unidades de salud y, por último;
- que las acciones en estas áreas no han sido continuas, con programas complementarios interrelacionados sin traslapes operativos y de recursos, lo que ha evitado un impacto positivo en los resultados.⁶⁶

⁶⁵ Martha Castañeda, p. 6.

El PAC se desarrollaría en cuatro etapas. Las etapas consistieron en: 1) instrumentación e implantación (1996-1997), que correspondió el arranque del programa así como una instrumentación complementaria al mismo; 2) el desarrollo operativo (1997-1998) con la intención de abarcar el universo objetivo; 3) la consolidación (1998-1999), que consistió en la depuración y perfeccionamiento en la aplicación del paquete básico y; 4) la cobertura plena (1999-2000) para el mantenimiento continuo del programa.⁶⁷

En lo que a planeación se refiere, los resultados indican que para 1995 ya se había realizado el análisis de funciones, la integración y ejercicio del presupuesto, la estructura de recursos humanos y la sindical, la infraestructura física gracias al PASSPA, mecanismos de evaluación y seguimiento y un cronograma de actividades, entre otros. Durante el siguiente año se completaría la descentralización de los recursos financieros para medicamentos, uniformes e instrumental médicos. Se crearon las Unidades de Descentralización Estatales (UDEs), además de que se firmó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. También se integró una fórmula para la asignación de recursos presupuestales al proceso de planeación-programación-presupuestación.⁶⁸

Para finales de 1997 continuaron las acciones que *no* concluyeron el año anterior. Se estableció una nueva estructura orgánica en la SSA y se concluyó la Firma de los Acuerdos Específicos de Coordinación entre la Federación y los Estados, aunque sólo en nueve estados. La Ley General de Salud presenta modificaciones en materia sanitaria, no obstante, no se especifica en qué rubros. Aunado a esto, se transfirieron la totalidad de los recursos

⁶⁶ Secretaría de Salud, *Lineamientos de operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, D.F., 1996. p. 20.

⁶⁷ *Idem.* p. 67.

⁶⁸ Secretaría de Salud, *Evaluación de Medio Camino. Programa de Ampliación de Cobertura*. En Dirección General de Desarrollo en Salud. México, DF, 2000. Sin numeración, sección *Perspectivas del Programa 2000-2001. Componente II: Desarrollo Institucional y Descentralización*, y *Componente III: Modernización y Reestructuración de la SSA*.

presupuestales a las entidades federativas con un control directo de la SSA, es decir, implicó coordinación entre los estados y la federación. Asimismo, durante 1998 se incorporó el ramo 33 denominado “Aportaciones Federales a Entidades Federativas y Municipios” a la Ley General de Coordinación Fiscal, integrando así el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).⁶⁹

En ese sentido, la Ley General de Salud representó el marco que sirvió como base normativa para la implantación del PAC, la que a su vez respondía al derecho constitucional universal de todos los mexicanos a la protección a la salud.⁷⁰ Se apegó además al propósito fundamental del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, en el que se planteaban la modernización del Sistema Nacional de Salud en el primer nivel de atención, la dotación de una mayor eficiencia por medio de una operación horizontal y descentralizada, así como *el respeto a la cultura tradicional de los pueblos indígenas*.⁷¹

En la Ley General de Salud se establecen los criterios de asignación de los recursos de salud que, en general, responden a las siguientes materias prioritarias:

- La atención médica en beneficio de los grupos vulnerables;
- con especial relevancia en la atención materno-infantil y la planificación familiar;
- orientación y vigilancia en materia de nutrición;
- el saneamiento básico como medida de prevención y control de enfermedades transmisibles, padecimientos crónico-degenerativos y accidentes y;
- *la promoción e impulso de la participación comunitaria en la persecución del cuidado de la salud.*

⁶⁹ *Idem.*

⁷⁰ Secretaría de salud, *Lineamientos de operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, D.F., 1996. p. 16.

⁷¹ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos, Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública (2000). “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”. México, D.F., marzo de 2000. p. 10.

Las leyes estatales y sus reglamentos fueron los principales instrumentos de la Secretaría de Salud (SSA) sobre los que descansó la operación del PAC. Para la coordinación entre las entidades federativas y la federación, los instrumentos se materializaron tanto en los *acuerdos de coordinación* como en aquellos delimitando las líneas de operación del programa. En dichos acuerdos de coordinación, por cierto, están trazadas las líneas normativas de acción conjunta entre los estados y la federación con respecto a la implantación del programa. Así, los lineamientos tienen su soporte en los siguientes objetivos generales del acuerdo:

“mejorar la capacidad de atención de los servicios de salud a población abierta en la entidad, a través del otorgamiento de un paquete básico de servicios, integrado por intervenciones que además de ser costo-efectivas, darán respuesta a problemas locales, en jurisdicciones y municipios de alta marginalidad principalmente; disminuir las desigualdades en el acceso de la población abierta a los servicios de salud, especialmente la de las comunidades más marginadas; coadyuvar al proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta, mediante el fortalecimiento de la participación de los estados, y apoyar la reestructuración y modernización de los servicios de salud en la entidad”.⁷²

Los acuerdos referentes a los lineamientos de operación por su parte, nos indican las estrategias que se tomarían como guía a lo largo del proceso de implantación, así como el reconocimiento formal de los grupos indígenas. Las estrategias subsecuentes se reflejaban en el objetivo general del PAC, concentrado en incrementar la cobertura integral de los

⁷² Véase Diario Oficial de la Federación. “Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) en la entidad”. En el Diario Oficial de la Federación, 1996. p. 4.

servicios del primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso a los servicios y con los mayores índices de marginación⁷³.

Los objetivos específicos se establecieron como sigue:

- Ampliar y fortalecer la red de servicios del primer nivel, con base en el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), y otorgar el Paquete Básico.
- Impulsar la capacidad resolutive de los estados, las jurisdicciones sanitarias y los municipios, así como la programación, operación, y evaluación local de las acciones prioritarias.
- Promover la participación social y la cultura de la salud, *articulando los recursos comunitarios con los institucionales e incorporando las prácticas tradicionales de atención a la salud.*⁷⁴

Bajo este marco podemos ver que los objetivos plasmados en la constitución, los establecidos en el PAC y en los acuerdos de coordinación, eran congruentes tanto con los elementos empíricos que marcaban las condiciones del contexto como entre ellos mismos, lo que les brindó una lógica normativa desde el punto de vista estrictamente formal. Por supuesto, con ello también sumaron un reconocimiento de las diferencias culturales al integrar la importancia de la participación de las comunidades y la integración de las prácticas tradicionales, como elementos primordial de ajuste mutuo para desarrollar una coordinación efectiva.

Del mismo modo, observamos que los objetivos específicos del PAC respondían satisfactoriamente a aquellos establecidos en el Plan Nacional de Salud 1995-2000, ya que

73 Véase, Diario Oficial de la Federación, “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas del Programa de Ampliación de Cobertura”, en el Diario Oficial de la Federación, 2002. p. 6.

74 Secretaría de Salud, *Lineamientos de operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, D.F., 1996. p. 21.

en general atendían a las mismas vertientes principales: ampliar la cobertura para el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos en condiciones de alta y muy alta marginación; trabajar en la capacidad resolutoria de los estados a través de la delegación de actividades y transferencia de poder en la toma de decisiones y, aún más importante, la inclusión de la comunidad y de sus prácticas en el cuidado básico de la salud comunitaria.

En conclusión, y aunque de manera estrictamente normativa, nuestro análisis nos indica que los objetivos del programa se alinearon correctamente con los principios constitucionales de derechos a la salud para la ciudadanía, con la normativa de la federación y la de los estados, así como con las condiciones del contexto que delimitaron las líneas de acción. Al final, con lo anterior se puede decir que se intentó producir un alto nivel de compatibilidad entre las distintas líneas de acción que sustentaron al programa, y un alto grado de reconocimiento de esos grupos. No obstante, ¿se encuentra esto realmente reflejado en el programa, digamos, en su forma de operación?

Instrumentación del PAC: reconocimiento y flexibilidad normativa para su operación como elementos de ajuste mutuo

Tal vez sería razonable que el PAC, como estrategia de cobertura en lo que respecta a servicios de salud para la población abierta y como medio para el establecimiento de nuevas redes de implantación (sugeridas por la participación entre comunidad e instituciones gubernamentales de salud), contara con un diseño instrumental formal que pudiera integrar los recursos disponibles de tal manera que se intente extender la cobertura de esos servicios, generar eficiencia por medio de la toma de decisiones y ejecución de los recursos de forma descentralizada, y promover esa participación comunitaria y respeto a las culturas tradicionales.

En este sentido, debemos mencionar que el principal instrumento del PAC se materializa en el Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS). Este instrumento consiste en realizar acciones conjuntas de alto impacto y bajo costo. Sus características principales son: *irreductible* en su número de acciones estratégicas, respuesta factible e inmediata, estratégica en su promoción y prevención, congruente con el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), aseguradora de la eficacia y promotora de procesos horizontales de gestión.⁷⁵

A su vez, el Paquete Básico se desagregó en 12 estrategias, 75 acciones y 216 actividades. Las estrategias se concentraron principalmente en la prevención, control, saneamiento y capacitación. Así, las estrategias específicas se concentraron en: planificación familiar, atención prenatal, vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, prevención y control de la hipertensión arterial y diabetes, prevención de accidentes y enseñanza para el autocuidado de la salud.⁷⁶

El MASPA por su parte, es el componente de apoyo que le brinda el esquema de operación al PAC.⁷⁷ El esquema se divide en dos modalidades: la ampliación geográfica y la ampliación funcional. La primera modalidad atiende a la población que se encuentra más dispersa y en condiciones de alta y muy alta marginación. Sus principales medios de

⁷⁵ *Idem*, p. 27.

⁷⁶ *Idem*, p. 29.

⁷⁷ Después del MASSPA se utilizó un modelo intercultural donde se incluyeron una visión multicultural más desarrollada. Dentro del mismo, podemos encontrar que se toma en cuenta no sólo la situación actual de los pueblos indígenas, sino su sistema de salud y sus derechos locales e internacionales en la búsqueda de su visibilidad social. Al respecto podemos consultar a Gonzalo Solís Cervantes en su texto “Modelo intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México: Una perspectiva de equidad y democracia”. En Junta de Coordinación Política. Honorable Cámara de Diputados LVIII Legislatura. México, D. F. Agosto de 2003.

alcance de objetivos son: el *equipo de salud itinerante y las comunidades*, los que se analizarán en el siguiente capítulo. La segunda modalidad representa el medio por el que se intentan corregir los rezagos operativos de las organizaciones que prestan los servicios de salud. A partir de las dos modalidades, se intentó concertar con las autoridades la implantación del PAC, coordinarlo, obtener apoyo, fortalecer y apoyar la organización comunitaria, así como contar con agentes comunitarios, contratar y capacitar, rehabilitar y restaurar tanto las unidades de salud fijas como las móviles y, por último, instaurar un sistema de inventario de recursos efectivo.⁷⁸

Los instrumentos de operación complementarios se refieren a los componentes que impactan a la capacidad organizacional del gobierno para cumplir con las tareas que delimita el marco normativo del PAC. Los instrumentos complementarios de gestión se desagregan en:

- Programación-presupuestación: atiende a la descentralización en la programación, presupuestación y operación. Contribuye a ordenar, articular y compatibilizar los recursos disponibles tomando como base a la participación de la población en la planeación, programación, ejecución y control del PAC.
- Capacitación y asesoría: por un lado está el proceso de enseñanza-aprendizaje que le brinda las capacidades resolutivas tanto al personal institucional como al comunitario. Por el otro, encontramos a la asesoría como el medio de mejoramiento del desempeño del personal a lo largo de la implantación del PAC; se concentra en el servicio por niveles de conocimiento y autoridad.
- Incorporación de personal institucional y comunitario: consiste en la selección y reclutamiento del personal requerido con criterios como las necesidades de

⁷⁸ *Idem.* pp. 43-46.

operación y metas específicas. Se identifican dos tipos de personal indispensables: el de la Unidad Coordinadora del PAC a nivel estatal y el personal operativo que lo integran los equipos de salud itinerantes.

- Promoción y contraloría social: consiste en ofrecer a la comunidad la información pertinente para el cuidado en la salud y ejercer un control comunitario que permita la transparencia en la implantación de los recursos del programa.
- Difusión y comunicación: el objetivo de este instrumento de apoyo es dar a conocer el programa a los usuarios del servicio, a los involucrados en la prestación del mismo y a los demás sectores que se encuentren vinculados con el desarrollo social. Sus principales medios son videogramas, radio, medios impresos y promocionales exteriores, además de los instrumentos institucionales y otros canales ubicados en los distintos niveles de gobierno.
- Sistema cartográfico: apoya a la identificación geográfica de las rutas pertinentes para la prestación de los servicios.
- Reforzamiento de la infraestructura: por medio del financiamiento de obra civil y equipo, este instrumento apoya principalmente al mejoramiento integral de casas y centros de salud existentes, más que la construcción de nueva infraestructura.
- Abastecimiento y apoyo logístico: optimizar la aplicación de los recursos disponibles es el principal objetivo de este instrumento.
- Supervisión y control: pretende asegurar la identificación de fallas en el proceso de implantación, así como la instauración de medidas ajustadoras del mismo.

La supervisión se realiza en dos áreas principales: la administrativa y la operativa. En la administrativa se encuentran bajo supervisión las materias de recursos humanos, financieros, insumos para la salud, equipo instrumental médico, vehículos

y equipo de transporte y de obra. El área operativa, por su parte, abarca la supervisión para cada agente de salud en las materias que comprenden principalmente: el universo de trabajo de cada uno, la concertación comunitaria, contrataciones, capacitación, coordinación intersectorial e interinstitucional, esquema operativo estatal, difusión y comunicación social, almacenamiento y abasto, presupuestación y fortalecimiento de la infraestructura.

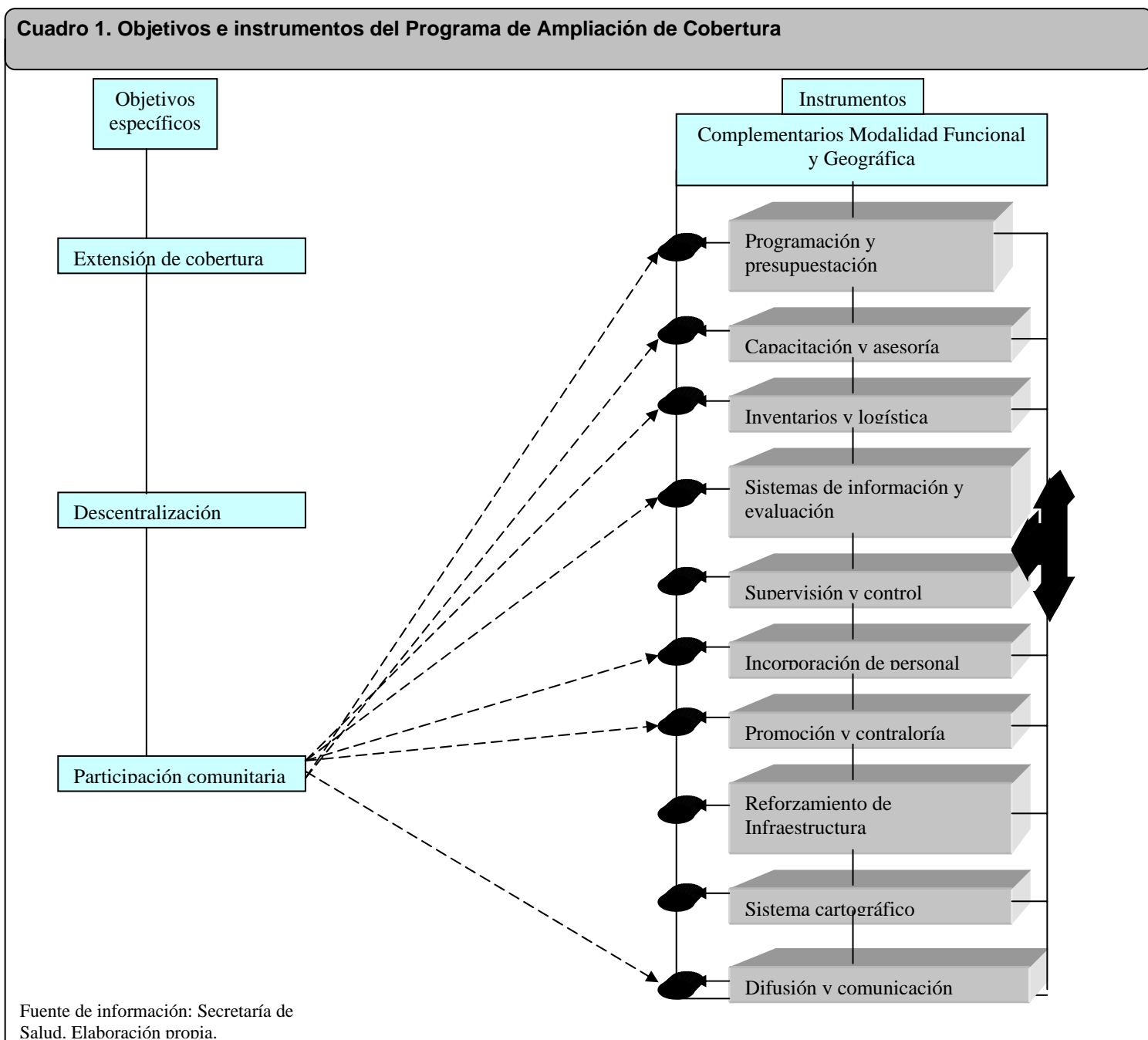
- Sistemas de información y evaluación: la información y vigilancia epidemiológica se basan en tres instrumentos sistemáticos. El primero es el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) que tiene como propósito recolectar la información necesaria para la evaluación del PAC. EL SISPA recolecta información en dos niveles: el comunitario y el institucional. El primero cubre las actividades realizadas en las comunidades y el segundo las operaciones de las unidades móviles y las organizaciones que prestan los servicios con recursos del PAC.

