

Emanuel Orozco Núñez

Armando Arredondo López

Visión antropológica de la descentralización del sistema de salud en México

Anthropological view of the decentralization of the Mexican health system

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar cambios organizacionales, políticos y económicos resultantes de la descentralización del sistema de salud en la población sin seguridad social en México.

MÉTODOS: Se visitaron tres estados del país seleccionados por el número de habitantes en condición de pobreza, el partido político en el poder y la etapa de implementación de la descentralización (la primera fue en 1984 y la segunda en 1997). Se realizaron entrevistas durante 2007 con informantes clave de los servicios de salud de los gobiernos estatales, personas que acudieron a consulta en los servicios estatales de salud y líderes comunitarios. Los datos fueron analizados desde una perspectiva antropológica y económica.

RESULTADOS: La descentralización ocurrió de forma heterogénea en cada estado, observándose una transferencia de responsabilidades de la federación a los estados, más no así una ruptura con la dependencia del nivel central – federal. Las reformas impulsadas desde el nivel federal para crear un esquema fundamentado en principios de subsidiaridad financiera y democratización en salud enfrentan retos políticos y organizacionales para su consolidación.

CONCLUSIONES: El enfoque antropológico muestra la relevancia de considerar factores organizacionales, políticos y económicos como parte del proceso de descentralización.

DESCRIPTORES: Antropología Médica. Reforma de la Atención de Salud. Descentralización. Sistemas de Salud.

Centro de Investigación en Sistemas de Salud.
Dirección de Innovación en Sistemas y Servicios
de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
México, DF, México

Correspondência | Correspondence:

Armando Arredondo López
Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad, 655
Col. Santa María Ahuacatlán
Cuernavaca, Morelos
CP 62100 México
E-mail: armando.arredondo@insp.mx

Recibido: 20/10/2011

Aprobado: 3/10/2012

Artículo disponible en español y inglés en:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze organizational, political and economic changes resulting from the decentralization of the health system for those in Mexico without health insurance.

METHODS: Three states, selected by considering the percentage of the population living in poverty, the political party in power and their stage of decentralization (the first was in 1984 and the second in 1997) were included. Interviews were conducted during 2007 with key informants from the state health care services, users of health care services, and community leaders. Data were analyzed from an anthropological and economic perspective.

RESULTS: Decentralization occurred in a heterogeneous way in each state, with responsibilities being transferred from federal to state level but without breaking the dependence on the central-federal level. The reforms driven from the federal level to create a scheme based on a principle of financial subsidies and democratization of the health system face challenges for their political and organizational consolidation.

CONCLUSIONS: The anthropological approach adopted in this analysis shows the relevance of considering organizational, economic and political factors as key components of the decentralization process.

DESCRIPTORS: Medical Anthropology. Health Care Reform. Decentralization. Health Systems.

INTRODUCCIÓN

El sistema Mexicano de salud está integrado por tres subsectores: la seguridad social, los servicios públicos para la población que carece de seguridad social y el sector privado. Debido a factores políticos y estructurales,^a cuando nos referimos a los sistemas estatales de salud en México, se está hablando de los servicios públicos para la población sin seguridad social cuya provisión es organizada por los gobiernos estatales. La función de provisión de servicios fue delegada a los estados – proceso entendido como descentralización – entre 1984 y 1997.

La descentralización de los sistemas de salud implica, teóricamente, el tránsito de formas de organización de entidades gubernamentales, regidas por línea de mando, hacia esquemas más horizontales y participativos, bajo principios de devolución, delegación y transferencia de

funciones con el fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud.⁵

Si bien la descentralización se ha estudiado desde una perspectiva política y de administración pública,¹³ es posible analizarla también desde una perspectiva antropológica, tomando como eje analítico sus connotaciones de intercambio e influencia en la distribución de recursos.⁷ Particularmente, la antropología aplicada se refiere a la investigación antropológica dirigida a producir conocimiento científico para resolver problemas que no buscan discutir de manera abstracta una dimensión de la realidad.^{6,b}

Tal análisis puede ser realizado en el ámbito del estudio cultural del sector biomédico como una organización social compleja que provee servicios especializados de salud a través de instituciones que pueden ser públicas o

^a Martínez Valle A. La dimensión política de los procesos de reforma en el sector salud. In: Frenk J, editor. El observatorio de la salud. México (DF): Fundación Mexicana para la Salud; 1997. p.359-377.

