



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE
LA SALUD
CAMPO DEL CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CAMPO DISCIPLINARIO GESTIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**Financiamiento comunitario en salud.
Estudio de caso de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

PRESENTA:
PERLA GIOVANNA TRINIDAD MAYA

Tutora: Dra. Silvia Martínez Valverde
Investigadora en Ciencias, Centro de estudios económicos y sociales.
Dirección de Investigación del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Ciudad Universitaria, CDMX, agosto 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Contenido

Índice de figuras.....	3
Índice de tablas.....	4
Acrónimos	5
Dedicatoria.....	6
Agradecimientos.....	7
Citación	8
Resumen	9
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES.	13
CAPÍTULO 2.- MARCO TEÓRICO.	22
CAPÍTULO 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
CAPÍTULO 4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	34
CAPÍTULO 5.-OBJETIVOS.....	34
CAPÍTULO 6.- METODOLOGÍA	35
CAPÍTULO 7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	54
CAPÍTULO 8.- RESULTADOS	54
CAPÍTULO 9.- DISCUSIONES.....	83
CAPÍTULO 10.- CONCLUSIONES	95
CAPÍTULO 11.- LIMITACIONES	99
CAPÍTULO 12.- RECOMENDACIONES.....	99
13.-ANEXOS.....	100
15.-BIBLIOGRAFÍA.....	134

Índice de figuras

Figura 1. Relación entre la función y los objetivos en un sistema de salud.....	23
Figura 2. Línea del tiempo del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.....	56
Figura 3. Historia del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas. Puntos clave en el proceso del financiamiento.....	57
Figura 4. Acuerdo de pago al financiamiento	64
Figura 5.- En acuerdo o no de pagar más de 20 pesos.....	65
Figura 6.- Disposición a pagar	65
Figura 7.- Organigrama del Financiamiento comunitario en salud del estudio de caso de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.....	75
Figura 8.- Gasto catastrófico en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.	81
Figura 9.- Porcentaje de riesgo de empobrecimiento por cuestiones de salud de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas.....	81
Figura 10.- Erogaciones financieras más frecuente para solventar los gastos en salud de las familias con riesgo de empobrecimiento por cuestiones de salud en la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.	82

Índice de tablas

Tabla 1. Marco de Preker y Carring para el análisis de los financiamientos comunitarios en salud.	26
Tabla 2. Categorías y Subcategorías apriorísticas de análisis del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.....	38
Tabla 3. Formato de evaluación de entrevistas cualitativas, Creswell (2005).	47
Tabla 3.- Variables de componente cuantitativo	52
Tabla 5. Resultados cualitativos basados en el Marco de Preker y Carring para el análisis de los financiamientos comunitarios en salud.	58
Tabla 6.- Participantes seleccionados para las entrevistas semiestructuradas	61
Tabla 7.- Entrevistas realizadas, su duración y su sito de realización	62
Tabla 8.- Características sociodemográficas	76
Tabla 9.- Características de la vivienda	76
Tabla 10.- Afiliación y uso de los servicios de salud.....	77
Tabla 11. Deciles de Ingreso Nacional y a nivel del Estado de Chiapas y porcentaje de hogares correspondiente de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas	78
Tabla 12.- Características socioeconómicas y de gasto en salud la comunidad de Puerto Arista, Chiapas	79
Tabla 13.- Componentes del gasto en salud respecto a su ingreso total y su porcentaje respecto al gasto total en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.....	80
Tabla 14.- Porcentaje de las erogaciones financieras más utilizadas para solventar los gastos en salud de las familias con riesgo de empobrecimiento por cuestiones de salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.....	83

Acrónimos

OMS: Organización Mundial de la Salud

CMS: Sistema Médico Cooperativo

ONGS: Organización No Gubernamental

CMH: Macroeconomics and Health Comission. Comisión de Macroeconomía y Salud

OCDE: *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*

PIB: Producto Interno Bruto

FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

COPLADEM: Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México.