El segundo instrumento es el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Este sistema permite evaluar el impacto del PAC sobre los daños a la salud y representa la base para generar información para la toma de decisiones operativas dirigidas a la mejora en las condiciones de salud. Por último, se encontró un derivado de este sistema: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, el cual, en teoría, se ajusta a las necesidades de conocimiento de los encargados de las comunidades.⁷⁹

Reiterando la hipótesis y atendiendo a los valores y a la teoría implícita del programa, la compatibilidad, flexibilidad y nivel de reconocimiento se incrementan con la participación de las comunidades en las actividades del PAC, lo que podemos encontrar en

⁷⁹ *Idem.* pp. 69-106.

los instrumentos de operación antes descritos y que se ilustran en el cuadro esquemático siguiente:



El objetivo general del PAC se constituyó sobre las bases del incremento necesario en la cobertura integral de los servicios de primer nivel; con ello se buscó una mejora en las condiciones de salud de la población con mayores índices de marginación, tomando como uno de sus puntos de partida estratégicos a la siguiente línea de acción fundamental: la *promoción de la participación comunitaria*. De este modo, en términos generales y formales podemos observar que los instrumentos aportan por separado un apoyo marginal pero integral a cada una de dichas líneas propuestas por el programa.

No obstante para esta parte del análisis, no es tanto su nivel de integración como la identificación de puntos de instrumentación flexibles lo que se busca; por lo tanto, creemos que donde se encuentre la flexibilidad en los procedimientos será el mismo lugar donde se identifique la intención de creación de nuevas redes de implantación que puedan responder a los contextos multiculturales complejos, como aquellos donde operaría el PAC. Es por ello que a través del esquema observamos que casi todos los instrumentos de gestión, y por ende el reforzamiento para la entrega del paquete básico de los servicios, consideran a la participación comunitaria.

Así, se puede decir que los instrumentos de gestión, al integrar a su lógica normativa la participación de las comunidades, otorgan un poder de decisión formal que se supone debe surtir el efecto de contribuir a la institucionalización de nuevas redes de implantación, cumpliendo de esa forma con su objetivo de fomento a la coparticipación y respeto a las culturas tradicionales.

En ese sentido, el instrumento de programación y presupuestación se establece como primer punto de decisión flexible, ya que según los lineamientos, contribuye al orden del proceso al integrar formalmente la participación de la población en la planeación, programación, ejecución y control del programa. Mientras la capacitación y asesoría

intentan desarrollar un proceso de enseñanza-aprendizaje que brinde capacidades resolutivas al personal comunitario, el instrumento de incorporación del personal lo complementa al confirmar la necesidad de incluir al mismo personal; aunque éste último sólo especifica dos tipos de personal indispensables: el de la Unidad Coordinadora del PAC a nivel estatal y el personal operativo que lo integran los equipos de salud itinerantes, ambos pertenecientes a los recursos humanos institucionales y no comunitarios.⁸⁰

En la promoción y contraloría social también se encuentra un grado de flexibilidad, ya que ofrece a la comunidad la información pertinente para el cuidado en la salud e intenta ejercer un *control comunitario* que permita la transparencia en la implantación de los recursos del programa. Por último, mencionamos a los sistemas de información y evaluación, ya que el SISPA recolecta información en dos niveles: *el comunitario* y el institucional.

Dentro de éste se encontró un derivado muy peculiar: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada el que, en teoría (o en forma normativa), se ajusta a las necesidades de conocimiento de los encargados de las comunidades, es decir, del personal comunitario que formaría parte de la plantilla de recursos humanos operando dentro del PAC. Como enfatizamos en el esquema, es el sistema de información sobre el que se sustentarían las decisiones una vez comenzado el programa, por lo que este punto de decisión asignado a los integrantes de la comunidad representa un intento por generar y, en caso de ya existir, fortalecer redes de implantación interculturales con capacidad de decisión dentro del proceso de implantación del programa.

Finalmente, la participación de las comunidades en los programas de gobierno para el desarrollo social ya se ha colocado incluso como una de las estrategias maestras para el

⁸⁰ *Idem.* p. 75.

buen funcionamiento de los programas sociales. Y en este sentido, podemos decir que no sólo se debe a que este tipo de estrategias reducen los costos de proveer algún servicio como lo es la atención a la salud, sino porque en definitiva la teoría de los modelos de derrame de la riqueza fallaron al no tomar en cuenta las desventajas de los métodos indirectos para la distribución de esa misma riqueza.⁸¹

En nuestro caso también podemos decir que es una combinación entre esos dos factores y un tercero: el reconocimiento de las características multiculturales que envuelven el contexto, ya que esto aumenta la preocupación por la integración de dos culturas diferentes en una dinámica organizacional que permita el desarrollo en la salud de las comunidades indígenas más marginadas de nuestro país.

Sin embargo, ¿no es el incremento en la suma de participantes lo que se busca evitar para poder reducir los riesgos que implica la coordinación durante la implantación de un programa? Por lo anterior, en el siguiente capítulo intentamos escudriñar de entre los lineamientos y los sucesos para poder establecer, no sólo si la flexibilidad fue necesaria dado que ello parcialmente se ha podido observar durante este capítulo, sino si efectivamente tuvo impacto sobre su desarrollo en cuestión de salud y si se dio el respeto a las tradiciones comunitarias indígenas.

⁸¹ Véase al respecto Kliksberg, B., “Repensando al estado para el desarrollo social: más allá de dogmas y convencionalismos”. En *Gestión y Política Pública*. Vol. VII, núm. 2. CIDE.

Capítulo 3. Flexibilidad e interculturalidad: funciones y toma de decisiones en la instrumentación del paquete básico de servicios de salud del PAC

Flexibilidad, ajuste mutuo y la ubicación de la red intercultural

Recordemos que el paquete básico de servicios de salud (PABSS), instrumento principal del PAC, se integraría de varias estrategias, y que éstas se debían implementar con base en los procedimientos de instrumentación preestablecidos. En los aspectos genéricos de la aplicación del esquema de operación se establecieron las principales acciones delimitadas por esos procedimientos, los que a su vez partieron de dos modalidades para ejecutar el PABSS.⁸²

Las funciones ubicadas en esas dos modalidades, geográfica y funcional, se encuentran en el nivel del servicio de salud, por lo tanto, la posible generación de redes de implantación intercultural surge a ese nivel. Las redes interculturales pueden ubicarse en una institución de salud como un hospital, incluida en los procedimientos referentes a la ampliación funcional que se analizará en el siguiente y último capítulo. No obstante, también se pueden generar por medio de la ampliación geográfica al considerar la participación de las comunidades en la instrumentación, como lo es la provisión y gestión de las casas de salud.⁸³

En este sentido, el abordar el tema de la red intercultural no sólo nos permite identificar los puntos de acción o funciones que conforman esa red, sino también reconocer la importancia que para la interacción de esos puntos tiene el mecanismo de ajuste mutuo, y

⁸² En el Capítulo 2 se apuntaron las características principales de los instrumentos complementarios de gestión; en la sección de instrumentación, recabada de las páginas de los “Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura”, México, 1996. pp. 69-106.

⁸³ Recordemos al lector que en el capítulo anterior encontramos instrumentos como la incorporación del personal, el SISPA, la programación y presupuestación, entre otros, donde se enfatizó la utilización de recursos humanos de la comunidad en la operación de los mismos.

cómo éste se puede identificar en los procedimientos de ejecución del PABSS dada la complejidad de la relación multicultural.

De este modo, los lineamientos de operación del PAC incluyeron grados de flexibilidad en procedimientos específicos con el objeto de permitir la generación de una relación intercultural de salud con capacidad de ajuste mutuo. Con ello cuando menos se estaría intentando tomar en cuenta que esa relación significa no sólo reconocimiento, sino también “actuar con respeto para mejorar el impacto clínico y educativo, considerando así que existen dos formas de atención a la salud (la medicina convencional y la tradicional) que conviven en un mismo espacio en las comunidades”.⁸⁴

Dado que el PAC buscaba la cobertura plena en la prestación de los servicios de salud de primer nivel en comunidades indígenas, efectivamente contempló que su instrumentación se llevaría a cabo en este tipo de contextos. Marcaban los lineamientos del PAC, por ejemplo, que para su ejecución efectiva era esencial reconocer actividades como la práctica de la medicina tradicional ya que ésta se lleva a cabo en muchas comunidades en las que se considera de capital importancia, principalmente debido a que no tienen acceso a los servicios básicos de salud. Por todo esto el programa se planteaba mantener y fortalecer la capacitación y la dotación de equipo básico a las parteras empíricas (o auxiliares de salud) del PAC, así como una adecuada coordinación con los terapeutas tradicionales.⁸⁵ De esa forma el PAC intentaría buscar ajustarse al contexto con procedimientos de incorporación gradual.

⁸⁴ Véase Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, “El Enfoque Intercultural. Herramienta para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud”, en Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, DF. 2004 p. 5.

⁸⁵ Secretaría de Salud, *Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, DF. 1996. pp. 24-25.

De este modo, el proceso de implantación del PAC representó un trabajo de *concertación comunitaria* entre las instituciones gubernamentales de salud y los municipios; lo que se acordó por escrito entre el nivel federal y los estados, y en donde se estableció que la esencia del programa radicaba en el *respeto a la cultura, usos y costumbres* de las comunidades, así como el *reconocimiento e incorporación gradual* de las *prácticas tradicionales* (la medicina tradicional) de atención a la salud a los sistemas locales de servicios de salud.⁸⁶

En el capítulo anterior concluimos que en algunos instrumentos del PAC ya se integraba ese reconocimiento de las diferencias culturales, y por ello, aunque no muy nítido, existía un reflejo de flexibilidad en el programa. Sin embargo, la instrumentación se analizó por separado y con respecto a su aporte a los objetivos del PAC; diríamos, un análisis estático que no nos permitió, porque no era su intención, visualizar esa dinámica de ajuste mutuo entre instituciones gubernamentales y comunidades indígenas.

Sin duda es poco lo que se puede conocer acerca de todo un sistema de redes de implantación⁸⁷, dada la cantidad de juegos que el mismo puede generar. No obstante, hemos alcanzado a ver que las redes de acción multicultural que se integran al sistema del PAC, se crean únicamente en el punto de enlace entre las instituciones de salud y las comunidades, el que se encuentra al nivel del servicio. Por lo tanto, los procedimientos que buscamos se ubican en la instrumentación del PABSS, y es el análisis de este primer punto

⁸⁶ Estas líneas se establecen en el “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura”, bajo el rubro de la participación social, lo que indica no sólo el reconocimiento de la característica multicultural del país, sino en efecto, reglas de operación que sustentan la implantación de un programa; bajo interpretación, la transformación del reconocimiento en acción conjunta intercultural para el desarrollo social de esas comunidades. p. 9.

⁸⁷ En el Capítulo 1 establecíamos con base en Bardach, que la implantación es un sistema de juegos, los que en nuestro caso, son esas redes que se utilizaron para la implantación del PAC. Sección La importancia de las decisiones. p. 15.

de contacto entre institución gubernamental y comunidad dentro del PAC, el que se presenta en lo que resta de este estudio.

El primer punto de contacto: puntos de inacción, flexibilidad y extensión de la red

Bajo un esquema de reconocimiento del contexto, las reglas de operación del programa especificaban una red de implantación donde las asambleas comunitarias representaron los máximos canales de intercambio y comunicación con, y entre las comunidades. En éstas se promovía el análisis y la participación en soluciones que pudieran vincularse a su organización, representación y desarrollo.

Se estableció que esos canales de intercambio se tendrían que elegir de manera abierta entre las familias integrantes de cada localidad, ya que especificaban que “se trataba de una forma de organización comunitaria de carácter operativo y local, históricamente conformada para aprovechar y compartir sus recursos y mantenerse informados, pero que de ninguna manera sustituía a las autoridades locales y los procesos de elección formales”.⁸⁸

De este modo, aunque los lineamientos planteaban claramente que no se podían pasar por alto los procesos formales, es dentro de esos procesos que se encontraba contemplada la promoción de la organización voluntaria autónoma, y por ello representa un punto importante de flexibilidad en los procedimientos para la operación del PAC; en otras palabras, es precisamente dentro de la misma regla que se comienza a construir la red intercultural de implantación.

Además, se estableció que los comités elegirían al personal auxiliar comunitario, y darían apoyo con su trabajo promoviendo la asistencia y corresponsabilidad social en las

⁸⁸ Véase en el “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura”, México, 2000. p. 9.

acciones de salud, así como el resguardo y la distribución de los insumos, medicamentos y materiales. Aunque las aportaciones las realizaría la comunidad, éstas en ningún caso se percibieron dentro de los procedimientos como un requisito impuesto que se exigía para recibir los apoyos del PAC.⁸⁹

Las aportaciones de las comunidades podían representarse en terrenos para ubicar casas de salud, o bien, habilitando inmuebles existentes; además de la colaboración en la construcción de las casas con materiales sencillos propios de la región. Tras dos años de operación, el PAC registraba un total de 11, 248 comités de salud o asambleas, que se adjudicaban a la importancia de la participación organizada de más de 44 mil personas; esto representó más de un 50% de incremento tanto en personas como en comités en un periodo de un año. Asimismo, en el periodo 1998-1999 se encontraron 17, 058 comités de salud, representando un aumento de 49.5% y que para el periodo 1999-2000 habrían disminuido a 10, 597.⁹⁰

Por su parte, para 1999 se encontraban construidas 6,344 casas de salud comunitarias.⁹¹ Éstas se incluyeron en el rubro de promoción de la acción social en la primera evaluación

⁸⁹ Véase en el “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura”, México, 2000. p. 10.

⁹⁰ Todos los datos se encuentran en los “Informe Anuales de Labores” de la Secretaría de Salud para los periodos 1997-1998, 1998-1999 y 1999-2000. (pp. 18, 22 y 20 respectivamente). Sin embargo, es importante aclarar que el dato para el periodo '99-'00, también se encuentra en el documento de la Secretaría de Salud: “Evaluación de Medio Camino. Programa de Ampliación de Cobertura”. En sección Avances Operativos, subsección Promoción de la acción social. México, DF, 1999, (pp. Sin numeración o no legible). Dicho dato difiere del que se presenta en el informe de labores. En la evaluación del PAC se registran 9, 037 comités de salud, lo que en el caso representarían una disminución con respecto al periodo anterior ('98-'99). Para el periodo '00-'01 no se registra información al respecto en los informes anuales para cada periodo, ni en la última evaluación hecha para medir el impacto total del PAC.

⁹¹ Véase Secretaría de Salud, *Evaluación de Medio Camino. Programa de Ampliación de Cobertura*. México DF, 1999. Sección de Avances Operativos, en subsección Promoción de la Acción Social.

integral de la implantación del PAC desde su comienzo; una evaluación planteada desde el diseño del mismo programa.⁹²

De esta manera los resultados se pueden interpretar como la efectividad de una relación coparticipativa de avance entre las comunidades y las instituciones durante la implantación del programa. Inclusive se puede mencionar que en la jurisdicción 03 del PAC (Zacapoaxtla), que abarca la zona donde se ubica Cuetzalan, a un año de que iniciara el programa ya presentaba avances significativos. En éste se incluían 220 casas nuevas así como la provisión de insumos y capacitación a 81 casas.⁹³ Esto también refleja algo de eficiencia y eficacia en la capacidad de decisión de los comités pues fueron ellos quienes aportaron las casas y cada casa atendería a localidades dispersas de aproximadamente 400 habitantes (88,000 habitantes aproximadamente, sólo en casas de salud).

No obstante, aún cuando se estipuló en los lineamientos que esas aportaciones no implicaban un requisito para la provisión de los insumos del PAC, sí limitaban su acceso en algún sentido. A saber, la conexión se identifica en lo que apuntó el director de la Unidad Coordinadora del Programa en el estado de Puebla en 1996: “una casa de salud que no tiene auxiliar *no* va a tener insumos porque el auxiliar es la principal interesada, la gestora de estos recursos”.⁹⁴ Se perciben así, además de incentivos a la coparticipación, algunos posibles puntos de inacción en la entrega del PABSS. Aunque se estipulaba que la provisión de los recursos no era obligatoria para el goce de los beneficios del programa, también se especificaba que la provisión de casas de salud quedaba a cargo de las

⁹² Véase la Sección VI. Evaluación y seguimiento del documento “Lineamientos de Operación. Programa de Ampliación de Cobertura”. México, 1996. p. 107.

⁹³ Secretaría de Salud, *Evaluación de Medio Camino. Programa de Ampliación de Cobertura*. México DF, 1999. Sección de Avances Operativos, en subsección Promoción de la Acción Social

⁹⁴ Véase, Secretaría de Salud “Memoria del Seminario-Taller de Análisis y Desarrollo Operativo del Programa de Ampliación de Cobertura”. México, 1997. p. 143.

comunidades. Aunado a ello, serían los mismos comités quienes designarían al auxiliar de salud.

La provisión de los insumos por tanto, quedaba sujeta a la capacidad de conformación de esos comités, que se integraban por miembros de la comunidad y de las instituciones de salud. El último objetivo del programa, es decir, proveer los servicios médicos (el PABBS), quedaba a su vez sujeta al ajuste mutuo entre individuos para la conformación del comité de salud, como especificaban los procedimientos. Por lo anterior, se percibía necesaria tanto la flexibilidad del proceso, dada la complejidad que agregaba la característica multicultural del contexto, como la extensión de puntos de decisión a lo largo de la red de implantación que dicha flexibilidad implicaba.

Así, podemos observar cómo la extensión de la red incrementa en tanto lo hace la flexibilidad y el reconocimiento en los procedimientos, por lo que la extensión se puede vincular a la importancia de las características del contexto. El PAC, desde su diseño, contemplaba que la red de implantación se haría más extensa al integrar un mayor número de participantes en el proceso de ejecución, lo que en términos de puntos de decisión debería representar un nivel más complejo en la acción conjunta y por supuesto, con una muy baja probabilidad de éxito. Sin embargo, la acción intercultural parecía así exigirlo, ya que sus procedimientos debían sustentarse en el respeto y revaloración de la cultura tradicional, al aceptar actividades de operación intercultural tales como la intención de incorporar la medicina tradicional al sistema de salud prevaleciente y la coparticipación en el proceso de instrumentación del programa.