^b Palerm A. Teoría etnológica. Querétaro de Arteaga: Universidad Autónoma de Querétaro; 1987.

Tabla. Características de los participantes por estado de México, 2007.

Estado	Tipo de informante							Total
	Secretarios de Salud	Funcionarios de Planeación	Funcionarios de Administración	Proveedores de servicios	Legisladores y municipales	Líderes de ONG	Usuarios de servicios	
Baja California Sur	1	5	5	5	2	2	10	30
Colima	1	4	4	4	2	2	10	27
Jalisco	1	6	6	5	2	3	10	33
Total	3	15	15	14	6	7	30	90

ONG: Organizaciones no gubernamentales

privadas.^{10,c} Esta caracterización asume que la atención curativa está sectorizada cultural y profesionalmente, centrándose en el sector profesional que representa a los médicos formales y a las instituciones donde se brinda la atención.^d La relevancia de estudiar al sector biomédico que provee servicios públicos estriba en que éste representa la “respuesta social organizada” a las necesidades de salud de las poblaciones que reciben sus servicios.

El objetivo de este estudio fue analizar cambios organizacionales, políticos y económicos resultantes de la descentralización del sistema de salud para la población sin seguridad social en México.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

La investigación realizada estuvo adscrita al proyecto de investigación denominado “Health financing changes for decentralization: tools and strategies for health care reform in Mexico”,^e y su objetivo fue indagar cambios en el financiamiento de los sistemas estatales de salud a partir de su descentralización. En este trabajo, se presentan elementos del contexto y el proceso político relevantes para establecer que la conducción de este tipo de políticas públicas requiere de la consideración de dimensiones organizacionales y culturales que favorezcan una mayor comprensión sobre sus alcances y, de las capacidades desarrolladas localmente para el cumplimiento de sus objetivos.

El análisis de la descentralización del sistema mexicano de salud se realizó definiendo dimensiones aplicadas al análisis antropológico de organizaciones complejas: las formas y relaciones que regulan los intercambios de recursos, así como la caracterización de procesos y mecanismos en donde individuos, grupos y organizaciones, participan en la toma de decisiones de temas que les afectan. Bajo esta perspectiva, se consideran dimensiones económicas y de poder. Finalmente, se establece la relevancia de analizar dimensiones culturales que influyen en estas dinámicas.¹

La problemática social analizada busca caracterizar los efectos distributivos y políticos, vinculados por informantes, clave para la conducción de la descentralización del sistema de salud en tres estados de México. Desde el punto de vista de la organización, se buscó establecer desarrollos gerenciales para la implantación de la descentralización y económicamente identificar cambios en la asignación y distribución de recursos. El análisis se propuso documentar arreglos locales que, bajo condiciones particulares, favorecieron o limitaron los objetivos de la descentralización en los estados. Se retoman elementos del análisis de las burocracias, en este caso del sector terciario. Este enfoque busca documentar dinámicas organizacionales, gubernamentales y empresariales, desde una perspectiva cultural, en donde la información y su interpretación juegan un papel central.¹¹

Toda vez que el eje central de la descentralización del sistema mexicano de salud fue la mejora de las asimetrías en el financiamiento federal a los sistemas estatales de salud, se retoman principios y valores relacionados con las prácticas distributivas de la descentralización. La cuestión del intercambio se relacionó con la forma en que los actores entrevistados interpretaron la relación entre niveles de gobierno, en materia de autonomía, redistribución y maximización de recursos.

Se aplicaron técnicas de la antropología social, como el trabajo de campo en oficinas y clínicas de salud, la observación, las entrevistas, el diario de campo y la sistematización de la información desde una perspectiva cultural.⁹ El trabajo de campo se llevó a efecto en Baja California Sur, Colima y Jalisco. En cada estado se realizaron entrevistas semi estructuradas, previo consentimiento informado, a los funcionarios de los servicios de salud, médicos de clínicas rurales y urbanas, representantes políticos (municipales, regidores, legisladores), líderes de organismos civiles y usuarios de las clínicas visitadas. Para ello, se aplicó una guía que contenía 30 preguntas. Los perfiles y número de informantes se presentan en la Tabla. El total de informantes entrevistados fue de 90.

^c Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México (DF): Fondo de Cultura Económica/CONACYT; 1993.

^d Fitzpatrick R, organizador. La enfermedad como experiencia. México (DF): Fondo de Cultura Económica; 1990.

^e Proyecto ejecutado en el Instituto Nacional de Salud Pública, con financiamiento del International Development Research Centre, Canadá.