PRSP: *Poverty Reduction Strategy*. Estrategia de reducción de la pobreza

EGE: economías globales de escala

EEE: Economías Específicas de Escala

EAG: Economías de Alcance Globales

EAE: Economías de Alcance Específicas

ENIGH 2018: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018 Nueva Serie.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ENESS: Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todas las personas que por alguna enfermedad terminal o por condiciones de salud graves no pueden seguir o realizar sus sueños y anhelos en esta vida.

Agradecimientos

Doy gracias a la divinidad por permitirme estar otro día más aquí en la tierra para cumplir con la misión que se me ha encomendado.

Y agradezco a todos los que sostuvieron mis manos en todo este camino, con especial afecto a Fav el hermano (kalb) por sostener incansablemente mi pluma y mi espíritu en mis horas más oscuras.

Citación

La autora es Licenciada en la carrera de Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y egresada de la maestría en Gestión y Políticas de Salud del Programa de Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud por la misma Institución.

Correo electrónico: gjo.maya.tuareg@gmail.com

Forma de referenciar en formato Vancouver: Trinidad Maya PG, Martínez Valverde S. (Dir). Financiamiento comunitario en salud. Estudio de caso de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas. (Tesis de maestría). Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. 2020.

Resumen

Objetivos: Explorar las características de diseño y organización del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas, y analizar la proporción de la aportación de cuotas al financiamiento respecto al gasto en salud de la comunidad, según el nivel socio económico de los hogares en el periodo 2019-2020.

Materiales y Métodos: Estudio de caso exploratorio del financiamiento comunitario en salud de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas, la metodología se dividió en dos componentes, el primero exploró la organización y el diseño del financiamiento, con un enfoque cualitativo. El segundo analizó la aportación de cuotas que se dan al financiamiento respecto a su gasto en salud, según el nivel socioeconómico de los hogares de la comunidad con un enfoque cuantitativo.

Análisis: El componente cualitativo, se basó en el Marco de análisis de financiamientos comunitarios en salud de Preker y Carring. Se hizo un análisis descriptivo de los datos. Se tomó una muestra de expertos y se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas al comité de salud de la comunidad. Las entrevistas fueron audio grabadas (previo consentimiento de los participantes) y posteriormente transcritas para su codificación y análisis con el software *ATLAS. Ti*[®] (versión Atlas.ti8.). Se realizó una descripción completa de cada categoría y se ubicó en el fenómeno que estudiamos. Para componente cuantitativo se analizó la aportación de cuotas que se dan al financiamiento respecto a su gasto en salud, según el nivel socioeconómico de los hogares de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas. Se hizo un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple donde el marco muestral fue el censo de la comunidad de año 2019, y se aplicó la fórmula para estimación del promedio de gasto en salud obteniendo una muestra mínima de 29 hogares. Se utilizó una versión reducida de la encuesta de Ingreso- Gasto del hogar, de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018 (ENIGH Nueva Serie). Se obtuvo una estimación del ingreso/gasto de los hogares encuestados, del gasto en salud y de la capacidad de pago, por medio de la metodología de Ke Xu, OMS, se clasificó la magnitud de pago del financiamiento respecto a estos gastos y se clasificó a los hogares por nivel socioeconómico.

Resultados: El financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas tiene un diseño con todas las características establecidas en el Marco de Preker y Carring exceptuando que no es progresivo en sus aportaciones. Su organización posee una fuerte participación en el mercado, tiene un solo nivel de diferenciación vertical y cinco de diferenciación horizontal. La proporción de la aportación de cuotas que se dan al financiamiento oscila desde el 0.55 % hasta el 7 % del gasto en salud.

Conclusiones: El financiamiento no represento un gasto catastrófico que vulnere la capacidad económica de los hogares de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas y les atrajo grandes beneficios por su diseño y organización.

Palabras clave: financiamiento comunitario en salud, Chiapas, Puerto Arista, estudio de caso, seguros comunitarios en salud.