Flexibilidad y funciones

Mencionamos que las funciones y relaciones de cada actor en la red intercultural se establecieron en el nivel del servicio, y que el grado de complejidad de la lógica del sistema de instrumentación, aunque representa más actores, se reduce en tanto se incluyen puntos de decisión a las comunidades.

Por lo tanto, la entrega del paquete básico de servicios de salud quedaba sujeta a la forma en que se conectaban los actores a lo largo de esta red, siempre que sus funciones se definieran claramente en los procedimientos de instrumentación. De este modo, partiremos de la descripción de las funciones generales asignadas a los actores principales, para después vincularlas a algunas de las vertientes de instrumentación representativas del proceso donde se identificarán los roles y rutinas que el PAC intentaría generar para su implantación. Aunado a ello, se presentarán resultados de algunas de esas vertientes.

El proceso de instrumentación, según los lineamientos, comienza por generar dinámicas propias en el ámbito jurisdiccional, en donde el paquete básico es entregado a la comunidad. Es en este ámbito donde los agentes comunitarios se articulan con el personal institucional y se establece el enlace entre los auxiliares, las casas de salud comunitarias, los coordinadores comunitarios, los equipos de salud itinerantes y las *unidades de salud fijas*.

El auxiliar de salud comunitario (ASC) constituye el agente principal para la entrega del paquete básico y registro de información relevante para la toma de decisiones. El auxiliar debe ser un integrante de la comunidad y de esa manera cumplir con la búsqueda de la integración de su respectiva comunidad y el ajuste mutuo entre la institución gubernamental y el contexto multicultural. El ASC recibe capacitación en el nivel jurisdiccional, la que se concentra en temas básicos como los objetivos, filosofía y

principios del programa y del instrumento principal; metodología y logística; así como del sistema de información de actividades, aspectos técnicos médicos y técnicas de comunicación y participación social.⁹⁵

El ASC se encarga de promover acciones de salud y de atender los problemas sencillos en su entorno comunitario (nivel local). Sus funciones se concentran en cuatro actividades: primero debe definir el universo que se encuentra bajo su responsabilidad, realizar visitas domiciliarias, convocar a la participación social y coordinarse con los comités de salud y las autoridades locales. Sus funciones se realizan tanto en el ámbito geográfico como en el funcional.⁹⁶ Reiterando nuestro punto de partida, el integrar formalmente funciones al auxiliar de salud nos permite identificar un grado de flexibilidad en la normativa del PAC, la que pretende atender al respeto a las culturas y con ello promover la construcción de redes interculturales de implantación.

Por su parte el Coordinador comunitario de salud (Cocs), quien tiene formación técnica o paramédica (enfermera general, auxiliar de enfermería o técnico en atención primaria), actúa en una circunscripción territorial. Se encarga de coordinar, asesorar y supervisar las actividades del ASC, además de brindar atención médica o realizar acciones que rebasan el ámbito de competencia del auxiliar. Al igual que el ASC, éste interactúa en las dos modalidades, siendo los dos, parte del primer *punto de contacto* entre las familias, la comunidad y la red institucional de servicios de salud.⁹⁷

Tanto el ASC como el Cocs cuentan con apoyo y asesoría de los equipos de salud itinerantes (ESI) en lo que se refiere a la ampliación geográfica, y de las unidades de salud

⁹⁵ Secretaría de Salud, *Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, DF. 1996. pp. 52-53.

⁹⁶ *Idem.* p. 54.

⁹⁷ *Idem.* pp. 55-56.

fijas en cuanto a la funcional, siempre que los primeros produzcan retroalimentación a través de los sistemas de información. Los ESI se conforman de personal médico y paramédico. Tienen bajo su responsabilidad a lo que se le denomina una microregión que es definida por los mismos, y en donde se encuentran entre 8 y 10 Cocs, y de 80 a 100 ASC's. Recorre sus rutas a pie, en brigada motorizada y/o mixta para entregar el paquete básico. Entre sus principales funciones de gestión están apoyar y supervisar a los ASC's y los Coscs, coordinar la programación de las actividades en la microregión, participar en la capacitación de los auxiliares y coordinadores, coordinarse con la distintas áreas de la jurisdicción sanitaria para programar, abastecer de recursos a los ASC's y Cocs e informar y evaluar.⁹⁸

El núcleo básico es responsable de alrededor de 500 familias ubicadas en la localidad sede de la unidad de salud y su área de influencia. Sin embargo, se apoya siempre en las acciones y registros informativos de los ASC's y los Cocs para brindar el paquete básico a la población dispersa. Este núcleo se conforma de enfermeras, médicos y odontólogos, quienes deben cumplir con un nivel de instrucción específico. Se ocupan también de participar en la elaboración del diagnóstico de salud de su microregión; coordinar la elaboración del programa de trabajo de la unidad de salud; proporcionar atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación; efectuar visitas domiciliarias para el control y seguimiento de los casos, y de informar a la población. Por último, realizan la vigilancia epidemiológica de la comunidad, reportan a la jurisdicción sanitaria, apoyan, asesoran, capacitan y supervisan el trabajo de los ASC's y Cocs, y solicitan abastecimiento de insumos.⁹⁹

⁹⁸ *Idem.* pp. 57-59.

⁹⁹ *Idem.* pp. 59-60.

Los equipos zonales de supervisión (Ezs) se conforman por su parte de un médico, una enfermera y/o personal técnico. Estos controlan, dan seguimiento y supervisan el curso del PAC en una zona geográfica determinada; además de participar directamente en la aplicación del paquete básico, en la capacitación del personal comunitario e institucional bajo su cargo, y en la evaluación de la información proveniente del sistema. Por último, encontramos a la jurisdicción sanitaria, quien se encarga de coordinar, integrar y vigilar el desarrollo del PAC conforme a las normas preestablecidas en el orden técnico y de gestión. Su territorio se circunscribe en una región, donde también se regulan las actividades de contratación, capacitación, información, logística, coordinación y concertación con municipios, comunidades y organizaciones sociales a nivel estatal.¹⁰⁰

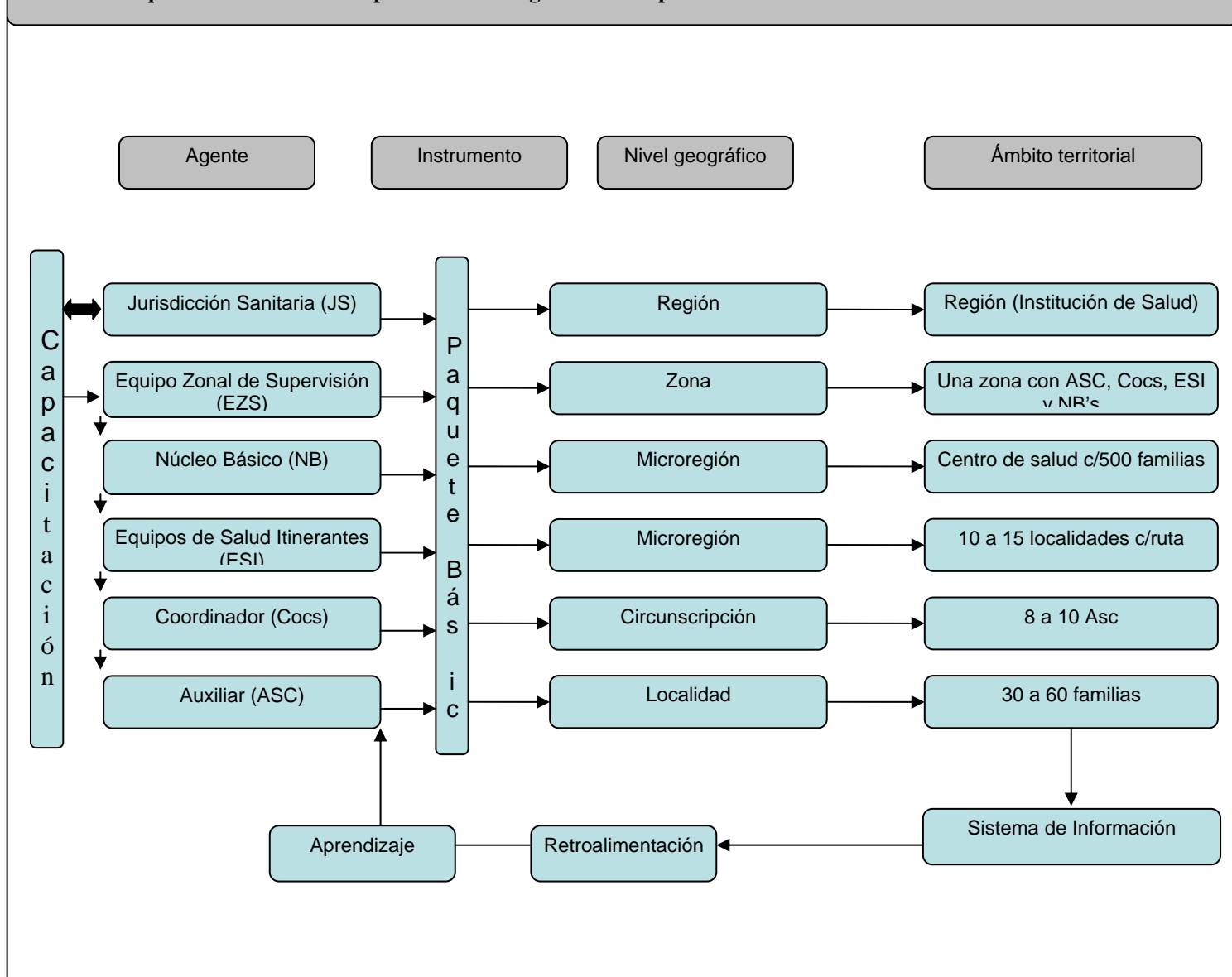
Además, es importante mencionar que los actores cuentan con tecnología de radiocomunicaciones que les permite estar en contacto permanente para el flujo de información relevante con respecto a los pacientes, su estatus de salud y el de los inventarios de insumos necesarios para la implantación del paquete básico en las comunidades. En este sentido, sabemos que las casas de salud del estado de Puebla incluían radio de comunicaciones, y en aquellos lugares donde no tenían energía eléctrica se les brindaba una célula de energía foto-solar.¹⁰¹ Este tipo de tecnología facilitaba el proceso de comunicación y de operación entre los diversos actores que implementaron el PABBS.

De esta forma, según los lineamientos, la red de actores para la implantación del instrumento principal del Programa de Ampliación de Cobertura, se estructura como se ilustra en el cuadro siguiente:

¹⁰⁰ *Idem.* pp. 50-52.

¹⁰¹ Véase Secretaría de Salud, “Memoria del Seminario-Taller de Análisis y Desarrollo Operativo del Programa de Ampliación de Cobertura”. en Secretaría de Salud, México, 1997. p. 143.

Cuadro 2. Esquema de actores en la operación del Programa de Ampliación de Cobertura



Si recordamos el capítulo anterior, donde se describen los instrumentos, podemos observar que las funciones de los actores dentro de la operación de la red intercultural del PAC están conectadas con cuatro principales instrumentos del programa: 1) el sistema de información que representa el principal medio de evaluación para el programa y por ello la guía fundamental para la toma de decisiones durante su implantación, tal como se observó en el cuadro 1 del capítulo anterior; 2) el instrumento de incorporación de personal que incluye personal comunitario; 3) el instrumento de capacitación que precisa las guías para

la aplicación de las estrategias del paquete de servicios básicos de salud, así como las del uso del sistema de información para los participantes de la comunidad; y 4) la promoción y contraloría social para ejercer un control comunitario que permitiera la transparencia en la implantación de los recursos del programa. No obstante, insertamos un quinto instrumento, el de programación y presupuestación, dado que su buen funcionamiento está sujeto a la correcta y oportuna retroalimentación del sistema de información, y dentro del cual se especificaba con gran énfasis la participación de las comunidades.

De esta forma, haremos un primer acercamiento al objeto de este estudio. Recordemos al lector, ¿es necesaria la flexibilidad de las reglas y procedimientos que sustentan a los programas cuya implantación debe darse en contextos multiculturales? ¿Es posible lograr compatibilidad, o desarrollar capacidades de ajuste mutuo en contextos que implican interacción entre culturas cuyas instituciones socioculturales, económicas y políticas difieren entre sí?

Análisis de las vertientes principales de instrumentación del PAC: flexibilidad y la red intercultural para la provisión del PABSS

Hasta ahora podemos decir que para la operación del PAC se concebía necesaria algún tipo de flexibilidad dadas las características del contexto, reiteramos, la respuesta es todavía tentativa mientras recordemos que lo único que hasta ahora se ha analizado es un conjunto de reglas y procesos normativos, así como algunos resultados obtenidos principalmente de documentos internos de la Secretaría de Salud; ningún análisis con información de campo.

Sólo podremos concluir el estudio una vez que se complete el análisis al establecer el vínculo entre las entrevistas, el estudio normativo que se concreta en esta sección, y el establecimiento de las características de una organización multicultural que nos ayude a confirmar no sólo que la flexibilidad genera este tipo de redes interculturales, sino si éstas

tienen la capacidad de prevalecer en el tiempo; es decir, capacidad de institucionalización que permita que otras políticas dirigidas a esas comunidades cuenten con una mayor capacidad para ajustarse rápidamente al contexto.

Implantación del Sistema de Información

El SISPA, como anteriormente mencionamos, incluye dos niveles: el comunitario y el institucional. Así, en el nivel comunitario el proceso comienza con las funciones asignadas al Auxiliar de Salud Comunitario (ASC). Entre otros, en los manuales de procedimientos del sistema se establecen los formatos SISPA-SS-F1, SISPA-SS-E1, SISPA-SS-M1 y SISPA-SS-A1. Los tres primeros se refieren a los calendarios de control de planificación familiar, de control del embarazo, parto y puerperio, y de control de atención del menor de cinco años. El último formato hace referencia a las actividades del ASC donde éste registra todas sus acciones, los insumos para la salud utilizados, así como el programa de necesidades de recursos para que le sean abastecidos con oportunidad. De esta forma, el ASC entrega sus formatos a los equipos de salud itinerantes, quienes una vez al mes agregan dicha información a un informe denominado “Informe Integral de Actividades Realizadas Fuera de la Unidad”.¹⁰²

El informe se provee a las unidades médicas quienes mensualmente lo envían a la jurisdicción sanitaria durante los cinco primeros días del mes al que corresponda la información. La jurisdicción realiza la concentración, procesamiento y validación de la información, quien consecuentemente la envía al departamento estatal de estadística. La

¹⁰² Secretaría de Salud, *Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura*. México, DF. 1996. pp. 82-84.

información se remite a la Dirección General de Estadística e Informática del nivel central donde se integra y difunde de manera mensual.¹⁰³

Por último, debemos aclarar que en los mismos lineamientos generales de operación del SISPA se incluyen como últimos dos puntos los siguientes: todas las instancias deben realizar supervisiones que mejoren la calidad de la información intentando abarcar la mayor cobertura posible y, todas las instancias *podrán realizar propuestas* (condición de flexibilidad) para mejorar el sistema durante las evaluaciones periódicas que se realicen.¹⁰⁴

Podemos observar que dentro de los procedimientos de operación del sistema de información se delegan funciones formales al ASC, lo que se traduce en puntos de decisión importantes para la flexibilidad en la implantación del PABSS en su modalidad geográfica. Agregamos además que los dos últimos puntos de los lineamientos nos dan pauta de que existe propensión al cambio, lo que nos permite visualizar un grado de ajuste del programa para con las dinámicas organizacionales a las que este sistema debía integrarse.

En el nivel institucional por su parte, encontramos que dentro de los lineamientos de operación del sistema no se encuentran contemplados los médicos tradicionales.¹⁰⁵ Con base en la información hasta ahora analizada, sabemos que existen médicos tradicionales que pueden encontrarse operando ya sea dentro o fuera de las organizaciones de salud.¹⁰⁶ Se percibe que tanto los médicos tradicionales como los ASC's son ubicados

¹⁰³ *Idem.*

¹⁰⁴ Véase Secretaría de Salud, "Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Manual de Procedimientos de Primer Nivel". En lineamientos generales. p. 3.

¹⁰⁵ Véase, punto 1: Responsables de la actividad de llenado. En Secretaría de Salud "Sistema de Información para Población Abierta. Manual de Procedimientos del segundo nivel de atención". México, 1996. p. 4.

¹⁰⁶ Véase el resumen del documento de Duarte-Gómez María Beatriz, "Políticas Nacionales de Salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital de Cuetzalan Puebla". p. 1. A groso modo, en éste se establece que los médicos alópatas no se entendían con el grupo de médicos tradicionales que operaban en ese hospital. De acuerdo a las fechas (finales de los '90), era en ese periodo en el que las coyunturas políticas como el PAC, produjeron una transferencia del hospital, del INI (Instituto Nacional Indigenista) a la SSA (Secretaría de Salud), que es cuando se genera dicho conflicto.

institucionalmente en un nivel primario de conocimiento en salud, por lo que formalmente no se encuentran reconocidos como parte del personal médico.

Lo anterior, de manera tal vez no tan obvia, se vincula al hecho de que todos los formatos están contruidos por la secretaría de salud para un sistema que sólo representaba una actualización del anterior (el que corría desde 1985), en el que todavía no se tomaba en cuenta la importancia de las diferencias culturales, y por ende tampoco lo que esto implicaba especialmente para la calidad de los servicios de salud como el PABSS.

Esto se puede ver reflejado al ubicar el procedimiento de llenado de la hoja diaria de consulta externa del SISPA, donde los únicos individuos responsables que se consideran son el médico, la enfermera y/o técnico en atención primaria a la salud.¹⁰⁷ En este nivel por lo tanto, formalmente no se identifican puntos de decisión asignados a los médicos tradicionales; lo que significa una falta de reconocimiento de las culturas y se ubica como un punto que puede debilitar la red.