El proyecto fue aprobado por las Comisiones de Ética, Bioseguridad e Investigación del INSP, con la clave PI-100022, en 2005. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los informantes y fueron transcritas a formato digital. El tiempo de duración promedio fue de 40 minutos, siendo más breves en el caso de los usuarios. Esta información fue organizada para su análisis mediante el programa de cómputo ATLAS-Ti (*The Knowledge Workbench, Scientific Software Development, Berlin, Germany*). Este programa permite fragmentar la información en segmentos de texto y agruparla para su análisis mediante códigos *ex profeso*. La ventaja de este procedimiento consiste en que al agrupar temáticamente los segmentos de texto se conserva información del informante al cual corresponden. Las principales categorías empleadas para codificar la información fueron: Nociones de la descentralización, Transferencia de funciones, Fuentes de financiamiento, Cambios en mecanismos de asignación, Gestión de recursos, Mecanismos de gasto, Procesos políticos, Acuerdos políticos, Participación en toma de decisiones y Autonomía local.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La información recopilada se presenta en tres apartados referidos a dinámicas organizacionales, económicas y políticas vinculadas por informantes clave para la implantación de la descentralización del sistema de salud en los estados estudiados.

La dimensión organizacional de la descentralización

La información analizada se relacionó con la transferencia de responsabilidades, la modificación del centralismo y el desarrollo de capacidades gerenciales, resultando en la transferencia de recursos y responsabilidades del gobierno federal hacia los gobiernos estatales. Al respecto, se encontraron referencias sobre la naturaleza de las transferencias delegadas y las modificaciones estructurales orientadas a facilitar tales transferencias. Un funcionario de Baja California Sur, quien también ha sido legislador, estableció que estas transferencias mejoraron procesos locales de toma de decisiones:

“... Se han delegado funciones de la Secretaría de Salud federal al estado. Antes, la Secretaría de Salud federal decidía dónde y bajo qué criterio se construían las unidades de salud. Ahora, estas decisiones se toman acá...”

Otro principio de la descentralización explorado se refirió a la modificación de un esquema centralizado a nivel federal, a otro descentralizado a nivel de los estados, sobre el cual se expresó una mayor articulación

entre los niveles federal, estatal y municipal. Tal articulación fue expresada por un funcionario de Colima del área de planeación, como resultado de una mayor vinculación intergubernamental:

“... Hay una comunicación más estrecha entre la autoridad municipal y la autoridad de los servicios de salud del estado. La comunicación es mucho más ágil entre la federación y el estado...”

Resultó significativo que la mayoría de los informantes manifestara diversos grados de desconocimiento sobre criterios normativos y técnicos de la descentralización, sobre todo en Baja California Sur y Colima. No obstante, se documentaron experiencias de desarrollo de capacidades directivas como factor estratégico del sistema local para procurar una mayor autonomía en el manejo de recursos y la toma de decisiones. Un funcionario de una Jurisdicción Sanitaria de Jalisco vinculó aspectos favorables de la descentralización con la organización del sistema de salud en el nivel local:

“... Creo que la figura jurídica de descentralización nos abre las puertas porque nos define como Organismo Público Descentralizado. Esto nos da más autonomía en el manejo de los recursos, más oportunidad jurídica en los compromisos y más oportunidad operativa...”

La dimensión económica de la descentralización

Dado que uno de los objetivos explícitos de la descentralización en salud ha sido ampliar el financiamiento,^f en el presente apartado se analizan las capacidades financieras locales, la capacidad de gestión de recursos en los estados y los mecanismos de maximización de recursos.

Se encontró que la mayor parte de los informantes identificó tres fuentes de financiamiento de los servicios de salud: los recursos que provienen del nivel federal, del nivel estatal y de las personas que acuden a consulta. Únicamente en Jalisco se refirieron recursos provenientes de los gobiernos municipales. En este estado, se estableció que con la descentralización se amplió la participación financiera de los gobiernos estatal y municipal, para lo cual se desarrollaron mayores capacidades de gestión y administración de recursos, tal y como lo expresó un alto tomador de decisiones estatal:

“... Se dieron cambios a nivel de financiamiento, como la oportunidad de negociar un presupuesto adicional hacia el estado. También se pueden hacer convenios de gestión con organismos de la sociedad civil que estén interesados en participar en salud. También nos da la oportunidad de abrir otras puertas de dependencias federales...”