Introducción

El financiamiento en salud es una de las cuatro funciones principales de un sistema de salud así como la provisión de servicios, la generación de recursos, y la gestión ⁽¹⁾.

El financiamiento de la salud, se encarga de recaudar ingresos, agrupar el dinero en fondos y/o realizar la compra o provisión de servicios para cubrir las necesidades de salud de las personas, a nivel individual y colectivamente, en el sistema de salud ⁽²⁾. Su propósito es brindar protección financiera, equidad en las contribuciones financieras y calidad de los servicios en salud así como establecer los incentivos financieros adecuados para los proveedores, garantizar que todas las personas tengan acceso a la salud pública efectiva y al cuidado personal de la salud ⁽³⁾.

No obstante la insuficiencia de recursos financieros y la ineficiencia en el uso de estos recursos en países de ingresos bajos y medios, representa uno de los retos más importantes en el avance hacia el cumplimiento de este propósito ⁽⁴⁾. En este aspecto las opciones de política para financiar la atención médica en países de ingresos medios y bajos, son más restringidas; con frecuencia estos países poseen grandes poblaciones en zonas rurales y sectores informales, lo que limita la capacidad tributaria efectiva de sus gobiernos para financiar la atención en salud ⁽⁵⁾.

Es por esta razón que han surgido esquemas alternos de financiamiento como los financiamientos comunitarios en salud, con el fin de disminuir las brechas en el acceso a la atención en salud y proteger financieramente a la población más pobre ⁽⁵⁾. Donde los acuerdos de financiamiento por parte de los gobiernos y/o del mercado, no alcanzan a cubrir a estos sectores ⁽⁶⁾.

El financiamiento comunitario en salud definido por Dror y Preker (2002) "es una expresión genérica utilizada para describir una gran variedad de acuerdos de financiación de la salud... "microseguros, fondos de salud comunitarios, organizaciones de salud mutuas, seguro de salud rural, fondos de medicamentos rotatorios y participación comunitaria en la gestión de tarifas de usuarios" ⁽⁷⁾.

Estos financiamientos se caracterizan por la acción colectiva en la recaudación, agrupación, asignación / compra y / o supervisión de la gestión de los acuerdos de financiamiento de la salud. Otra particularidad, es que se realiza en poblaciones que no tienen protección financiera o acceso a un convenio para cubrir el costo de la atención médica. Por último, se determinan por su naturaleza voluntaria, de autoayuda y movilización ⁽⁷⁾.

El presente trabajo de tesis tuvo como principal objetivo el estudio del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Puerto Arista, es una localidad que se dedica principalmente a la pesca y al turismo, se ubica en la región Istmo-Costa, al suroeste de Tonalá, del estado de Chiapas México, es considerada una zona rural, que para el 2010 contaba con un grado de marginación alto, secundario a su falta de servicios de urbanización como agua potable, condiciones precarias de vivienda, bajo nivel educativo y respecto a los servicios de salud la mayoría de la población no cuenta con seguridad social.

Cuenta con una clínica de primer nivel de atención perteneciente al Instituto de Salud del estado de Chiapas. El cual forma parte de la Jurisdicción Sanitaria VIII.

Puerto Arista a través del tiempo se ha enfrentado a muchas carencias en los servicios de salud, una de las más importantes, era la falta de medicamento e insumos necesarios para poder resolver sus padecimientos básicos en salud. Como consecuencia surge en la comunidad una iniciativa de crear un financiamiento comunitario en salud como una alternativa que les ayudara a cubrir las necesidades en salud de la población que no eran subsanadas por la Jurisdicción Sanitaria y al mismo tiempo contribuir a la mejora de la clínica.

La idea de estudiar el financiamiento comunitario en salud de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas surge de la exposición e involucramiento al mismo durante el año de mi estadía como médico pasante del servicio social.