No pretendemos abundar en la importancia que tuvo este instrumento durante la implantación del PAC, ya que los sistemas de información y evaluación son de especial importancia no importando qué programa se analice. No obstante, parece necesario mencionar que si de su buen funcionamiento dependen las decisiones de todos y cada uno de los actores durante la implantación, la inclusión de los médicos tradicionales en sus procesos se observa un tanto determinante; o simplemente existe una contradicción entre la existencia de un principio valorativo de respeto a las tradiciones y la práctica de procesos exclusivos para autoridades reconocidas institucionalmente. En consecuencia, al no incluir formalmente a estos grupos dentro del sistema de información, les resta posibilidad de

¹⁰⁷ Véase Secretaría de Salud, “Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Manual de Procedimientos Primer Nivel”. En Secretaría de Salud, México DF, 1996. p. 4.

control sobre sus actividades en lo que respecta al ejercicio de los recursos del PAC, lo que a su vez se considera como potencial generador de conflicto, de fallas en la capacitación, en la retroalimentación y por ende en la programación y el sistema de logística a lo largo de la red de implantación del PABSS.

Al respecto sabemos que en el Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, el que se analizará en el siguiente capítulo, ya se ha registrado conflicto entre médicos tradicionales y alópatas. Algunos médicos tradicionales comentaban que el personal alópata no permitía coparticipación en las actividades de salud. Además, en el trato diario no se les consideraba como un médico más, se les relegaba y no se les trataba de igual forma que a sus similares técnicos.¹⁰⁸ De hecho actualmente, este tipo de conflictos ha producido una mayor preocupación por las autoridades, al grado de extender lineamientos interculturales para personal de salud operativo e inclusive directivo.¹⁰⁹

No obstante, en general, los resultados de la vertiente de sistemas de información en relación con la toma de decisiones son los siguientes. Para 1996 se contaba con un componente institucional para el registro de las acciones del personal *no médico*, por medio de la versión simplificada del sistema. Éste permitió el registro de actividades de salud relacionadas con el personal que formalmente ya estaba reconocido por el PAC y que pertenecía a la comunidad.

Al respecto apuntaba el Director General de Estadística e Informática a finales de 1996, que lo más importante era reforzar lo que correspondía al componente comunitario del

¹⁰⁸ Duarte-Gómez María B., *op. cit.* 394.

¹⁰⁹ Al respecto puede consultarse el sitio web de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Específicamente en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, donde se han desarrollado varios trabajos que se dedican a la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y la diversidad cultural en nuestro país. Entre otros esfuerzos de esta dirección podemos encontrar documentos como “Esquema Metodológico para Incorporar los Derechos Humanos Mediante el Enfoque Intercultural”, “El Enfoque Intercultural. Herramienta para Mejorar la Calidad de los Servicios de Salud”, “Enfoque de Riesgo en Salud desde la Perspectiva Intercultural” y “Modelo Intercultural en Salud”.

SISPA. Tradicionalmente sólo se cubría la información que recababan los auxiliares de salud, quienes por cierto, pertenecían a la comunidad. De esa forma, para 1997 se coordinarían con la Dirección General de Epidemiología y Salud Reproductiva para incluir la información recabada por las parteras tradicionales; esto se consideró una novedad principal con la que arrancaba el SISPA para ese año.¹¹⁰

Más adelante en ese mismo informe, agregaría que las parteras tradicionales serían las responsables del registro de la información que va al informe de actividades fuera de la unidad médica; y que la participación de la partera tradicional era uno de los principales enriquecimientos para el SISPA.¹¹¹ Había un acuerdo entonces en lo que se refería a la inclusión de procesos flexibles, y un reconocimiento de su necesidad para la institucionalización de redes interculturales sustentadas en procedimientos específicos, en este caso no sólo del PAC, sino de toda la red de salud ya que el SISPA seguiría funcionando como tal aún cuando expirara el programa.

En ese sentido, continuando con lo que apuntaba el Director General de Estadística e Informática, se debía contar con información de las doce estrategias a través de distintos actores, incluyendo a las parteras empíricas, en las unidades médicas así como en las actividades fuera de éstas. Con respecto al procedimiento, se utilizarían los formatos del SISPA del primer nivel de atención, los que serían fácilmente identificados y vinculados a las unidades móviles, aún cuando no existían formatos para dichas unidades.¹¹²

Los servicios de salud además, enviaron trimestralmente la información básica para el seguimiento del número de recursos humanos y de sus movimientos. De la misma manera,

¹¹⁰ Véase, Secretaría de Salud, “Memoria del Seminario-Taller de Análisis y Desarrollo Operativo del Programa de Ampliación de Cobertura”. en Secretaría de Salud, México, 1997. p. 65

¹¹¹ *Idem.*

¹¹² *Idem.*

en las unidades médicas, equipos de salud itinerantes, disponibilidad, envío y distribución de insumos y materiales, se llevó un sistema de registro. La información se recabó por medio de cédulas que captaban datos sistemáticamente, principalmente de acciones de capacitación, supervisión y comunicación. Aunado a lo anterior, cabe mencionar que se contó con una red de interconexión entre 32 entidades federativas, 231 jurisdicciones y 34 unidades administrativas centrales; lo que permitió un flujo más eficiente de la información.¹¹³

Implantación de la Incorporación del Personal

En este rubro es de vital importancia enfatizar el proceso mediante el cual se elegía el ASC, ya que es en éste donde recaen varias actividades del PABSS así como del sistema de información. Como se había mencionado anteriormente, la incorporación del ASC comienza por su elección en su comunidad, formalmente sustentada en el principio de liderazgo y sentido de apego a la misma comunidad. Consecuentemente, se brindaban las alternativas al comité de salud técnico, quien las analizaba y seleccionaba a los ASC para determinadas zonas.

La selección del personal de la comunidad se encuentra así establecida dentro de las acciones formales del PAC, por lo que podemos observar que en este sentido, existe un punto de decisión importante con respecto a la flexibilidad de sus normas operativas. Sin embargo, al profundizar encontramos que dentro de los aspectos formales con respecto a la contratación del personal, la selección del ASC queda relegada a una decisión que no se integra a las normas, procedimientos o catálogos de personal vigente indicado anteriormente. Dentro de los formatos se especifica el tipo y perfil del personal únicamente

¹¹³ Véase Secretaría de Salud, “Evaluación de medio camino. Programa de Ampliación de Cobertura”, México, 1999. p. 27.

médico, paramédico, de apoyo al trabajo de campo o técnico en atención primaria a la salud, y el administrativo.¹¹⁴

Sin embargo en general, los resultados en la incorporación del personal parecen ser favorables al PAC en su totalidad. A saber, para 1996 ya se contaba con 3,809 auxiliares de salud. Adicionalmente se encontró que para el año 2000, se contó con 10,870 auxiliares de salud; casi 3 veces más personal comunitario en cuatro años. El siguiente cuadro que se presenta en la evaluación de medio camino del PAC nos ayuda a desagregar los resultados por periodo y categorías de personal médico no médico hasta el año 2000.

Cuadro 3.					
Recursos Institucionales y comunitarios del PAC. Periodo 1996-2000					
Recursos	1996	1997	1998	1999	2000
Médicos	197	1088	1422	1552	1552
Enfermeras	195	1144	1306	1538	1538
Paramédicos	268	1160	1522	1604	1604
Otros	215	399	377	434	434
Total	875	3791	4627	5128	5128
Auxiliares SC	3809	9381	9669	12104	10870
Fuente: Dirección de Extensión de Cobertura, SSA, 2000					

Los resultados en cuestión del procedimiento de elección del ASC pueden ser engañosos, ya que la incorporación del personal por sí sola, no refleja ninguno de los puntos de flexibilidad mencionados formalmente por el programa. En este sentido,

¹¹⁴ Véase Secretaría de Salud, *Lineamientos de Operación. Programa de Ampliación de Cobertura*, México, 1997. p. 76.

podemos afirmar que el proceso de selección del ASC no se realizaba conforme a lo que se establecía en el PAC, cuando menos en el estado de Puebla.

El director de la unidad coordinadora del PAC en Puebla comentaba: “lo fundamental es el proceso de verificación o confirmación del ASC, fíjense bien que dije verificación o confirmación del ASC, porque he estado escuchando también que se habla mucho de un tipo de elección popular, lo que para nosotros representa un *riesgo* (...) Aquí el promotor de la salud juega un papel crucial que consiste en detectar a dos o tres personas que se irán eliminando, con base en *exámenes previos o algún tipo de valoración*, para después presentarlo a la comunidad como el candidato ideal y que ésta, en una asamblea, *únicamente* vaya a rectificar o ratificar al ASC”.¹¹⁵

Podemos observar que aunque formalmente el PAC delimitaba acciones flexibles y precisas acerca de las decisiones de los comités en la incorporación del ASC, este proceso no se realizaba conforme a lo que se estableció en los lineamientos del programa. Las razones de ello radicarón principalmente en que se percibía un riesgo relacionado con el nivel de conocimiento y de capacidad de coordinación de las comunidades.

Como podemos recordar, las instituciones tenían que decirles que primero construyeran sus casas de salud y eligieran a un representante (ASC). Pero en el caso de Puebla, aunque la elección de representantes no se delegaba por completo a la comunidad, se realizaba una acción conjunta intercultural, donde el promotor de salud, el médico y las auxiliares de salud eran quienes detectaban a esas personas, platicaban con ellas y según su grado de escolaridad, *aceptación en la comunidad* y tipo de vínculo familiar con las autoridades

¹¹⁵ Véase, Secretaría de Salud, “Memoria del Seminario-Taller de Análisis y Desarrollo Operativo del Programa de Ampliación de Cobertura”. en Secretaría de Salud, México, 1997. p. 143.

municipales, se seleccionaba al ASC. En ese sentido, la flexibilidad normativa para la conjunción de los comités permitía este tipo de acciones.

De este modo, incrementaba el grado de ajuste mutuo que permitió que las decisiones fluyeran correctamente de alguna u otra manera, aunque no conforme a lo planteado. Se percibe así que al igual que las reglas de los programas deben integrar flexibilidad, mientras no exista pleno reconocimiento de los médicos tradicionales que acompañe a una regulación en su incorporación como personal institucional, tal vez no importe cuántas decisiones se les asignen dentro de los programas, o qué tan flexibles se perciban éstos.

De modo que el personal, mientras se encuentre reconocido formalmente, sea administrativo (reporte del director en Puebla) y/o médico (degradación de la cultura tradicional), podrá tomar decisiones que resulten en un decremento en la posibilidad de institucionalización de nuevas dinámicas organizacionales, reiteramos, para el caso, organizaciones multiculturales con necesidades de ajuste distintas a una organización culturalmente homogénea. Aunque esta observación parece no ser favorable a la conformación de un nivel de confianza en las actividades interculturales, en el caso del estado de Puebla se logró (bajo un modo distinto pero posibilitado al final por la flexibilidad de las reglas) la construcción de redes interculturales así como su continuidad, como veremos más adelante.

Finalmente, para cerrar esta sección, reafirmamos nuestra posición acerca de la flexibilidad al mencionar que en algunos estados, sí se incluyeron a los auxiliares de salud en sus organigramas principalmente debido a su importancia en la red de implantación del PABSS¹¹⁶; esto es, un nuevo actor en la red (una intercultural) con funciones formales

¹¹⁶ Véase al respecto, el reporte de la Dra. Irasema Guerrero, quien para 1996 se encontraría como Directora de la Unidad Coordinadora del Programa en el estado de Veracruz. *Idem.* p. 155.

específicas tanto administrativas como de servicios de salud, lo que refuerza nuestra idea de que la flexibilidad puede llegar a producir redes interculturales de implantación cuya principal fuente de coordinación radica en la capacidad de ajuste mutuo entre dos culturas.

Implantación de la Programación-Presupuestación

La programación tiene sus bases normativas en la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas o la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal entre otros. Su importancia radica en que la toma de decisiones con respecto a este instrumento fluye gracias a la calidad de la información recabada y en que en los lineamientos del PAC se especificó que se incluiría a la comunidad. Así, la integración de este proceso en el nivel jurisdiccional da lugar a la conformación de un programa operativo anual (POA) donde se incluyen rubros como los costos de insumos, contratación de servicios y gastos de operación en general, todo ello clasificado de acuerdo con estructuras autorizadas por el nivel federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP en adelante).

Para la autorización del POA, se realiza el siguiente procedimiento: Las unidades Coordinadoras Estatales del Programa (UCP) formulan el POA conjuntamente con las áreas técnicas y administrativas de los servicios de salud en los estados, lo revisan y realizan una primera validación, posteriormente la UCP lo envía con la traducción operativa correspondiente a la DGPAC. La DGPAC lo verifica y ajusta para presentación a niveles superiores, lo remite a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) de la Secretaría de Salud (SSA), para su integración al POA institucional o integral de estados. La SHCP envía el documento a la Cámara de Diputados, se notifica y

publica en el Diario Oficial de la Federación, regresa como oficio a la SHCP y se verifica la inversión en la Oficialía Mayor, donde se definen los techos presupuestales.¹¹⁷

En este proceso, excepto por la mención de la jurisdicción sanitaria en los apoyos a su formulación, no existe algún punto de decisión asignado formalmente a integrantes de los grupos de médicos tradicionales o a los auxiliares de salud. Sin embargo, dada la teoría de cambio del programa, éste sustenta sus decisiones sobre la capacidad de los actores de manejo del sistema de información; especialmente con los recursos disponibles. De esa forma intentó integrar la participación de la población en la planeación, programación, ejecución y control del PAC. Reiteramos: ninguna de ellas se encuentra reflejada en los niveles que se presentan en los procedimientos ya que, como se había indicado al inicio de este capítulo, son niveles diferentes de los del PABSS.

En nuestro caso estos niveles no se encuentran explícitos en el punto de contacto entre la institución y la comunidad, pero algunos resultados registrados para 1998 en el estado de Puebla con respecto al presupuesto, nos indican entre otras cosas algo que percibimos como una posible falla. Por falta de recursos financieros, según la fuente, existieron deficiencias en cuestión funcional; además de falta de un abasto permanente, de un equipamiento integral, de acciones de mantenimiento y de supervisión. También que el personal resultaba *insuficiente*, que las acciones de promoción, difusión y *capacitación* del PABSS eran ineficientes, y que los servicios *instalados* se utilizaban escasa e inoportunamente por la población.¹¹⁸

¹¹⁷ Secretaría de Salud, *Lineamientos de Operación. Programa de Ampliación de Cobertura*, 1996. pp. 70-74.

¹¹⁸ Secretaría de Salud, "Evaluación de medio camino. Programa de Ampliación de Cobertura". En la sección de Información de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Programa de Ampliación de Cobertura. Ciudad de México, Abril 1999. p. 2.

En cuestión geográfica, encontramos que la interrelación entre la infraestructura institucional y comunitaria resultaba *inoperante*; las zonas críticas por su dispersión, inaccesibilidad, *condición indígena* u otras razones eran visitadas esporádicamente; el ASC, *prácticamente independiente* en sus actividades, no recibía un apoyo sistemático para acrecentar su eficiencia; y la participación comunitaria no tenía el apoyo para la autoconducción y toma de decisiones.¹¹⁹

De esta forma, comparamos. La retroalimentación formal de la información, en teoría, fluye de abajo hacia arriba y consecuentemente produce decisiones más precisas de arriba hacia abajo. Las decisiones se ven reforzadas por la cercanía con la comunidad a través de su participación en tareas diversas durante la implantación del programa, hasta donde la información previamente analizada nos indica. La retroalimentación de información por lo tanto, se espera que sea más efectiva y eficiente en tanto el número de auxiliares de salud aumenta, se les capacita y se integran a la gestión y operación del programa, tal y como se indica en los resultados de incorporación del personal.

No obstante, parece que aunque el número de auxiliares aumentaba, la operación no se hacía efectiva; por fallas que según la fuente de información, se debían a la falta de recursos financieros. Si se registra un buen número de ASC's en la región, y el sistema de información avanzó de manera sustancial, ¿cómo es que la relación entre institución y comunidad era *inoperante*? y ¿porqué las condiciones indígenas se consideraron un factor dentro de las fallas de presupuesto? Habíamos dicho, la condición de los contextos multiculturales es determinante si se consideran programas cuyos objetivos se concentran en el desarrollo de los mismos; la condición indígena en este resultado, pareciera tener un

¹¹⁹ *Idem.*

vínculo muy vago con la provisión de recursos financieros y, sin embargo, se consideró un factor que produjo fallas durante la implantación.

Tal vez sea muy difícil establecer una relación entre la condición indígena y el bajo nivel en la operación de los ASC, pero no es difícil observar que si los resultados al parecer no tenían un vínculo claro de causa y efecto y aún así se incluyeron en el reporte evaluativo para el estado de Puebla, cada uno de los factores incorporados en el mismo reporte debieron considerarse de vital importancia dado que representaba una evaluación de la mitad del tiempo que duraría el programa. Por lo tanto, la condición indígena, la capacitación, el sistema de información y la incorporación del personal, no fueron tan eficientes y efectivos como lo que se percibe en los resultados anteriores, cuando menos para el estado de Puebla.

Implantación de la Capacitación de Personal

Directamente relacionado con el punto anterior, encontramos al proceso mediante el cual se completa la organización para la capacitación de las agentes que otorgan el PABSS. No obstante, antes de describir dicho proceso, comentamos que en las políticas y normas de su operación no se consideran aspectos de retroalimentación con respecto a la medicina tradicional. De ese modo, no nos deja claro si ésta realmente se intentó incorporar gradualmente a los procesos de capacitación necesarios para la implantación integral del programa, cuya perspectiva proviene especialmente del objetivo de respeto a las culturas e institucionalización de dinámicas interculturales. Las políticas y normas de operación se

limitan a asignar las responsabilidades del titular de enseñanza a nivel estatal por medio de los titulares de enseñanza en el nivel jurisdiccional.¹²⁰

Por lo tanto, es de esperarse que se identifiquen procedimientos como el siguiente: el titular de los servicios de salud determina las localidades en las que se otorgará el PABSS. A su vez, instruye al director de servicios de salud, quien realmente es el que identifica las localidades y la jurisdicción sanitaria correspondiente. En la jurisdicción sanitaria también se identifica el número y tipo de agente a capacitar en el PABSS y lo da a conocer al responsable de enseñanza de la misma jurisdicción.