Una vez establecidas diferencias, en cuanto a las capacidades estatales, para la gestión de recursos, se indagó si

^f Arredondo A, Parada I, Orozco E, García E, Atrisco R, Allende T, et al. El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México: Cambios, tendencias y evidencias, 1990-2000. México (DF): Instituto Nacional de Salud Pública; 2002.

éstas se vinculan con el manejo institucional de criterios y mecanismos técnicos. Al respecto, se encontró un manejo diferencial de tales criterios. Diversos testimonios dejaron entrever que los criterios empleados requieren afinar sus alcances en cuanto a la gestión y gasto de los recursos gestionados, sugiriéndose que el empate entre la asignación de recursos y la atención de necesidades requiere una mayor racionalidad para mejorar la gestión. Un médico de Colima con una amplia experiencia de trabajo en los servicios estatales de salud comentó:

“... Desde hace años se ha intentado perfeccionar el presupuesto por programa y nunca se ha logrado. Los criterios de asignación siguen siendo subjetivos y quedan mucho a criterio de un grupo muy reducido de personas. Yo creo que esos criterios deben retomarse y reorientarse...”

La información referida en los estados para contender con la escasez de recursos, favoreció la identificación de estrategias de maximización relacionadas con el ahorro y la diversificación de las fuentes de financiamiento. En el primer caso, se refirieron distintos mecanismos de ahorro para ampliar la compra de recursos aplicando criterios de prioridad, tal y como lo expresó un médico de Baja California Sur, vinculado a las finanzas estatales:

“... No tenemos la capacidad como lo puede existir en Guadalajara, México o Monterrey. Yo estoy pensando acercarme a mi compañero homólogo de Guadalajara o al de Monterrey para pedirle que me incluya unas 3.000 mil cartillas más, después le mando el dinero porque me va a salir más barato...”

La diversificación de fuentes de financiamiento en los niveles estatales contempló la necesidad de requerir aportaciones ciudadanas, por concepto de consulta médica y atención en los hospitales. Sobre estas aportaciones denominadas ‘cuotas de recuperación’, informantes de los servicios de salud de los tres estados expresaron opiniones favorables con tales aportaciones. En contraste, líderes comunitarios y usuarios de los servicios de salud expresaron que cuando las cuotas se combinan con otros gastos, se hace oneroso el acudir a las clínicas. Una madre de familia de Baja California Sur expresó malestar por los gastos realizados por concepto de búsqueda de atención médica:

“... Yo no estoy de acuerdo que se paguen cuotas. Trabajo en un bar y vengo de San Lucas hasta San José y a veces no puedo venir. Aquí nos dicen que vengamos lunes, martes, miércoles o jueves. Ya cuando es viernes nos cobran doble; ahora tuve que pagar, me cobraron...”

La maximización de recursos se fundamentó en que la ampliación de la base financiera es necesaria para

atender las crecientes necesidades de salud de las poblaciones que buscan atención en los servicios estatales de salud. Sin embargo, se recopilaron testimonios que muestran que una proporción de los recursos se empleó en solventar necesidades de los propios sistemas de salud relacionadas con recursos humanos e infraestructura, en donde se destacó que la inversión en recursos humanos puede tener efectos en la programación del presupuesto, tal y como lo expresó un tomador de decisiones de Colima:

“... El problema que tenemos es que soportamos una plantilla de personal que nos absorbe un porcentaje muy importante del presupuesto y limita los gastos de operación. Esto sacrifica mucho la administración, que tiene que estar guardando para hacer economías y poderle garantizar al trabajador sus prestaciones; y eso es básicamente soportado por el presupuesto estatal...”

La dimensión política de la descentralización

La descentralización del sistema de salud se propuso modificar la relación entre los estados y el nivel federal en México, para favorecer una mayor autonomía en los gobiernos estatales para el manejo de sus sistemas de salud.⁶ Esta autonomía fue supeditada por diversos informantes a supuestos sobre la conducción gubernamental de políticas públicas en los estados, a la adaptación local de los marcos legales y a los diversos grados de control sobre la gestión y el uso de los recursos. La documentación de estas dimensiones permitió la caracterización de arreglos locales que mostraron haber influido en una implantación diferenciada de la descentralización en salud en los estados.

Al indagar sobre los cambios en la relación entre los niveles estatal y federal a partir de la descentralización, se estableció que, al margen de las capacidades estatales, el nivel federal debe garantizar los recursos para la atención de la población vulnerable, como lo refirió un regidor municipal de Colima:

“... Es una obligación del Estado dar la salud y no deben existir las aportaciones ciudadanas porque la gente tiene necesidades, la gente tiene muchos problemas que resolver. Las cuotas debería absorberlas el Estado...”