El objetivo de este proyecto consistió en explorar las características del diseño y la organización del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas así como analizar la proporción de la aportación de cuotas que se dan al financiamiento comunitario respecto a su gasto en salud, según el nivel socioeconómico de los hogares de la comunidad.

Para la metodología se optó por realizar un estudio de caso, exploratorio, de la categoría intrínseco de casos, donde por la complejidad del mismo se decidió utilizar dos métodos para su abordaje uno cualitativo que exploró la organización y el diseño del financiamiento comunitario en salud y uno cuantitativo que analizó la aportación de cuotas que se dan al financiamiento comunitario respecto a su gasto en salud, según el nivel socioeconómico de los hogares de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

El trasfondo de este proyecto reside en el argumento de poder evidenciar que se están generando nuevas alternativas para financiar la salud, que nacen de la iniciativa de poder atender las necesidades en salud de la población, cuando hay un contexto histórico-social de severas restricciones económicas, inestabilidad política y falta de gobernanza, donde los sectores más vulnerables como los sectores rurales, los sectores informales, y los sectores más pobres son los más perjudicados. Y donde finalmente la participación de la comunidad proporciona un primer paso hacia un mejor acceso a la atención en salud.

Por otro lado en nuestro país aún no se han encontrado trabajos referentes a este tema, y los casos presentes en literatura mundial nos señalan que aún existen muchas interrogantes que investigar para poder entenderlos completamente y poder aprovechar todos sus beneficios, es por ello que la importancia de la presente investigación es generar un antecedente de cómo se empiezan a manifestar estas alternativas en nuestro país.

El trabajo se inicia con los antecedentes que es el primer capítulo de los trece capítulos que se desarrollan, aquí se narran algunas experiencias de financiamiento comunitario en salud en el mundo con el fin de darle al lector un contexto histórico de cuando y como iniciaron los financiamientos y la experiencia que brindaron, posteriormente en este mismo apartado se ilustran algunos análisis que se han realizado sobre financiamientos comunitarios en salud en el mundo y se colocan por orden cronológico. El siguiente apartado dentro de los antecedentes trata sobre cómo se encuentra actualmente el financiamiento de la salud en México para proporcionar un diagnóstico general al

lector sobre la situación financiera en salud y se concluye con la situación contextual de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas donde se abordan los datos geográficos, sociodemográficos, la marginación y el rezago social de la comunidad, así como las Organizaciones sociales, de salubridad y asistencia social que tienen y finalmente la Problemática en salubridad a la que se enfrentaba para realizar el financiamiento.

El Marco teórico que es segundo capítulo que se desarrolla en el trabajo y nos ofrece una noción de que es el financiamiento en salud como parte de una función necesaria de un sistema de salud, esto con la idea de entender que el término de financiamiento comunitario también se fundamenta dentro del concepto de financiamiento en salud y que para ambos su base recae sobre el sistema de salud. Este apartado también desarrolla dos puntos muy importantes el primero es el contexto de los financiamientos comunitarios en salud, con la idea de conocer la situación en la que se gestaron estas iniciativas así como las razones de por qué se realizaron, posteriormente se realiza un glosario de definiciones de financiamientos comunitarios en salud que nos llevan consecutivamente a la postulación del Marco de Preker y Carrington para el análisis del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas.

El planteamiento del problema, la pregunta de investigación y los objetivos son los siguientes tres, cuatro y cinco capítulos de abordaje en el trabajo.

El capítulo seis expone la metodología utilizada en este trabajo, la cual se desglosa en dos partes la primera es dedicada al componente cualitativo y la segunda parte al componente cuantitativo, ambas secciones con sus respectivos elementos.

El capítulo siete expone las consideraciones bioéticas sobre las que se sustentó esta investigación haciendo un énfasis legal en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, así como la exposición del financiamiento y los conflictos de interés que se pudieron tener en este proyecto.