El responsable llena el formato de identificación del personal a capacitar y a su vez, en coordinación con los responsables jurisdiccionales, realiza las adecuaciones necesarias a la carta descriptiva tipo, donde se establece el agente objeto de capacitación. Consecutivamente se desarrolla la actividad de capacitación de acuerdo a dicha carta y, al término de la actividad, realiza el llenado del formato 3 que se refiere al seguimiento de agentes capacitados.¹²¹

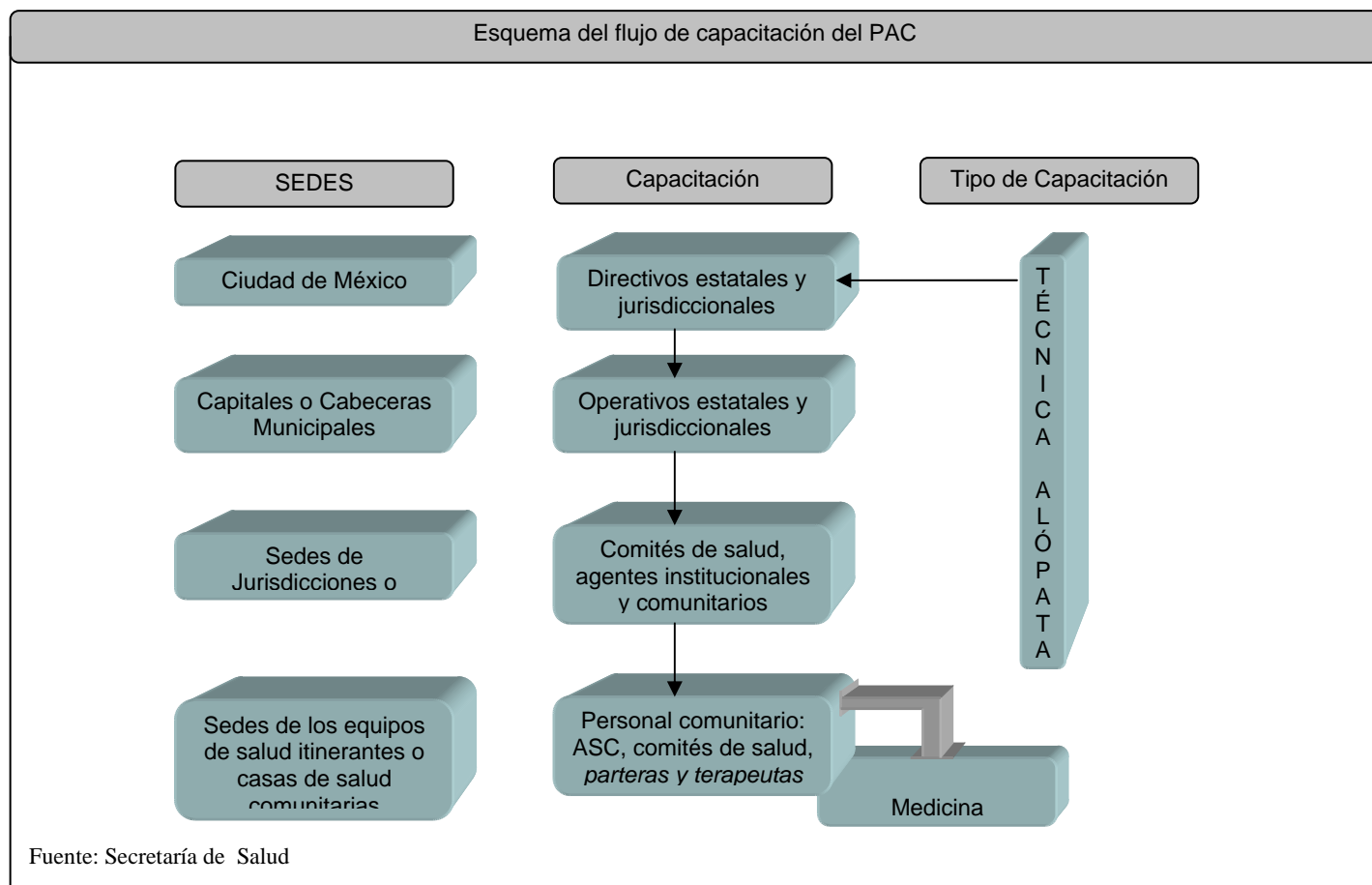
Con base en la normativa antes descrita y los resultados presentados en el punto de programación y presupuestación, se sabe que el programa de capacitación no se llevó a cabo conforme a lo planteado. Aunque en la información esto se le atribuye principalmente a la falta de recursos, si el personal auxiliar actuaba en forma independiente y sin dirección alguna, y además se enfatizaban los problemas entre el personal comunitario y el institucional, el resultado puede relacionarse también con la falta de efectividad en el proceso de capacitación y en el de contraloría social, a cargo de los cuales se encontraban la

¹²⁰ Véase, Secretaría de Salud, “Manual de Procedimientos para la Capacitación del paquete básico de servicios de salud”, en Subsecretaría de Coordinación Sectorial. Dirección General de Enseñanza en Salud. 1997. pp. 8-14.

¹²¹ *Idem.*

formulación de un proceso de aprendizaje mutuo en cuestión de atención a la salud y la integración comunicativa entre comunidad e institución.

Aunado a lo anterior, la capacitación se realizó con un esquema de arriba hacia abajo, donde las sedes curso pasaron del nivel estatal a los ámbitos jurisdiccional, municipal y local. Podemos observar entonces que ésta consistió en la transmisión de conocimiento alópata y de lineamientos de operación del instrumento principal, donde se aplicaron conocimientos verificados en acciones de supervisión. Por lo tanto, no queda claro que el objetivo de respeto hacia las culturas tradicionales se haya integrado efectivamente al proceso, ya que el método sugirió sólo transmisión de conocimiento alópata al tradicional y no viceversa; en el siguiente esquema se puede observar con mayor claridad la relación entre la capacitación, su flujo y los niveles de la misma.



Sin embargo, los resultados reflejan efectividad del proceso ya que se reportó que para 1996 se habían realizado 1208 actividades de capacitación a auxiliares de salud y personal institucional, para 1997 se reportaron 1,793, 2,340 en 1998, 3,279 en 1999 y 1,858 durante el año 2000. También se reporta que existieron acciones de capacitación a distancia para los auxiliares de salud, la cual alcanzó a cubrir el total de auxiliares operando dentro del PAC. Asimismo, se utilizó una transmisión vía satélite mediante la cual recibieron la señal comités de salud y otros agentes comunitarios.¹²²

Por último, debemos resaltar que intentar compatibilizar las diferencias culturales de una manera un tanto más formal, disminuye la posibilidad de conflicto. En este sentido afirmamos que en la instrumentación de la capacitación, así como se indicó en el SISPA, los procedimientos se fueron modificando e integraron procesos de intercambio cultural, donde además de que se promocionó el programa a personas bilingües de la comunidad, el personal contratado por el PAC se preocupó por aprender los dialectos de la comunidad.¹²³

Además se incorporó un curso de parteras tradicionales, el que se llevó a cabo por parteras de reconocido prestigio. Aquí podemos vincular claramente cuatro factores de vital importancia para el estudio: 1) La flexibilidad de los procesos del PAC permitió realmente la concertación entre comunidades y 2) el apego a procedimientos que desarrollaron dinámicas interculturales de respeto; en conjunto, 3) un proceso de ajuste mutuo que se crea para la operación más efectiva de un programa de salud y 4) una clara necesidad por expandir las redes de implantación en tanto dicha flexibilidad se considera.

Implantación de la promoción y contraloría social

¹²² Secretaría de Salud, "Evaluación de Medio Camino del Programa de Ampliación de Cobertura". México, 1996. pp. 28-29.

¹²³ Secretaría de Salud, "Memoria del Seminario-Taller de Análisis Operativo del Programa de Ampliación de Cobertura". México, 1997. pp. 148.

El instrumento de participación de las comunidades se agrega en los lineamientos como requisito indispensable para el impacto del programa. La participación se consideró en aspectos inclusive administrativos como planeación, ejecución, y como ya se indicó reiteradamente, en la evaluación. Los comités de salud en la provisión y administración de los insumos son un ejemplo de ello, así como los auxiliares de salud comunitarios.

En los mismos lineamientos se planteó que los comités mantendrían una vía de coordinación doble con la comunidad al informarla acerca de los avances del programa y del manejo de sus recursos por un lado, y con el personal institucional y las autoridades municipales por el otro. Una vez más, en este procedimiento de instrumentación podemos confirmar varios de los puntos antes mencionados al vincularlo con la información analizada.

Para el año 1996, en el reporte del director de unidad coordinadora del estado de Yucatán, se apuntaba que el proceso de participación social implicaba una toma de decisiones para planear y realizar acciones que dieran solución a los problemas. La participación social debía tener como meta un cambio de conducta en la población, en sus hábitos y en su comunidad. En ese sentido, también se incluía a la autogestión y la co-administración como formas en que la comunidad participaría, al delegárseles capacidad para administrar sus propios recursos.¹²⁴

En ese mismo reporte se indicaría inclusive, una metodología para medir el impacto de la participación por medio de puntajes asignados a la amplitud de la participación, donde los instrumentos principales eran los promotores de salud, los comités de salud (que ya se había indicado anteriormente), las organizaciones comunitarias y la comunidad como

¹²⁴ Idem. p. 161. En este caso no se pudo contar con información específica acerca del estado de Puebla, sin embargo, enfatizar resultados acerca de este instrumento es importante para el estudio, ya que el dato alcanza a darnos luz acerca de nuestros objetivos.

acción colectiva. Y de esta manera fue entonces como se evaluó a un municipio en donde se obtuvieron resultados que podían reflejar los grados de participación de la comunidad.¹²⁵

En los resultados se especificaba que el promotor y comité de salud obtuvieron un alto grado de participación, cuestión que ya se mencionaba de importancia para la provisión de los insumos del programa. También que las organizaciones comunitarias se encontraron en un nivel intermedio de participación, y que la comunidad tenía un nivel bajo de participación desde una perspectiva general de instrumentación del programa.

Por lo que la inclusión y el intento de ajuste mutuo en los procesos administrativos, en este estado cuando menos, presentaban un grado de avance intermedio, lo que aportó una forma de medir que ellos mismos consideraron necesaria para poder identificar dónde se debía incidir. Se planeó así que tenían que mejorar sustancialmente para lograr una *acción conjunta* que les permitiera una verdadera participación social; pero una con *capacidad de permanencia*, que se sustentara en *comités estables* aún cuando los *programas no continuaran* en operación, ya que normalmente sucede que en cuanto los programas terminan, con éstos también la relación.¹²⁶

A manera de conclusión preliminar, podemos decir que la instrumentación de un programa en un contexto de interacción multicultural, en tanto incluya flexibilidad, requiere que se reconozcan formalmente esas diferencias culturales de tal manera que se puedan aprovechar para desarrollar una acción conjunta coordinada. De lo contrario, resulta difícil la posibilidad de institucionalización de nuevas dinámicas organizacionales que permitan esa interacción pluricultural y por ende, la provisión adecuada y continua de los servicios de salud en dichos contextos.

¹²⁵ *Idem.* El municipio de Chemax, en el estado de Yucatán.

¹²⁶ *Idem.*

Por lo que en el siguiente apartado, se analiza el esquema del PAC en el que se insertó el Hospital Integral con Medicina Tradicional del municipio de Cuetzalan del Progreso, estado de Puebla. Durante nuestro último capítulo, podremos establecer si efectivamente este tipo de redes prevalecen y contribuyen a la implantación de nuevas políticas en cuestión de salud. Por lo pronto, nos vemos en la necesidad de establecer breves conclusiones preliminares que creemos deben considerarse importantes.

Los contextos multiculturales exigen un mayor esfuerzo por parte de las instituciones gubernamentales en cuanto al intento de resolución de sus problemas. Las diferencias culturales y la falta de recursos prevalecientes en esos contextos, implican una mayor dependencia del mecanismo de ajuste mutuo durante la implantación de los programas. El ajuste mutuo se refleja en los procedimientos de instrumentación al contemplar a las comunidades como participantes dentro del mismo proceso.

La flexibilidad normativa, tentativamente, produce mayor campo de acción siempre y cuando dicha flexibilidad se acompañe de grados de formalidad que la reconozcan; como es el caso de la capacitación, el sistema de información y la incorporación del personal comunitario. No obstante, es importante mencionar que en tanto exista acuerdo y disposición administrativa y/o política, los procedimientos se pueden ir adecuando según las necesidades de las comunidades; tal como se hizo con el SISPA en la modalidad geográfica, lo que para las instituciones gubernamentales representó un buen avance.

Por último, pudimos observar que la flexibilidad produce un aumento en el número de actores y por ende, un alargamiento de la red de implantación del programa. De este modo, en nuestro caso, las decisiones parecen aún más importantes que la complejidad que ese alargamiento puede sumar a la acción conjunta multicultural. Aunque se identifican más puntos posibles de inacción en la implantación del paquete básico, éstos eran necesarios

para intentar instituir una red que permitiera compatibilizar aquellas diferencias que se presentan en las comunidades multiculturales; fue de este modo que las decisiones de estas últimas agregaron valor importante a la operación y legitimidad del programa.

Por lo tanto, según los valores inherentes a los objetivos de la política pública y sus programas derivados, se dará prioridad a uno u otro principio en la coordinación de las redes de implantación. Mientras en algunos programas la efectividad en la coordinación está en función de la variable puntos de decisión, en otros se encuentra en variables como la inclusión, el respeto mutuo y la conciencia de diversidad de cosmovisiones en un espacio determinado, donde es claro observar que la lógica de inclusión se opone a la de la eficiencia de puntos de decisión.

Capítulo 4. Redes interculturales de implantación: el PAC y el Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, estado de Puebla.

Los procedimientos flexibles del PAC de los instrumentos hasta ahora analizados, efectivamente incrementaron la capacidad de ajuste mutuo entre los actores durante su implantación, y de manera tanto formal como informal -dada la escasez de reconocimiento formal- alcanzaron a generar redes interculturales de implantación para alcanzar los resultados esperados. En este sentido las dudas iniciales de este último capítulo son: ¿en qué medida los procedimientos del PAC fueron capaces de compatibilizar con aquellos que el hospital desarrolló a lo largo del tiempo? y ¿cómo fue posible?

El Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan (en adelante hospital) se integra al PAC por medio de la ampliación funcional, ya que, como antes mencionamos, es esta la modalidad a través de cual se realizarían los cambios necesarios para eliminar los rezagos que presentaban las instituciones de salud para 1995. Dado que el hospital se creó hace más de 40 años, el nivel de institucionalización de sus operaciones se puede considerar como una gran restricción o ventaja que el programa puede encontrar, ya sea materializada en normas culturales, administrativas y/o de coordinación que rigen esas operaciones.

Dado lo anterior, y considerando el enfoque del estudio, el no separar el nivel de institucionalización del hospital del periodo de implantación del PAC podría de manera errónea conducirnos a creer que es este último el que en buena parte lo ha generado. Una afirmación similar a la anterior restaría validez al trabajo y posiblemente nos desviaría de su intención inicial: identificar si es viable y posible que la flexibilidad conduzca a mejores resultados (reconocimiento y su eficacia), en qué condiciones aplica (contextos multiculturales) y qué instrumentos son relevantes para la implantación. Por lo tanto,

presentaremos algunos acontecimientos en la historia del hospital, lo que nos dará una pauta de la importancia que el reconocimiento de las restricciones institucionales tiene para la implantación de las políticas, especialmente cuando éstas representan un factor de coordinación que puede aprovecharse.

El Hospital Integral con Medicina Tradicional: breve recuento de su evolución

En 1958 se crea el hospital de Cuetzalan como un hospital rural dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) para la prestación de los servicios de salud de primer nivel principalmente. Después de veinte años de pertenecer a la SSA, ésta lo traspasa al entonces Instituto Nacional Indigenista (INI) ante el proceso de institucionalización de la política indigenista que este último promovía. La organización sería denominada por el INI como “hospital rural” de la zona de Zacapoaxtla, la que hoy se encuentra dentro de la jurisdicción 03 del PAC.¹²⁷

En 1990 se propuso la prestación de los servicios de medicina tradicional como estrategia para acercarse a las culturas indígenas y poder integrar las dos medicinas (biomédica o convencional y la tradicional). Sin embargo, esto tal vez no habría sido posible si en ese mismo año no se hubiera evitado su traspaso a la SSA. El director del INI y el subdirector de salud de la misma institución promovieron un programa de salud regional en vista de la aceptación que el hospital tenía en la comunidad, y dado que Puebla no se sumaría al proceso de descentralización que comenzó en la década anterior, la organización prevalecería a cargo del INI, lo que permitió la integración de las dos medicinas en sus servicios de salud.¹²⁸

¹²⁷ Gómez-Duarte María Beatriz, “Políticas nacionales de Salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla”. En salud pública de México/Vol. 46, no. 5, septiembre-octubre de 2004. (p. 392)

¹²⁸ *Idem*, p. 393

En 1991, mismo año en que inicia el PASSPA (antecedente del PAC), el hospital formalizó el primer registro de las acciones comunitarias de los servicios que prestaban los médicos tradicionales. Al año siguiente, la organización recibió recursos gestionados ante los fondos regionales de solidaridad para Zacapoaxtla.¹²⁹ Los recursos se dirigieron a la sociedad *Masehualpajti*, que fuera promovida por el INI el año anterior e integrada por médicos tradicionales de la zona. Los recursos se dirigieron a proyectos de apoyo a la medicina tradicional Nahuatl y a la capacitación y desarrollo de la medicina tradicional Nahuatl-Totonaca.¹³⁰

También se dieron cursos a promotores de salud sobre elaboración de diagnósticos comunitarios, y en una asamblea de médicos tradicionales indígenas se acordó un esquema para la prestación regular de sus servicios los días domingos y jueves, donde se especificaba un curandero por especialidad.¹³¹ Por lo tanto, esto permitiría al hospital sobre todo fortalecer ese proceso de ajuste mutuo entre culturas y una mejora en la calidad de los servicios prestados, dado que así parecía exigirlo la población.