Desde la perspectiva del personal de los sistemas estatales de salud, los niveles federal y estatal tienen capacidad de proveer servicios de salud con base en el diseño de políticas estructurales para garantizar esta provisión. Resultó relevante que ésta capacidad haya sido referida como resultado de acuerdos políticos, en los que diversos representantes gubernamentales asumen la responsabilidad de garantizar la provisión de servicios de salud, como lo refiere el siguiente testimonio de un tomador de decisiones de Baja California Sur:

“... Yo escucho al presidente, también al gobernador sobre los proyectos de obras que van bien encaminados. En materia de salud, estamos empezando en este gobierno promoviendo el nuevo Seguro Popular, este programa que lleva el presidente también lo hemos visto con buenos ojos. De alguna manera han sido programas muy transparentes y no están politizados, sino que llegan hasta el último rincón...”

Desde la perspectiva de diversos tomadores de decisiones, la instrumentación de las políticas de descentralización en los estados requiere del manejo de sus marcos normativos. Este manejo demanda capacidades técnicas cuyo manejo fue generalmente limitado, aunque esas capacidades fueron referidas como componentes centrales para alcanzar los objetivos de la política de descentralización en salud. Un analista de Jalisco manifestó de la siguiente manera que una mayor disponibilidad de recursos requiere criterios específicos para su uso:

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

Uno de los hallazgos más importantes fue que la ampliación de servicios de salud fue referida también como parte de la oferta política de un proyecto gubernamental. En este sentido, la asignación de partidas estatales extraordinarias se documentó en Colima de manera paralela a un proceso electoral. Se refirió la participación de actores gubernamentales, como lo muestra el testimonio de un tomador de decisiones:

“... En forma muy importante, el Gobierno del Estado en este año a través de un convenio nos dio la apertura para cubrir la cuota de afiliación al Seguro Popular de todo lo que es la población más pobre. Son diez reactivos que establecen las reglas de operación. El gobierno estatal cubre el nivel número uno y el número dos, que finalmente es la población que acude para la afiliación...”

Este último punto sugiere que el análisis de políticas públicas requiere de la inclusión de elementos del contexto político en su implantación local, dada la referencia a escenarios de pluralidad política que podrían afectar diversos alcances de políticas gubernamentales. Ello fue expresado de la siguiente manera por un regidor municipal de Colima:

“... Desgraciadamente hay problemas políticos. Aquí el estado es priísta (del Partido Revolucionario Institucional) y el municipio panista (del Partido Acción Nacional). No debería de ser pero hay ataques. Igual en los municipios. Yo he vivido dos administraciones, una

panista y una priísta y he visto una diferencia enorme. Los que ganaron son panistas y creo yo que se va a señalar, a marginar...”

DISCUSIÓN

En este artículo se muestra que la descentralización del sistema de salud implica dimensiones organizacionales, económicas y políticas significativas para lograr el desarrollo de formas de autonomía en el nivel local.⁴ La aplicación de un enfoque de antropología aplicada favoreció la documentación de dinámicas económicas de maximización de los recursos, probándose que cuando estos son escasos, tienden a aprovecharse para diversos fines.⁷ Resultó favorable que los procesos económicos analizados se hayan expresado de manera heterogénea, lo que sugiere que se corresponden con dinámicas económicas de organizaciones complejas.¹²

El presente estudio pretende sumarse a los análisis sociales y políticos que han caracterizado efectos de la transferencia de políticas públicas en el desarrollo de capacidades gubernamentales para mejorar la distribución de recursos como consecuencia de la descentralización.² Dado que la descentralización del sistema de salud en México supuso la generación de modificaciones en las transferencias financieras destinadas a financiar la producción de servicios públicos de salud en los estados, se consideró relevante el análisis de la forma en que se expresan estos procesos económicos en el discurso de informantes clave.