El capítulo ocho es dedicado a los resultados recabados de la investigación, se muestran en primer lugar los resultados del componente cualitativo desarrollando el diseño y la organización del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas y en segundo lugar los resultados del componente cuantitativo para exponer los resultados del análisis de la aportación de cuotas que se dan al financiamiento comunitario respecto a su gasto en salud, según el nivel socioeconómico de los hogares de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

El capítulo nueve y diez son dedicados a la discusión de los resultados así como a la conclusión de los mismos y finalmente el capítulo once y doce nos narran cuáles son las recomendaciones y limitaciones de la presente investigación.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES.

1.1 Experiencias de financiamiento comunitario en salud en el mundo

Históricamente el involucramiento de la comunidad en el financiamiento de la salud fue impulsado, entre otros, por la Declaración de Alma Ata en 1978, instando a la máxima participación de la comunidad en la organización de la atención primaria de salud ⁸.

Posteriormente se crea la 'Iniciativa Bamako', como uno de los proyectos más importantes de financiamiento comunitario, esta iniciativa fue presentada en septiembre de 1987 en el Comité Regional para África de la OMS y surgió como una respuesta a las políticas de recesión y ajuste económico que habían llevado a una escasez masiva de recursos en los sistemas de salud del gobierno en muchos países menos desarrollados de África ⁹.

El propósito de esta iniciativa fue captar la fracción de los fondos que los hogares gastan en el sector informal y combinarlos con el financiamiento del gobierno y los donantes para revitalizar los servicios de salud y mejorar su calidad, así como aumentar el acceso a la atención primaria de salud aumentando la eficiencia, la viabilidad financiera y la equidad de los servicios de salud ¹⁰.

La iniciativa Bamako tuvo gran éxito en total, unos 35 países que han implementado sus principios básicos para su uso en programas nacionales que incluyen componentes importantes como la inmunización, la suplementación con vitamina A, la maternidad sin riesgo, la erradicación del gusano de Guinea y las actividades de participación comunitaria. Solo en África, ha ayudado a garantizar el acceso a servicios de salud primaria asequible y sostenible para más de 60 millones de personas a través de la revitalización de 6000 centros de salud, gestionados y parcialmente financiados por comunidades locales ⁽¹⁰⁾.

Otro antecedente de financiamiento comunitario importante es la experiencia de China que anterior a sus Reformas Agrícolas logró una notable mejora en la salud de su población rural, gracias a su sistema de atención de salud rural, conocido como Sistema Médico Cooperativo (SMC), el cual se caracterizó por su financiamiento comunitario, prepago y organización de los servicios de salud ⁽¹¹⁾. Este sistema fue financiado por el gobierno central, los gobiernos locales, colectividad rural local y unidades familiares y ofrecía consultas preventivas y asistenciales gratuitas ⁽¹²⁾.

Entre 1952-1982 el (SMC) redujo la mortalidad infantil de 250 a 40 x 1000 nacidos vivos y la prevalencia de paludismo de 5.5 a 0.3 % de la población y aumento su esperanza de vida de 35 a 68 años, al mismo tiempo hubo mejoras en saneamiento ambiental e higiene con la consecuente reducción de enfermedades infecciosas y parasitarias ⁽¹²⁾.

A partir de la década de los ochenta con la implementación de la reforma social y económica se empezó la des-colectivización de la agricultura y se introdujo un sistema de responsabilidad presupuestaria. Como consecuencia de estos cambios, el sistema médico cooperativo fracasó y para 1986 tan sólo el 5 por ciento de la población rural tenía acceso a los servicios de salud pública, trayendo terribles consecuencias en la población ⁽¹³⁾.

Secundario al cambio de la reforma, el sistema de salud en China se ha deteriorado de una manera considerable, debido a que este solo cubre los riesgos por enfermedades graves. La atención básica y enfermedades ambulatorias tienen que ser financiadas por el asegurado. En la actualidad existe un sistema de ahorros médicos, y esto conlleva a que esto sea uno de los gastos más importantes en las familias aparte de vivienda y alimentación. El gobierno hizo este sistema para invertir menos, pero esta reforma ha sido muy criticada por los expertos dado a que ha sido un total fracaso ⁽¹³⁾.