Para 1993, ya habría participación de la sociedad *Masehualpajti* en la procuración de justicia sobre la legalización de la medicina tradicional¹³², lo que nos da pauta del apuro por institucionalizar prácticas que si no están reconocidas, es tal vez sólo en las sociedades donde el sistema biomédico es el prevaleciente y la población indígena casi nula. Un ejemplo lo encontramos en el artículo 79 de la Ley General de Salud, en donde únicamente se reconoce la práctica curativa de los médicos profesionales.¹³³

¹²⁹ Véase en Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, *Informe cronológico de actividades del Hospital de Campo Cuetzalan*. Junio 1989 – agosto 1994. Cuetzalan, Puebla. p. 37.

¹³⁰ Gómez-Duarte M., *op. cit.* p. 393.

¹³¹ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, pp. 21-25.

¹³² *Idem*

¹³³ Véase Secretaría de Salud, “Relación de los Servicios de Salud con la Medicina Tradicional. Lineamientos que orientan la relación entre los servicios de salud y los terapeutas tradicionales del sistema indígena de

Según datos de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) aunque las parteras se encuentren registradas en la Ley General de Salud, en el reglamento de atención médica existe un ordenamiento que actúa en contracorriente a la inclusión de éstas y demás médicos tradicionales fuera del sistema hegemónico. Su conclusión se deriva principalmente del artículo 27 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de los Servicios de Atención Médica, en donde se indica que “se sancionará conforme a la legislación aplicable a quienes no posean título profesional *legalmente* expedido y registrado en los términos de ley, y que se hagan llamar o anunciar añadiendo a su nombre propio la palabra doctor, médico cirujano, o *cualquier* otra palabra, signo o conjunto de términos que hagan suponer que se dedican como profesionistas al ejercicio de las disciplinas para la salud”.¹³⁴

Entre los problemas que se pueden producir cuando los terapeutas tradicionales no poseen este tipo de credenciales o no existe algún tipo de reconocimiento de los mismos, se encuentra la falta de respeto hacia la cultura indígena, falta de reconocimiento hacia la medicina tradicional, falta de apoyo y respeto en la relación entre la medicina tradicional y la biomédica y falta de independencia de los médicos tradicionales.¹³⁵ Dadas las condiciones interculturales en que se llevan a cabo las acciones del hospital, estos problemas representan una posibilidad de conflicto, especialmente entre las dos visiones médicas. Si la población demanda los servicios de la medicina tradicional pero estos no son reconocidos, la calidad en la prestación de los servicios de este hospital disminuye y, en consecuencia, la salud de esas comunidades.

atención a la salud”. En Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, que se encuentra dentro de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. p. 2.

¹³⁴ *Idem.*

¹³⁵ Nigenda Gustavo, Almada-López S. y Orozco Nuñez, *op. cit.* p. 47.

Sin embargo, para entonces estos problemas se encontraban cada vez más lejanos para el hospital considerando que dentro del mismo existía una cierta inclinación para el ajuste mutuo entre las dos culturas. De ese modo, en julio de 1993 se elaboró un manual para las parteras tradicionales indígenas de la región, tanto en español como en Nahuatl, con base en las experiencias y la participación de un grupo de parteras *notables* de la organización *Masehualpajti*. Dentro del manual se incluyeron métodos tradicionales como el uso del temascal, recursos herbolarios y técnicas de control prenatal. Además, se concluyó el manual para la partera indígena de la zona Nahuatl de Cuetzalan, elaborado por el hospital en conjunto con las parteras organizadas que colaboraban dentro del mismo.¹³⁶

Los trabajos para el incremento en el ajuste mutuo entre las dos culturas continuarían en el hospital para 1994, un año antes del arranque del PAC, ya que en ese año daría inicio la implantación de una investigación cuyo tema se enfocaba al proceso de comunicación entre las parteras y profesionistas de la salud, el intercambio de información y sus efectos en la salud reproductiva, con el objetivo de producir retroalimentación con respecto a la experiencia adquirida en la capacitación a las parteras.¹³⁷

Consecuentemente y por último, para el año 1995 el PAC no sólo contaría con ventajas como la infraestructura construida por el PASSPA, como se indicaba en el capítulo dos, sino que además se insertaría en una organización cuyos principales atributos se concentraban en mecanismos de incorporación gradual avanzados en cuestión intercultural. Por lo tanto, se cree que esto de alguna manera le facilitarían su implantación, dados los requerimientos de coordinación comunidad-instituciones que suponían los lineamientos del PAC. No obstante estas ventajas, y como veremos en la siguiente sección, el PAC

¹³⁶ Al respecto véase Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, p. 61. En el mismo sentido debemos disipar la duda que pudiera surgir acerca del significado del baño Temascal.

¹³⁷ *Idem*, p. 79.

efectivamente aportaría considerablemente a la continuación en la prestación de los servicios, así como a la construcción de nuevas redes de implantación.

Dinámica organizacional para la implantación de políticas de salud: ajuste mutuo y relaciones interculturales

Dentro del Programa de Ampliación de Cobertura el hospital atiende a localidades dispersas y de los alrededores a través de dos núcleos sobre los que tiene influencia, uno para comunidades dispersas y otro para los alrededores; tal y como se indicó en los lineamientos del PAC¹³⁸, brinda atención intermedia a localidades que se encuentran a más de dos horas del hospital general más cercano. Además, otorga un paquete de servicios de segundo nivel básico, opera con cuatro especialidades troncales, cuenta con auxiliares de diagnóstico y tratamiento, ambulancia y equipo de radio comunicación.¹³⁹

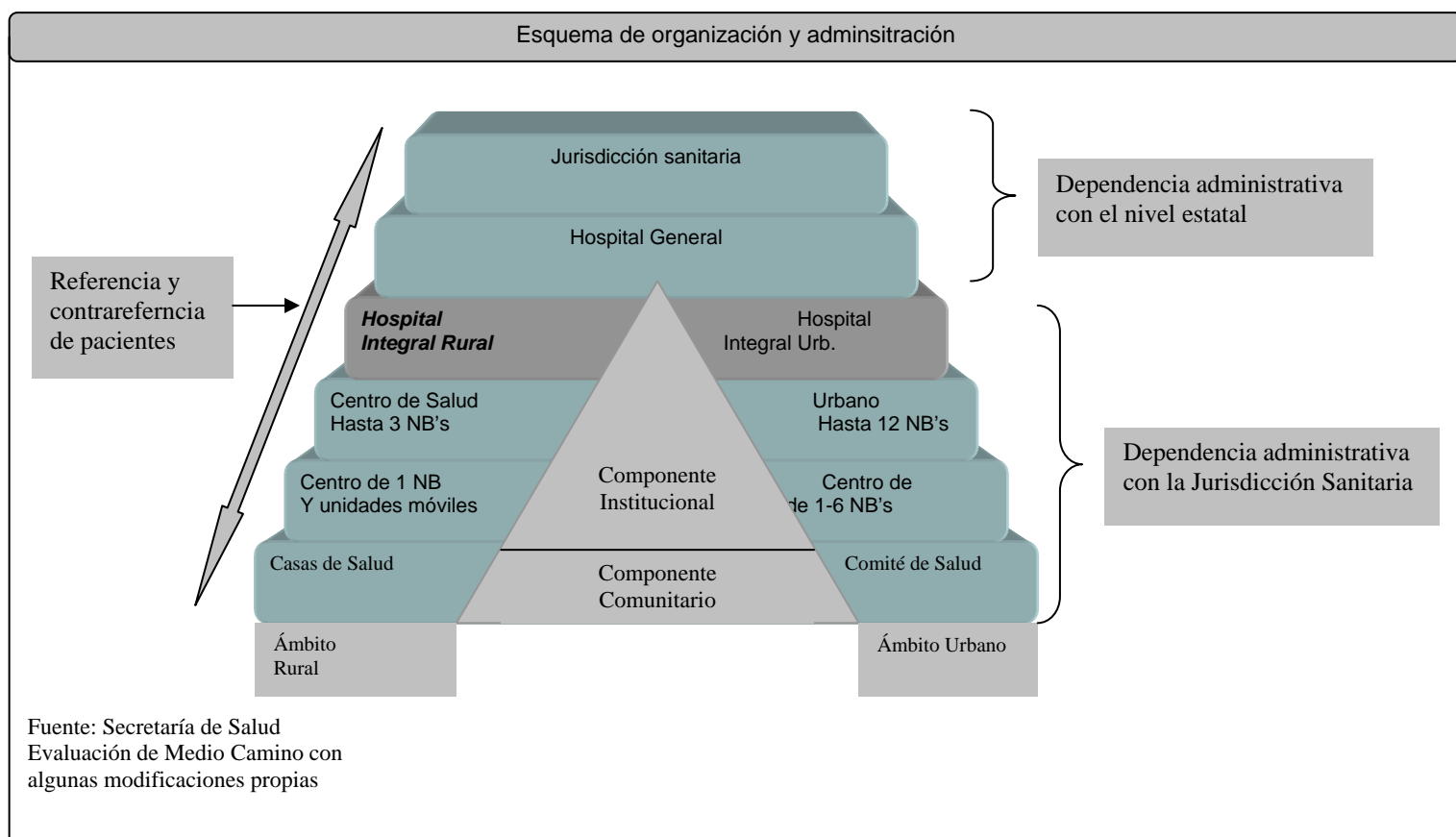
En cuestión de recursos materiales el hospital cuenta con 6 consultorios, 18 camas censables, 5 no censables, 5 incubadoras y otros recursos como un quirófano, una sala de expulsión y laboratorio de análisis clínicos. En lo que respecta a recursos humanos la organización se conforma de 18 médicos contratados, 3 médicos en adiestramiento, un médico en las labores administrativas y 27 enfermeras una de las cuales se encuentra también en labores administrativas. Por último, cuenta con siete personas para personal técnico y 17 individuos más distribuidos entre personal administrativo, de archivo clínico, mantenimiento, intendencia y otros.¹⁴⁰

¹³⁸ Entrevista con la Doctora María Esther García Castillo, Directora del Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, estado de Puebla. 12 de junio de 2005.

¹³⁹ Secretaría de Salud, *Evaluación de medio camino del Programa de Ampliación de Cobertura. Componente I. Consolidación de la Infraestructura*. En Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Dirección General de Adjunta de Apoyo a la Operación, abril, 2000. (p. 12)

¹⁴⁰ Al respecto puede consultarse el sitio E-Salud, directamente en la dirección http://www.esalud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Directorio_de_unidades_medicas_del_sector_sal

Ya que el PABSS se consideraría desde su diseño como un servicio de salud irreductible una vez iniciada su ejecución, se supone que las redes que el PAC generó para la implantación de este instrumento deben prevalecer en funcionamiento con el hospital. De este modo, según algunos datos de la evaluación hecha por la SSA para el año 2000, el hospital se integró al esquema de organización y administración del PAC de la siguiente forma:



Para la provisión de los servicios de salud del instrumento principal del PAC, el hospital utiliza un sistema de referencia y contrarreferencia con las clínicas y casas de salud de la zona. La zona abarca diez clínicas de distintas comunidades y tres que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Por su parte, apuntó la directora del hospital, “el sistema de referencia se utiliza para llevar el control de los pacientes que se atienden

dentro del mismo. Los pacientes se atienden si la situación médica en la que se encuentran no puede ser resuelta en sus localidades por las casas o centros de salud, en cuyo caso, se trasladan al hospital donde se les brindan los servicios requeridos para después regresar la contrarreferencia [*sic*].¹⁴¹ Con ello, de manera obvia, se intenta obtener un mayor control de la atención.

De este modo, las casas de salud promovidas por el PAC se vinculan directamente con el hospital por medio de ese sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. La información se recaba a través del SISPA, el que abarca toda la zona donde se encuentra el hospital. El enlace con el hospital se hace por medio del equipo zonal, el que trabaja directamente con los ASC's.¹⁴² No obstante, como ya se indicó, el hospital no sólo cuenta con servicios de segundo nivel de atención, sino que ha desarrollado un área de medicina tradicional que presta servicios regulares a la población de su zona, dadas las exigencias de adecuación por parte de la misma población.

¿Cómo se vincula el módulo de medicina tradicional con el PAC? El área de medicina tradicional se conecta con el SISPA a través del Sistema Estadístico de Medicina Tradicional (SEMETRA). Este ajuste se hizo con el objetivo de poder incluir las actividades de los médicos tradicionales dentro del hospital. El SEMETRA registra así todo lo que se vincule con las actividades de la medicina tradicional en la jurisdicción 03 de Zacapoaxtla.¹⁴³ La Coordinadora del módulo de Medicina Tradicional del hospital comentaba que el SEMETRA es el análogo al SISPA ya que los médicos tradicionales reportan lo mismo que los médicos alópatas, y esta información se corta cada 20 días al

¹⁴¹ Entrevista con la Doctora María Esther García Castillo, Directora del Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, estado de Puebla. 12 de junio de 2005.

¹⁴² *Idem.*

¹⁴³ *Idem*

igual que la del SISPA. “La información de los dos sistemas más bien se adjunta y se envía a la jurisdicción”.¹⁴⁴

En el capítulo anterior se comentó que dentro del SISPA sólo se incluía a las auxiliares en las casas de salud y no a los médicos tradicionales de la zona; no obstante, este hospital desarrolló un sistema análogo que se integra al SISPA. De esta forma, el principal pilar de la red se encuentra en el sistema de información, dado que es a través de éste que se informa de las actividades del hospital. El sistema a su vez utiliza el área PAC para registrar los servicios del PABSS y el área de medicina tradicional por medio del SEMETRA, sistema análogo que integra todas las actividades de los médicos tradicionales.

A lo largo de este trabajo enfatizamos que uno de los principales objetivos de la flexibilidad de los procedimientos es el respeto hacia las culturas e integración de redes interculturales para la prestación de servicios de salud. En este sentido, podemos observar que la flexibilidad del SISPA para el ajuste mutuo se refleja en los principales formatos del SEMETRA para registro de actividades de los médicos tradicionales. Dado que muchos de los médicos tradicionales no hablan español, como indicó la Coordinadora del módulo, se tienen que ajustar los formatos de tal manera que se les facilite el registro.

Entre estos formatos encontramos tres que presentamos como ejemplo, y que se utilizan dentro de los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. El primero se denomina “Expediente Clínico de Atención de Huesos y Músculos”. En este se especifica, en primera instancia, la institución a la que pertenece (Servicios de Salud del Estado de Puebla) y que el formato se utiliza dentro de los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. El énfasis se hace en los instrumentos ilustrativos que se emplean con el objeto de que los médicos tradicionales que no saben leer ni escribir, pongan una marca sobre cada dibujo

¹⁴⁴ Entrevista con Margarita Alvarado Reyes, 12 de junio de 2005.

que represente el servicio que prestó al paciente. Entre las ilustraciones de atención de causas encontramos la fractura, zafada, torcedura y músculo esquelético. Y dentro de los servicios otorgados encontramos el *rezo y la limpia*, sobada, entablillada, parches, ventosas, remedios y *baño temazcal* entre otros.

Los otros dos formatos se denominan “Expediente Clínico de Atención de Embarazo Parto y Puerperio, y el de Atención a Curaciones”. En forma similar al formato descrito anteriormente, en estos se incluyen ilustraciones que muestran entre otros el dolor de cintura, de cabeza, y calentura en el rubro de la atención prenatal; escuchar al feto, palpar, convulsiones y vómitos en el rubro de atención del embarazo; y parto, aborto, corte del cordón y extracción de la placenta en tanto atención de parto se refiere. Para el último formato mencionado encontramos los parches, *llamada de espíritu*, ventosas, plasmas y vendajes. Por último, en los tres formatos encontramos ilustraciones para registrar si se prestaron los servicios dentro o fuera del módulo, y si el paciente es referido o contrarreferido. De ese modo, se puede registrar cuándo, cómo, dónde y por qué el médico tradicional prestó sus servicios.

Si vinculamos el ejercicio de los médicos tradicionales con las casas de salud del PAC, podemos entonces observar y enfatizar claramente que el hospital se encuentra dentro de una red creada por este programa con el objeto de ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud en comunidades indígenas. No obstante, recordemos que también se especificó dentro del programa, como otro objetivo principal, que para que se pudiera brindar un servicio de calidad se tendrían que utilizar mecanismos para que al tiempo en que se implementaran las acciones del PABSS, se respetaran las prácticas tradicionales llevadas a cabo en contextos multiculturales. Un ejemplo de ello lo tenemos en la adecuación que se ha hecho al SISPA y cómo éste, en conjunto con el SEMETRA,

construyen y sostienen un fuerte vínculo entre las instituciones de salud y la infraestructura creada por el programa de ampliación de cobertura.

Con base en lo anterior, como podemos ver, no es posible concluir directamente que es el PAC el que realmente ha generado estas redes. Más bien, debemos afirmar que si bien el hospital ha desarrollado capacidades de ajuste mutuo de vital importancia para la entrada de este programa a su contexto multicultural, es gracias a los recursos y flexibilidad de los instrumentos de gestión complementaria para la construcción de las casas de salud, que se han vinculado el hospital y el personal que trabaja en la prestación de los servicios para comunidades dispersas. Por lo tanto, y en forma todavía preliminar, el PAC aportó infraestructura y lineamientos que gracias a su manera de operar, hoy es posible un vínculo entre las instituciones de salud y las comunidades indígenas en una relación de respeto mutuo para la prestación de servicios interculturales de salud.