El ejercicio buscó mostrar que la implementación de la descentralización del sistema de salud ha tenido efectos heterogéneos, cuyas modalidades variaron por tipo de estado y por las características de los informantes clave. La relevancia de analizarla antropológicamente fue establecer la vigencia de planteamientos sobre los efectos de esta política en diversos países de América Latina sobre cambios en los procesos de toma de decisiones y mecanismos participativos. Para el caso de Brasil, se han planteado implicaciones de la descentralización desde una perspectiva social, proponiéndose que ésta implica una revisión de la acción gubernamental orientada a una mayor democratización en los procesos de toma de decisiones para mejorar los impactos de las políticas sociales.³

En términos de la dinámica gubernamental entre órdenes de gobierno, se ha planteado la relevancia de establecer un debate sobre el federalismo en comparación con estados unitarios, tomando en cuenta que ambas formas de organización tienen implicaciones sobre las formas de distribución de la autoridad política entre órdenes de gobierno, en términos de atomización o delegación de poder.³

Otro nivel de análisis se refiere a las implicaciones de coordinación y autonomía de la descentralización. Al

respecto, se ha sugerido que los estados federados tienden a enfrentar mayores problemas de eficiencia gubernamental en materia de gasto social, debido a la dispersión de la autoridad política y a la concentración interna de decisiones colectivas, temática que abarca dimensiones de coordinación y autonomía de gran complejidad.^{3,5}

Para el caso mexicano, si bien se cuenta con una vasta experiencia en el estudio de la conducción de políticas públicas sectoriales, se requieren mayores análisis con un enfoque sociológico que analicen efectos de la descentralización, dado el centralismo gubernamental prevaleciente en la formulación de políticas de salud.⁸

CONCLUSIONES

La descentralización es un agente dinámico para dar mayor eficiencia a la organización de los sistemas

de salud,⁸ generando oportunidades de autonomía en los estados.

La incorporación de una perspectiva antropológica fue útil para abordar el análisis de los sistemas de salud como organizaciones complejas de carácter profesional y burocrático. Se considera que el abordaje del problema de investigación, tomando como ejes analíticos la antropología aplicada⁹ y la investigación en sistemas de salud,^h fue de amplio potencial analítico, puesto que en ambas perspectivas se establece la importancia de conducir investigación estratégica de manera sistemática para modificar la situación del objeto estudiado.

Finalmente, se considera que dentro de las limitaciones muestrales y de representatividad que tiene el análisis realizado, este tipo de ejercicios representan aportes significativos por parte de las ciencias sociales al estudio de los sistemas de salud y sus prácticas sociales.

REFERENCIAS

1. Arnold M. Antropología social aplicada en organizaciones económicas y participacionales. *Rev Chil Antropol.* 1991;(10):81-95.
2. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *Sao Paulo Perspec.* 2004;18(2):17-26. DOI:10.1590/S0102-88392004000200003
3. Arretche M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ Soc.* 2002;23(80):25-48. DOI:10.1590/S0101-73302002008000003
4. Van Beek M. Making a difference? Reflections on decentralization, recognition and empowerment. Ithaca: Cornell University, Polson Institute of Global Studies; 2001.
5. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med.* 1998;47(10):1513-27. DOI:10.1016/S0277-9536(98)00234-2
6. Cadena Ramos H. La antropología aplicada en una sociedad compleja. *Rev Mad.* 2005;(13):71-81. DOI:10.5354/0718-0527.2005.14676
7. Burling R. Teorías de maximización y el estudio de la antropología económica. In: Godelier M, organizador. *Antropología y economía.* Barcelona: Editorial Anagrama; 1976. p.101-24.
8. González-Block MA, Leyva R, Zapata O, Loewe R, Alagón J. Health services decentralization in México: formulation, implementation and results of policy. *Health Policy Plann.* 1989;4(4):301-15. DOI:10.1093/heapol/4.4.301
9. Hackenberg RA. Advancing applied anthropology: globalization: touchstone policy concept or sucked orange? *Hum Org.* 1999;58(2):212-5.
10. Helman CG. Culture, health and illness: an introduction for health professionals. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; 1994.
11. Lewis D. ¿Descubrir, ampliar y profundizar?: una revisión de las contribuciones de la antropología a las investigaciones del tercer sector. *Econ Soc Territ.* 2000;2(8):791-815.
12. Platner S, editor. *Antropología económica.* México (DF): Alianza Editorial / Conaculta; 1991.
13. Rondinelli D, Cheema GS. Implementing decentralization policies: an introduction. In: Cheema GS, Rondinelli DA, editors. *Decentralization and development: policy implementation in developing countries.* Beverly Hills: Sage Publications; 1983. p.9-34.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

⁸ Merino G. Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. In: Knaul F, Nigenda G, editors. *Caleidoscopio de la salud.* México (DF): Fundación Mexicana para la Salud; 2003. p.195-207.

^h Mills A, Gonzalez Block M. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research; 2004.