Como conclusión, las experiencias de China también enseñaron la necesidad y viabilidad de establecer esquemas de financiamiento comunitario que sean para las personas y por las personas, cuando el gobierno no cuente con recursos públicos adecuados para financiar todos los servicios de salud. Implementar al financiamiento como un elemento importante del desarrollo de la comunidad y, como tal, asociado a la participación social y política del pueblo. Finalmente, las experiencias chinas muestran que un sistema de atención de salud debe ser dinámico, en lugar de estático, para mantenerse al día con la demanda y las necesidades cambiantes de las personas ⁽¹³⁾.

1.2 Análisis sobre financiamientos comunitarios en salud

A continuación se hace una recopilación de una revisión de la literatura de los autores que han realizado análisis de los financiamientos comunitarios en salud y se colocan por orden cronológico.

Stinson (1982) fue pionero en realizar una revisión de financiamientos comunitarios que cubre 144 casos y tiende a establecer, entre otros aspectos, un método para evaluar exclusivamente el financiamiento comunitario en salud. En este aspecto constituye la propuesta metodológica más completa y elaborada. Stinson evaluó las experiencias examinando las formas de financiamiento comunitario en cuanto a sus ventajas y desventajas, su uso apropiado y problemas, los recursos generados, los costos y servicios cubiertos, los riesgos atendidos, y los efectos sobre el alcance y la accesibilidad de la atención primaria. Examina también la adecuación de cada forma de financiamiento para alcanzar objetivos como la compensación de los promotores de salud y la obtención de medicamentos ⁽¹⁴⁾.

Carlos A. y Agudelo C. (1983). Presentan un método para evaluar la participación comunitaria en salud, mediante un sistema de puntuación que permite establecer los grados de participación en tres campos a saber, la amplitud y totalidad, el tipo de gestión y el financiamiento comunitario. Donde establecen que la participación de la comunidad en el financiamiento debe ser integral, esto se refiere a que participen en la planificación, el diseño, la organización, y el funcionamiento. Además de definir al financiamiento comunitario de un programa o servicio de salud como uno de los siguientes tres aspectos a) aporte monetario b) labor comunitaria c) aporte de materiales ⁽¹⁴⁾.

Dave Sen y Mac Pake (1993) Realizaron un análisis de los enfoques de planificación y gestión de estrategias de financiamiento comunitario de las ONGS. En este aspecto las ONGS han sido reconocidas por su enfoque creativo para financiar la salud y su largo historial de financiamientos comunitarios ⁽¹⁵⁾.

Un total de veinte ONGS fueron seleccionadas para su estudio. Estas organizaciones representan una muestra representativa de ONGS de todo el mundo. Se extrajeron de tres continentes, África, Asia y América del Sur, incluyendo ONGS con orientación tanto urbana como rural ⁽¹⁵⁾.

Este estudio nos aporta importantes conclusiones, sobre este tema, algunas de ellas son las siguientes:

La amplitud de la gama de las fuentes de financieras de los esquemas de financiamiento comunitario contribuye a una mayor estabilidad financiera ⁽¹⁵⁾.

El nivel general de la recuperación de los costos en los financiamientos comunitarios que evaluaron varió del 19% al 100%, retribuyendo positivamente la inversión de los participantes ⁽¹⁵⁾.

La mayoría de las ONGS mostraron preocupación por el hecho de que el requisito de pago del financiamiento comunitario no debería disuadir a los pobres de utilizar la salud. En este aspecto el problema fue abordado de diversas maneras en las ONGS, sin embargo su forma de abordarlo en todas fue a través de la democracia y participación plena de la comunidad, favoreciendo la equidad de estos esquemas ⁽¹⁵⁾.