Consolidación de la red intercultural para la provisión de los servicios de salud en comunidades indígenas: principales instrumentos de coordinación intercultural

Uno de los puntos medulares para el buen funcionamiento de la red del PAC dentro del hospital indudablemente ha sido el área de medicina tradicional que se encuentra dentro del mismo. También establecimos que es por medio del SEMETRA que se integraron los médicos tradicionales y que junto con el SISPA, estos representan los principales medios de retroalimentación y aprendizaje en la prestación de los servicios de salud. Por lo tanto, las decisiones durante la implantación de los programas de salud, desde que terminó el PAC, se sustentan por completo en la información generada por estos dos sistemas. ¿Es así que una red de implantación compleja y de gran amplitud como las redes interculturales, se puede mantener e institucionalizar a lo largo del tiempo?

Se tendría que ser muy optimista y posiblemente un tanto ingenuo para que la respuesta sea afirmativa. Una red con dichas características requiere más que un buen sistema de registro y evaluación para que se puedan compatibilizar los procedimientos de los programas con los contextos donde se implementan. De ese modo, la última parte de nuestro trabajo se dedica a analizar, clarificar y entender una red cuyas características imponen innovaciones sustanciales a la forma de organización para la prestación de los servicios de salud.

En ese sentido, lo primero que debemos recordar es que el buen funcionamiento de las redes puede incrementar si sus reglas son claras y flexibles, dejando así que el ajuste mutuo juegue un papel importante durante la implantación. El módulo de medicina tradicional del hospital, por ejemplo, posee reglas específicas para la provisión del servicio y la inclusión de los médicos tradicionales al equipo de trabajo; mientras que el PAC definió reglas claras y específicas para la implantación del PABSS en las comunidades e instituciones de salud.

En el primer caso observamos que cada médico tradicional se encarga de un área específica, por lo que tiene funciones asignadas que formalmente debe cumplir; mientras que en el segundo caso se refiere a las actividades de implantación del PABSS.¹⁴⁵ Además, dentro del módulo de medicina tradicional tienen un sistema ordenado y coordinado en rutinas de trabajo para la prestación de los servicios: “Llevamos 3 años funcionando bien dada la claridad del reglamento. En éste establecemos roles de guardias cada una de las cuales se paga a \$80 pesos. Yo les digo que cada una (o) se va a recomendar solita (o). Creo que si siguen las reglas de puntualidad y de roles de consulta entonces podemos

¹⁴⁵ Las reglas del PAC para la provisión del PABSS las podemos encontrar claramente especificadas en nuestros capítulos segundo y tercero.

trabajar a gusto y de forma ordenada. La buena coordinación es una de las ventajas que presenta el hospital para los médicos tradicionales que quieran venir a trabajar”.¹⁴⁶

La selección de los médicos tradicionales, continuaba la coordinadora, se hace con base en su experiencia y reconocimiento por parte de la comunidad, mismos criterios que aplicaban para la selección del auxiliar de salud del PAC. Además de la coordinación, en el hospital se les construye su expediente médico en lugar de exigírselos, lo que les *facilita* su participación dentro del mismo. Además, se les pide una carta de reconocimiento de su comunidad así como un acta de nacimiento, su especialidad, años de experiencia y en su caso, constancias de asistencia a cursos para parteras.¹⁴⁷

La lógica es que a mayor reconocimiento por parte de la comunidad mayor será la confianza que ésta pone sobre los servicios que se prestan dentro del hospital, y si recordamos el vínculo creado por el PAC entre la institución y las casas de salud, también podemos decir que fuera del mismo. La aplicación de este tipo de lógica para la selección de los auxiliares y los médicos tiene su fundamento en la necesidad de compatibilizar dos visiones distintas con el último objeto de incrementar la cobertura y calidad de los servicios de salud.

En el mismo sentido, la directora del hospital comentaba que es fundamental tomar en cuenta las diferencias culturales: “es muy importante conocer la cultura indígena y tener en cuenta su percepción del riesgo o de la enfermedad; tal es el caso del mal de ojo. Es para que ellos mismos se sientan bien atendidos”.¹⁴⁸ Para ello a su vez, es necesario llevar a cabo un proceso de sensibilización de los diversos funcionarios que integran el sistema de salud,

¹⁴⁶ Entrevista con Margarita Alvarado Reyes, 12 de junio de 2005.

¹⁴⁷ *Idem*

¹⁴⁸ Entrevista con la Doctora María Esther García Castillo, Directora del Hospital Integral con Medicina Tradicional.

el que según la coordinadora del módulo de medicina tradicional, no se ha podido llevar a cabo en su totalidad dado que el hospital es muy chico y la demanda excesiva, lo que hace que el personal alópata se encuentre muy ocupado y con poco tiempo para otras actividades.¹⁴⁹

Por lo tanto, no debemos perder de vista que si no se toma en cuenta la visión de los médicos tradicionales el conflicto puede aumentar, como ya se registró dentro del hospital durante el periodo 2000-2002, y que se le atribuye al regreso del hospital del INI a la Secretaría de Salud. Según nuestros datos, el traslado no fue significativamente exitoso en términos de interculturalidad, aunque mejoraron las condiciones técnicas de prestación de los servicios de salud biomédicos. La sensibilización y capacitación para el trabajo intercultural no había llegado a los directivos de las Secretarías de Salud estatales, lo que explicaba la carencia de orientación a las nuevas directivas del hospital para dar prioridad al manejo intercultural y al desarrollo de la relación con la medicina tradicional.¹⁵⁰

La visión de los médicos tradicionales se apega mucho a las creencias religiosas: “para ellos no hay medicina tradicional sin religión”.¹⁵¹ Se requieren altares e imágenes, tal como lo indicó un médico alópata del hospital al comentar que éstas eran algunas de las propuestas que los médicos tradicionales se habían animado a plantear antes de que el módulo se construyera y estableciera formalmente. El proceso de sensibilización entonces, es un instrumento muy importante para la integración de las dos medicinas, y en general, para el ajuste mutuo entre culturas. Reiterando, dadas las características del contexto y la red generada por el PAC, esto es necesario para que los servicios de salud se puedan

¹⁴⁹ Entrevista con Margarita Alvarado Reyes.

¹⁵⁰ Gómez-Duarte M., *op. cit.* p. 394.

¹⁵¹ Entrevista con Margarita Alvarado Reyes.

complementar y proveer con calidad, y para que el PABSS u otros instrumentos de política tengan mayor impacto sobre la salud de las comunidades indígenas.

Por su parte, no está de más mencionar que de todos los médicos tradicionales de la zona (entre 160 y 200 personas), cincuenta son los que participan dentro del módulo de medicina tradicional; lo que significa entre 110 y 150 médicos tradicionales reconocidos que brindan sus servicios fuera de ésta y que por ello creemos se pueden integrar formalmente al cuerpo médico de atención. Sin embargo, la propuesta no es viable dados algunos antecedentes con respecto a la resistencia de varios de ellos para integrarse al hospital, ya que los que no han aceptado su entrada al mismo ha sido principalmente por la política que éste maneja. Al parecer el hospital los restringe en algún sentido o simplemente no es compatible con la visión de algunos otros médicos. Una de las observaciones que se nos comentó acerca de la situación de autoexclusión, fue que los médicos que no se encuentran dentro del hospital pertenecen a un organismo autónomo cuyas decisiones se rigen mediante un comité, y donde se encuentran asesorados por un *ejecutivo* del CDI.¹⁵²

Sin embargo, dentro y fuera del hospital se establece una relación de respeto entre ellos, misma que se extiende con algunos de los médicos alópatas. Tal es el caso del sistema de aprendizaje que las parteras tradicionales llevan acabo con el ginecólogo del hospital, quien lleva aproximadamente 10 años trabajando dentro del mismo. El especialista es un médico que según la coordinadora del módulo, siempre se ha preocupado por fortalecer la relación de respeto que debe existir entre los médicos alópatas y los tradicionales. Inclusive,

¹⁵² Entrevista con María Cotlán Fermín Cabrera. Partera del Módulo de Medicina Tradicional del hospital. 12 de junio de 2005. En esta entrevista se requirió un traductor para poder establecer el canal de comunicación con el médico. El traductor se ubica en la posición de promotor de salud.

comentó la encargada, el ginecólogo y algunos otros médicos alópatas ya recetan varios de los productos tradicionales.¹⁵³

De este modo, además de existir un módulo que promueve y ejecuta las prácticas de la medicina tradicional, así como un proceso necesario de sensibilización, encontramos algunos médicos alópatas que se dan a la tarea de mantener, promover y fortalecer la relación intercultural; como el ginecólogo referido anteriormente. Debemos considerar asimismo, que este médico se encuentra en un estatus de poder suficientemente fuerte como para empujar este tipo de actividades, considerando su posición como ginecólogo (alópata) del hospital. Aunado a lo anterior, es un individuo que si bien posee una visión alópata para la prestación de los servicios de salud, es alguien que comprende la práctica de la medicina tradicional, dado que éste pertenece a la comunidad y es un médico que al término de sus estudios regresó a la misma para contribuir a la mejora en la salud de sus habitantes.¹⁵⁴

La capacidad de algunos individuos para sostener una relación coordinada y de ajuste mutuo es de vital importancia, sin embargo ésta no siempre se debe a la relación de poder e influencia que se tiene dentro de las organizaciones y el manejo de recursos, ya que en algunas ocasiones las personas poseen capacidades específicas y desarrollan un sentido de pertenencia que les delimita actuar de una manera determinada en situaciones determinadas. En este otro caso debemos comentar que dentro del módulo se encuentran dos promotores de salud de los cuales sólo uno pudo entrevistarse.

Blaz González, quien vive aproximadamente a 13 kilómetros de Cuetzalan, se integró al cuerpo de trabajo del hospital como seguridad privada en el año 2000. A medida que transcurrió el tiempo le dieron la oportunidad de trabajar dentro de la institución ya que es

¹⁵³ Entrevista con Margarita Alvarado Reyes, 12 de junio de 2005.

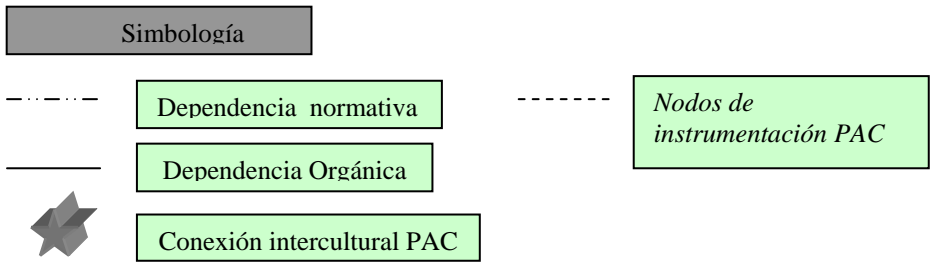
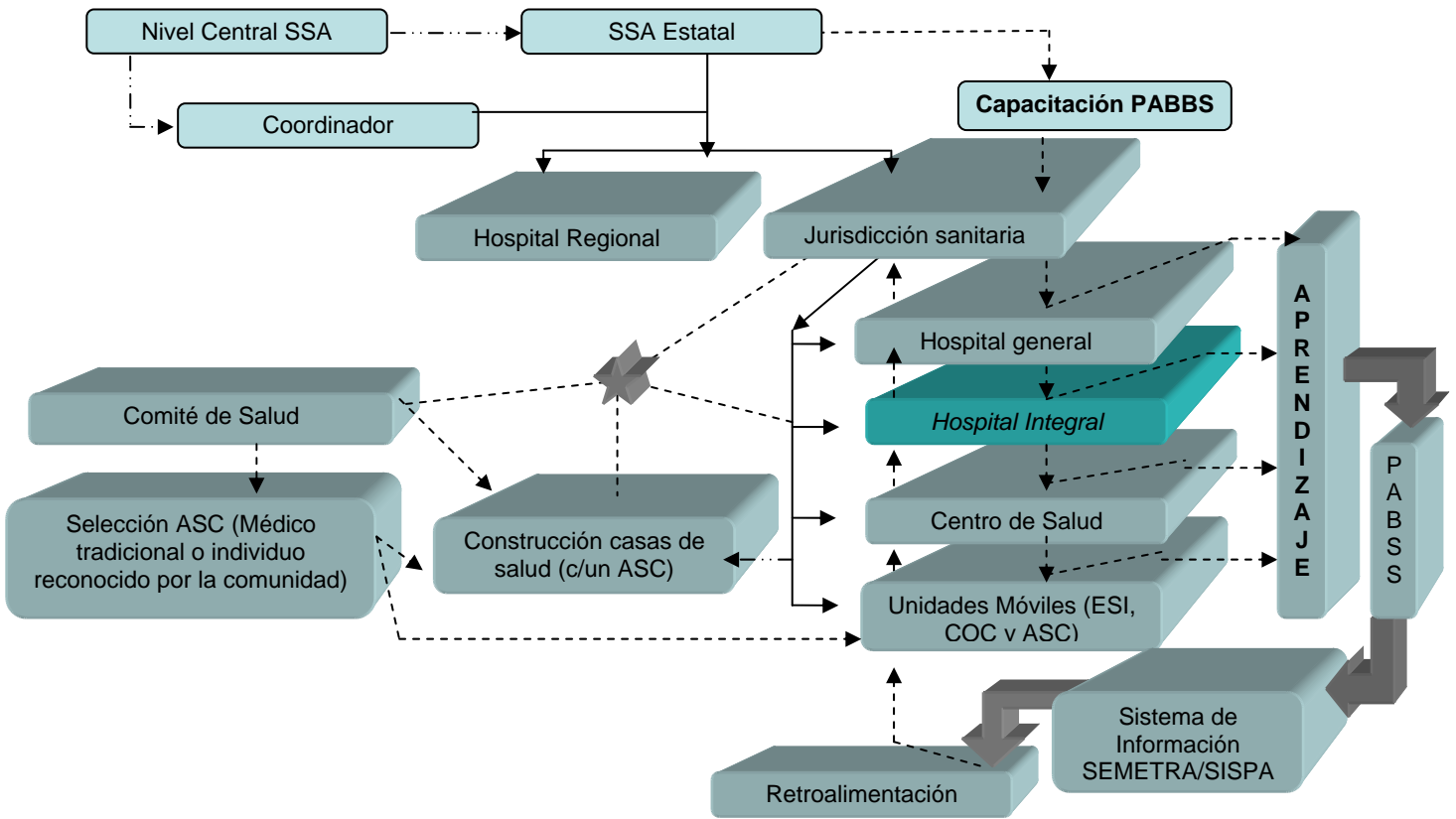
¹⁵⁴ *Idem*

bilingüe, y considerando que el 85% de la población de esa localidad sólo habla lengua indígena (Nahuatl), esto no parece del todo una mala estrategia considerando la mínima existencia de voluntad para la participación. “No es la función que se tiene pero la tomas para apoyar al personal”, comentó el promotor.¹⁵⁵

Es así que el proceso de selección del personal cobra especial importancia y de manera clara se vincula con todos los demás elementos que conforman la red intercultural. Los factores que resaltan son: capacidades de traducción y reconocimiento por parte de la comunidad. De este modo, la red para producir un incremento en la cobertura de los servicios de salud y en la calidad de los mismos en contextos de interculturalidad, se clarifica en el siguiente esquema:

¹⁵⁵ Entrevista con Blaz González. Promotor de Salud. Módulo de Medicina Tradicional. 12 de junio de 2005.

Esquema de la estructura orgánica del PAC: ubicación de la red intercultural generada por el PAC



Fuente: Secretaría de Salud
Algunas adecuaciones propias

De la mano del esquema podemos recordar que los comités de salud se ubican como los proveedores de decisiones acerca de la selección del ASC y la construcción de las casas de salud. No obstante, la red no se agota en estos eslabones, ya que como antes se indicó, el hospital se conecta con las casas de salud por medio de los equipos de zona, además de que participa en la capacitación de los auxiliares de salud. Inclusive, comentó la coordinadora del módulo, se está viendo la posibilidad de que vayan los médicos a las casas de salud con el objetivo de brindar apoyo directo.¹⁵⁶

Como bien se ha indicado por algunos autores,¹⁵⁷ los diversos actores de las políticas en muchas ocasiones son *los instrumentadores de los programas que evalúan y evaluadores de los programas que implementan*, y el PAC afortunadamente no fue la excepción. Tal como se indicó que funciona el SISPA y el SEMETRA, la inclusión de los médicos tradicionales en el sistema de evaluación es necesaria para dar seguimiento y coordinación a la toma de decisiones futuras durante la implantación de los programas.

La flexibilidad del sistema permitió ajustes que derivaron en una mayor coordinación y mejora para la calidad de los servicios de salud, integrando redes de acción conjunta intercultural. Los principales mecanismos de esa coordinación se sustentaron sobre la sensibilización del personal alópata y la capacitación del personal médico tradicional. De no tener un sistema de información, la posibilidad de aprendizaje es casi nula y por ende, también la mejora en la prestación de los servicios; principalmente dada la necesidad natural de retroalimentación para la toma de decisiones futura.

Por su parte, aclarar que el PAC no fue la estrategia única para la construcción de la red intercultural, nos ha servido para identificar si las acciones que un programa intenta tomar

¹⁵⁶ *idem*

¹⁵⁷ Tal es el caso de Pressman y Wildavsky, *op. cit.* (p. 22)

son suficientemente compatibles como para determinar su posibilidad de entrada a contextos multiculturales. La respuesta en este caso es afirmativa. El PAC aportaría no sólo a la construcción de infraestructura para la prestación de los servicios, sino algunos instrumentos como la promoción de la acción social y especialmente la incorporación del personal. Considerando que tanto los auxiliares de salud como los médicos tradicionales, dentro y fuera del PAC, se sujetan a un proceso de selección donde los criterios prioritarios se fundamentan en el reconocimiento comunitario y su experiencia, entonces percibimos que el grado de adaptación mutua y compatibilidad tiene mayores posibilidades de incrementar. Y esto al final, termina siendo un factor determinante para la percepción de la población indígena con respecto a la calidad de los servicios de salud.

Debemos también enfatizar que esto no sólo es participación comunitaria, ya que este instrumento podría reflejar una connotación temporal que va de la mano de la vigencia de los programas. La importancia y al mismo tiempo complejidad de este tipo de instrumentos, radica en que es necesaria su institucionalización si tomamos en cuenta que el servicio al que nos referimos, en términos constitucionales, representa un derecho individual y por ende una obligación gubernamental irrevocable. Acá no se está minimizando el valor que puedan tener otros programas que no se dirigen al desarrollo del sector salud, sino enfatizando la urgencia que implica, en primera instancia, saber que hoy todavía existen comunidades con serios problemas de salud que en su mayoría se resuelven por medio de la prevención más que por la atención; es decir, con soluciones menos costosas.

De este modo, si nuestro caso está limitado y por ello no podemos generalizar, tomarlo como prescripción que garantiza una implantación con menores dificultades no sólo sería ingenuo, sino peligroso ante la ola de prescripciones materializadas en nuevos instrumentos

de gestión como el benchmarking o modelo del topógrafo.¹⁵⁸ No obstante estas limitaciones, nos encontramos con la obligación de recordar al lector la existencia de contextos que se encuentran en condiciones similares a las de aquel que se analizó en el presente trabajo, y es de ahí que le asignamos importancia al estudio.

En ese sentido, sabemos que existen cuando menos dos entidades federativas que se encuentran en proceso de reconocimiento y legalización de la medicina tradicional, y por ello creemos se encuentran en un nivel de institucionalización e incorporación gradual bastante avanzado. Tanto en el estado de Morelos como en el de Chiapas se han elaborado iniciativas de reforma para que en su Ley de Salud se regule la medicina tradicional. Mientras que en Morelos se realizan foros públicos para discutir y hacer propuestas en relación con esas prácticas que pretenden dejar bajo su regulación, en Chiapas se intenta regular la práctica con dos objetivos principales: favorecer el uso de la medicina y proteger los lugares donde se obtienen y cultivan plantas medicinales.¹⁵⁹ Con estos ejemplos y por último, no pretendemos comunicar que es posible, ni mucho menos viable, homogeneizar estrategias a seguir para la implantación de las políticas, o considerarles de entrada como una prescripción.

Más bien quisimos enfatizar que mientras exista la voluntad política y social para el pleno reconocimiento de la diversidad cultural dentro del país, es posible desarrollar estrategias de implantación que se acerquen más a una concepción dinámica de la realidad. En consecuencia, un cambio en la visión acerca de los problemas de implantación en contextos multiculturales cuando menos garantiza una posible mejora en la capacidad de ajuste mutuo entre individuos, lo que se puede traducir en avances sustanciales si tomamos

¹⁵⁸ Para una mayor explicación acerca del funcionamiento de este instrumento puede consultarse a David Ammons, "A Proper Mentality for Benchmarking".

¹⁵⁹ Nigenda Gustavo, Almada-López S. y Orozco Nuñez, *op. cit.* p. 48.

en cuenta que es éste el mecanismo de coordinación que por naturaleza guarda un especial vínculo con las etapas de implantación de los programas.

Para culminar y con carácter de importancia fundamental, no debemos olvidar que estos pueblos se encuentran en condiciones de extrema marginación y que debido a ello, no pueden acceder a los servicios de salud. Esto los ha obligado a desarrollar un conocimiento médico propio tomando en cuenta que la enfermedad y sus consecuencias no son del todo bienvenidas para nadie. ¿A qué factores puede atribuirse una situación de marginación a este nivel?

La falta de recursos, su ubicación geográfica, la corrupción en la administración, diferencias de perspectiva y falta de planeación estratégica, son algunos de los factores que pudieran aportar a la situación de marginación. Sin embargo, creemos que ese nivel de pobreza sólo se puede alcanzar en situaciones de exclusión y falta de reconocimiento extremos, lo que en algún sentido se acerca a la discriminación racial y que puede reducirse al sensibilizar al personal institucional y así desarrollar procesos flexibles que permitan una mayor coordinación durante la implantación de una política pública.

Los indígenas de nuestro país representan, en proporción directa, una mayor población indígena que las que habitan en cualquier país de Latinoamérica respectivamente. Los indígenas son individuos que aún cuando su condición les restringe a las oportunidades, poseen un determinado conocimiento que posiblemente bajo una visión urbana acotada parece no ser tan aceptable, sin embargo, casi sin darnos cuenta, este conocimiento es de fundamental importancia para su identidad y comunidad, y en un futuro no muy lejano tal vez a la nuestra.

Conclusiones

Uno de los principales puntos que tratamos de enfatizar a lo largo de nuestro estudio es la necesidad que actualmente representa el reconocimiento existencial de un contexto multicultural en donde las propuestas de desarrollo social, ya sea que provengan desde la federación u otros niveles de gobierno, se insertan con el último objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población con mayores niveles de marginación. Sin embargo, pudimos ver que no fue hasta principios de los noventa que esas propuestas y ese reconocimiento se tradujeron en acciones concretas que realmente atendieron los problemas que esas comunidades enfrentaban, específicamente en el sector salud.

La importancia de reconocer una sociedad multicultural se reflejó así en la capacidad de respuesta del gobierno con programas para la extensión de la cobertura de los servicios de salud, de los cuales seleccionamos uno para concentrar nuestras ideas preliminares e intentar comprobar la relación que existe entre la importancia de ese reconocimiento y la flexibilidad necesaria para implementar programas de política pública bajo la complejidad de esa interacción multicultural.

De ese modo, al analizar los instrumentos de gestión del Programa de Ampliación de Cobertura pudimos establecer no sólo que existen necesidades de cambio para la implantación de políticas públicas, sino además la importancia de la innovación materializada en la construcción de redes multiculturales. Esto nos da pauta de la actual preocupación por eliminar prejuicios que posiblemente se acercan a la discriminación de razas, lo que implica una escasa tolerancia entre cosmovisiones culturales cuyo reflejo podemos encontrar en las prácticas de los distintos sistemas de salud ofrecidos dentro de nuestro país.

Dadas esas diferencias culturales, también pudimos ver que el alcanzar una buena coordinación adquiere un grado de complejidad específico ya que existen barreras de lenguaje, costumbres, tradiciones y perspectivas entre las dos culturas, que en ocasiones pueden ser determinantes para el desarrollo de dinámicas organizacionales efectivas, así como para la implantación de programas que dependen en gran medida de la capacidad de ajuste mutuo que se pueda generar a lo largo de esa interacción multicultural. Sin embargo, el ajuste mutuo no sería posible si éste no se permitiera, y el punto es que la efectividad de este mecanismo de coordinación natural puede disminuir si no se incluyen grados de flexibilidad en los procedimientos para la implantación de los programas.

Así es como se percibe viable que el diseño de políticas públicas federales para el desarrollo social como el PAC, integre mecanismos de coordinación reflejados en sus instrumentos, los que a su vez cobran especial importancia dadas las lagunas formales existentes en las leyes; como la Ley General de Salud en cuestión de regulación de la medicina tradicional desarrollada por los pueblos indígenas y de reconocimiento de los médicos tradicionales que prestan sus servicios regularmente.

De ese modo, en tanto la instrumentación del PAC incluyó flexibilidad, reflejó un esfuerzo por reconocer formalmente esas diferencias culturales de tal manera que durante su implantación fue posible desarrollar una acción conjunta intercultural, aún con la falta de reconocimiento institucional para con los médicos tradicionales y sus prácticas. En consecuencia, resultó menos complicada la posibilidad de institucionalización de nuevas dinámicas organizacionales que permitieron esa interacción pluricultural, y por ende, una provisión adecuada y continua de los servicios de salud para esas comunidades.

Pero la implantación de políticas públicas no es tan sencilla como para poder concluir que la flexibilidad de los procedimientos e inclusión de las comunidades, generan un orden

y una coordinación suficientes para aproximarse de manera sustancial a los resultados esperados. La implantación de programas, por el contrario, resulta más complicada que esto, y es por ello que fue necesario llevar a cabo un análisis un poco más profundo de las características que el contexto impuso al PAC, y si éstas se ubicaron como ventajas o desventajas para el mismo.

Encontramos así que la flexibilidad normativa, tentativamente, produce mayor campo de acción siempre y cuando ésta camine de la mano de cierta formalidad que la reconozca; como fue el caso de la capacitación, la parte funcional del sistema de información y la incorporación del personal comunitario. En este sentido, es importante mencionar que en tanto exista un acuerdo y disposición administrativa y/o políticas, los procedimientos se pueden ir adecuando según las necesidades de las comunidades; tal como se hizo con el SISPA en la modalidad geográfica y funcional, y con el mutuo intercambio cultural en la instrumentación de la capacitación.

Pudimos observar además que aunque la flexibilidad produce un aumento en el número de actores y en consecuencia un alargamiento de la red de implantación del programa, en nuestro caso, tuvo más peso la transparencia, la contraloría social y especialmente el respeto a las culturas indígenas, lo que finalmente balanceaba la complejidad que dicho alargamiento pudo sumar a la acción conjunta multicultural. Como ya se había mencionado, aunque se identifican más puntos posibles de inacción durante la implantación del paquete básico, éstos eran necesarios para intentar instituir una red que permitiera compatibilizar aquellas diferencias que se presentan en las comunidades multiculturales.

Finalmente, y en tanto a las ventajas que pudo encontrar el PAC para su implantación en contextos multiculturales, recordamos que existen organizaciones que de alguna manera ya avanzaron en sus procesos interculturales para la provisión de los servicios de salud;

como es el caso del Hospital Integral con Medicina Tradicional del municipio de Cuetzalan del Progreso, estado de Puebla. El hospital es una organización que ya ha venido desarrollando capacidades de ajuste mutuo entre las dos culturas, de hecho, es uno de los primeros hospitales en integrar la medicina tradicional a sus actividades del sistema de salud prevaleciente. Después de todo, el PAC no fue el instrumento de política al que se le debe por completo la creación y continuidad de las redes interculturales de implantación.

Si bien es cierto que tanto las casas y comités de salud, así como los auxiliares y la metodología de trabajo fueron producto de este programa, y que estos produjeron un sustancial avance en la construcción de esas redes, la continuidad tal vez no hubiera sido posible de no encontrar algún tipo de organización preestablecida como la del hospital. De ese modo, el hospital aportó el conocimiento previo acerca de la posibilidad de una coordinación intercultural, la que ya se había llevado a cabo dentro del mismo y para la cual se desarrollaron algunos instrumentos de gestión propios de la organización.

Concentrados en la capacitación del personal, en el desarrollo de un sistema análogo de información, en los criterios más adecuados de selección del personal y en la interiorización de la existencia de dos culturas distintas cuyas instituciones socioculturales, económicas y políticas difieren, los individuos que participan en dicha organización han ayudado a que se sostenga esa red existente entre las instituciones de salud y la comunidad.

Dado todo lo anterior, se espera que el gobierno tenga la capacidad de visualizar nuevas formas de organización que no sólo sean vistas como un considerable ahorro de recursos. Esto implicaría únicamente la formulación de políticas con una racionalidad costo-beneficio que aportaría sólo marginalmente a la institucionalización de redes multiculturales de gestión, y lo que por supuesto no cambiaría en absoluto los arreglos institucionales necesarios para reconocer e integrar tanto a la cultura indígena como a sus

prácticas de salud. Si son las comunidades indígenas las que se encuentran en extrema marginación y el gobierno es quien debe responder en cuanto a la provisión de servicios básicos tales como la salud, la visión a futuro parece inclinarse a desarrollar capacidades de gestión intercultural que, después de todo, son las que hasta ahora brindaron resultados reales a esas comunidades indígenas y que hoy en día se han extendido inclusive hasta algunas sociedades de las urbes.

Bibliografía

- “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. En <http://constitución.presidencia.gob.mx>. Gobierno de la República Mexicana. 2005.
- Charles E. Lindblom. “La ciencia de salir del paso”, en Luis F. Aguilar, La hechura de las políticas. Miguel Angel Porrúa. México, 1992.
- Charles Taylor, *El Multiculturalismo y “La Política del Reconocimiento”*. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V. 1993. Título Original: *Multiculturalism and “The Politics of Recognition”*. 1992, Princeton University Press.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, *Informe cronológico de actividades del Hospital de Campo Cuetzalan*. Junio 1989 – agosto 1994. Cuetzalan, Puebla.
- David, Ammons. “A Proper Mentality for Benchmarking”.
- Diario Oficial de la Federación, “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión del Programa de Ampliación de Cobertura”. México, D.F. 2002.
- Diario Oficial de la Federación. “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas del Programa de Ampliación de Cobertura”. México, D.F. 2002.
- Diario Oficial de la Federación. “Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) en la entidad”. Puebla, estado de Puebla, 1996.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, “El Enfoque Intercultural. Herramienta para Mejorar la Calidad de los Servicios de Salud”. En Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, DF. 2004.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, “Esquema Metodológico para Incorporar los Derechos Humanos Mediante el Enfoque Intercultural”, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, “Enfoque de Riesgo en Salud desde la Perspectiva Intercultural”. En Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, DF. 2004.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, “Modelo Intercultural en Salud”. En Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, DF. 2004.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, “Relación de los Servicios de Salud con la Medicina Tradicional. Lineamientos que orientan la relación entre los servicios de salud y los terapeutas tradicionales del sistema indígena de atención a la salud”. En Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México, DF. 2004.
- Eugene Bardach, “The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law”. MIT Press, 1977.
- Giandomenico Majone, “Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas”, Fondo de Cultura Económica, México, DF, 1997. Traducción del texto Evidence, Argument & Persuasion in the Policy Process, 1989, Yale University Press.
- Gómez-Dantés Octavio, Gómez-Jáuregui Jérica e Inclán Cristina, “La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud”. En Salud Pública de México, vol. 46, no. 5. septiembre-octubre de 2004.

- Gómez-Duarte María, “Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan Puebla”. En salud pública de México/vol. 46, no. 5, septiembre-octubre de 2004.
- Gonzalo Solís Cervantes, “Modelo intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México: Una perspectiva de equidad y democracia”. En Junta de Coordinación Política. Honorable Cámara de Diputados LVIII Legislatura. México, D. F. Agosto de 2003
- Henry Mintzberg, “”The Structuring of Organizations”, en Quinn, Mintzberg and James (ed). “The Strategy Process”, Prentice Hall.
- Herbert A. Simon, “El comportamiento administrativo: estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa”. 3ª ed, Buenos Aires: Aguilar, c 1988.
- Jeffrey Pressman & Aaron Widlavsky, “Implementación: cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland”, en Fondo de Cultura Económica, México, DF, 1998. Esta es una traducción del original “Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland”, 1973, 1979 y 1984. Publicado por la University of California Press, Brekeley, Los Angeles.
- Kliksberg, B., “Repensando al estado para el desarrollo social: más allá de dogmas y convencionalismos”. En Gestión y Política Pública. Vol. VII, núm. 2. CIDE.
- Martha Aída Castañeda Pérez, “El Programa de Ampliación de Cobertura en Comunidades Indígenas de Oaxaca: participación comunitaria y perspectiva de género”. En www.transparencia.org.mx/pacoax.htm. Noviembre, 1999.
- Miguel Carbonell, “Problemas constitucionales del multiculturalismo”. Fundación Universitaria de Derecho, Administración y Políticas, S.C. 2002.
- Gustavo Nigenda, Salvador Almada López, Gerardo Mora Flores y Emanuel Orozco Nuñez, “La práctica de la medicina tradicional: el dilema entre regulación y tolerancia”. En Salud Pública de México, vol. 43, no. 1. enero-febrero de 2001.
- Rachel Sieder, “Multiculturalism in Latin America. Indigenous Rights, Diversity and Democracy”. Institute of Latina American Studies, University of London. 2002.
- Robert K. Yin. “Case Study Research. Design and Methods”. 2nd ed. (Applied social research methods series; v. 5).
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos, Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública (2000). “Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000”. México, D.F., marzo de 2000.
- Secretaría de Salud, “Evaluación de Medio Camino”. En Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, México, DF, 2000.
- Secretaría de Salud, “Informe Anual de Labores 1997-1998”. En Secretaría de Salud. México D.F. 1998.
- Secretaría de Salud, “Informe Anual de Labores 1998-1999”. En Secretaría de Salud. México D.F. 1999.
- Secretaría de Salud, “Informe Anual de Labores 1999-2000”. En Secretaría de Salud. México D.F. 2000.
- Secretaría de Salud, “Manual de Procedimientos para la Capacitación del paquete básico de servicios de salud”, en Subsecretaría de Coordinación Sectorial. Dirección General de Enseñanza en Salud. 1997.
- Secretaría de Salud, “Plan Nacional de Salud 2001-2006”. México, D.F. Tercera Edición, 2001.

- Secretaría de Salud, “Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Manual de Procedimientos de Primer Nivel”. En Secretaría de Salud. México, D.F., 1995.
- Secretaría de Salud. “Lineamientos de Operación. Programa de Ampliación de Cobertura”. México, D.F., 1996. En “http://www.esalud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Directorio_de_unidades_medicas_del_sector_sal. 2005.
- Secretaría de Salud “Memoria del Seminario-Taller de Análisis y Desarrollo Operativo del Programa de Ampliación de Cobertura”. México, 1997.
- Secretaría de Salud. “Expediente Clínico de Atención de Huesos y Músculos”. Hospital Integral con Medicina Tradicional, Cuetzalan, Estado de Puebla.
- Secretaría de Salud. “Expediente Clínico de Atención de Embarazo Parto y Puerperio”. Hospital Integral con Medicina Tradicional, Cuetzalan, Estado de Puebla.
- Secretaría de Salud. “Expediente Clínico de Atención a Curaciones”. Hospital Integral con Medicina Tradicional, Cuetzalan, Estado de Puebla.

Entrevistas

- Blaz González. Promotor de Salud del Módulo de Medicina Tradicional dentro del Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, estado de Puebla. 12 de junio de 2005.
- Margarita Alvarado Reyes. Coordinadora del Módulo de Medicina Tradicional dentro del Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, estado de Puebla. 12 de junio de 2005.
- María Cotlán Fermín Cabrera. Partera del Módulo de Medicina Tradicional del Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan. 12 de junio de 2005.
- María Esther García Castillo. Directora del Hospital Integral con Medicina Tradicional de Cuetzalan, estado de Puebla. 21 de junio de 2005.