Por último el estudio redacta los principales campos en los que se debe trabajar en un futuro en el financiamiento comunitario, especificando que el financiamiento comunitario tiene múltiples objetivos y debe ser monitoreado y evaluado de acuerdo a estos. Los objetivos del financiamiento comunitario comúnmente incluyen la generación de ingresos, asequibilidad, protección financiera, accesibilidad y equidad, cobertura y calidad de la atención, responsabilidad y empoderamiento de la comunidad. Sin embargo menciona que la mayoría de las investigaciones se han centrado en los criterios: eficiencia y equidad. Dejando de lado los otros objetivos que son más difíciles de evaluar, pero no menos importantes. Y que estos futuros estudios de financiamientos comunitarios deben incorporar estas dimensiones ⁽¹⁵⁾.

Más recientemente en enero de 2000, el Dr. Gro Harlem Burntland, ex director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció una Comisión de Macroeconomía y Salud (CMH) para proporcionar evidencia sobre la importancia de la salud para desarrollo económico y alivio de la pobreza. Las conclusiones clave sobre financiamiento comunitario del Grupo de Trabajo 3 de esta Comisión hacen una valiosa contribución a nuestra comprensión de algunas de las fortalezas, debilidades, y opciones de políticas para asegurar un mejor acceso de los pobres a la atención médica y la protección financiera contra los efectos empobrecedores de la enfermedad, especialmente para trabajadores del sector rural e informal en países de bajos ingresos ⁽⁵⁾. Identificando lo siguiente:

Las principales fortalezas de los esquemas de financiamiento comunitario son el grado de penetración logrado a través de la participación de la comunidad y la contribución a la protección financiera contra el costo de la enfermedad para los trabajadores del sector rural e informal de bajos ingresos ⁽⁵⁾.

Estos esquemas de financiamiento mejoran las finanzas y la protección contra el costo de la enfermedad, debido a que benefician el acceso de los hogares pobres, brindan atención básica de

salud, y a su vez, confieren mayor eficiencia en la recolección, gestión, mancomunación y uso de escasos recursos en salud. Por último, la existencia de acuerdos de riesgo compartido mejora la confianza en la comunidad ⁽⁵⁾.

El aporte de esta revisión de la literatura nos ofrece diversas soluciones para fortalecer los financiamientos comunitarios, como las siguientes:

Que los gobiernos pueden contribuir a la efectividad o a la capacidad de adquirir sostenibilidad de los esquemas de financiamiento comunitario en salud para el sector rural, el sector informal y las poblaciones pobres a través de políticas que involucran lo siguiente: subsidios bien focalizados que aumentan las contribuciones a los seguros de salud de las poblaciones de bajos ingresos; seguros de protección contra fluctuaciones en los gastos; seguro para ampliar el tamaño efectivo de los grupos pequeños de riesgo y cubrir eventos catastróficos; prevención y técnicas de gestión de casos para limitar las fluctuaciones del gasto; Soporte técnico para fortalecer la capacidad de gestión de los esquemas locales; y el establecimiento y fortalecimiento de enlaces con financiamiento formal y redes de proveedores ⁽⁵⁾.

Melitta Jakab y Chitra Krishnan (2001). Realizaron una revisión de la literatura sobre los impactos, fortalezas y debilidades de las medidas de rendimiento de los financiamientos comunitarios. El documento revisa 45 informes publicados y no publicados sobre financiamiento comunitario finalizados entre 1990 y 2001 ⁽⁶⁾.

El estudio se centró en informar las medidas en tres indicadores en particular:

1.- Capacidad de movilización de recursos: Reporta que los mecanismos de financiación comunitaria movilizan importantes recursos para la asistencia sanitaria. Sin embargo, existe una gran variación en la movilización de recursos ⁽⁶⁾.

2.- Inclusión social. El financiamiento comunitario es efectivo para llegar a un gran número de poblaciones de bajos ingresos que de otra manera no tendrían protección financiera contra el costo de la enfermedad ⁽⁶⁾.

3.- Protección financiera. Se informa sistemáticamente que los esquemas de financiamiento comunitarios reducen el gasto de bolsillo de sus miembros al tiempo que aumentan su utilización de los servicios de atención médica ⁽⁶⁾.

En este mismo tenor Björn Ekman (2004), realizó una revisión sistemática de los seguros de salud comunitarios, donde evalúa hasta qué punto el seguro de salud basado en la comunidad es una opción viable para movilizar recursos y brindar protección financiera en los países de bajos ingresos ⁽¹⁶⁾.

En sus resultados concluye que existe una fuerte evidencia de que el seguro de salud comunitario brinda cierta protección financiera al reducir los gastos de bolsillo y que tales esquemas mejoran la recuperación de costos. En las debilidades de este esquema reporta que hay poca influencia en la calidad de la atención o en la eficiencia con la que se produce la atención ⁽¹⁶⁾.

Por último presentamos el estudio de Guy Carrin (2005), el cual muestra el potencial de los seguros de salud comunitarios para contribuir al desempeño de los esquemas de financiamiento de la salud. Analiza las experiencias internacionales de seguros comunitarios, sobre la base de las tres subfunciones de financiamiento de la salud: recolección de ingresos, combinación de recursos y compras de servicios. La evidencia reporta que los seguros comunitarios en salud son modestos, relativamente jóvenes y necesitan más tiempo para desarrollarse⁽¹⁷⁾.

Esta investigación concluye en dos puntos que deja a desarrollar. El primero es que existe la necesidad de adquirir más evidencia y conocimiento sobre la idoneidad de las políticas de subsidio propuestas por las autoridades públicas y los donantes, para que los subsidios sean tales que mejoren el rendimiento de los esquemas de seguros comunitarios sin poner en peligro la dinámica local. Y el segundo punto es el tema de las compras estratégicas: donde enfatiza en que necesitamos más conocimiento sobre cuáles son los instrumentos de política para que la administración de los seguros comunitarios vincule efectivamente el lado de la demanda del financiamiento a una gama de productos entregados por proveedores de salud que son social y técnicamente aceptables⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, la revisión también ha demostrado que hay ejemplos de esquemas exitosos que han operado durante varios años, lo que sugiere que el seguro de salud comunitario puede ser una opción factible en ciertos contextos y situaciones⁽¹⁷⁾.

Sin embargo los investigadores sugieren que se puede enfatizar los siguientes tres aspectos de los esquemas de seguro comunitarios en salud:

Primero, dada la naturaleza cambiante de los contextos operativos que enfrentan muchos esquemas, deben de ser observados en series de tiempo más largas. Alternativamente, los esquemas deberían estar sujetos a estudios de seguimiento sistemáticos⁽¹⁷⁾.

Segundo, si bien la coherencia requiere el uso de una multitud de métodos, la base de evidencia probablemente se beneficiaría de la aplicación del análisis cuantitativo de datos a nivel individual o doméstico⁽¹⁷⁾.

Y, tercero, incluso con la aplicación de rigurosos análisis cuantitativos basados en la mejor recolección de datos, comparaciones y generalizaciones. Todavía requieren que los futuros trabajos analíticos estén de acuerdo con las diversas medidas de resultados e indicadores según la particular pregunta de investigación⁽¹⁷⁾.

Finalmente, en México aunque existen programas comunitarios en salud, aún no se ha encontrado evidencia sobre los financiamientos comunitarios en salud en la literatura.

Por lo que a continuación una manera de aproximarnos fue conocer cómo es el financiamiento de la salud en México.

1.3.- Financiamiento de la salud en México

En nuestro sistema de Salud el financiamiento proviene principalmente de tres fuentes: a) recursos públicos, los cuales comprenden los presupuestos gubernamentales ya sea en el ámbito federal o

estatal; b) las contribuciones a la seguridad social; y c) el gasto privado que realizan de manera directa los hogares, ya sea a través de primas de seguros o gasto de bolsillo ⁽¹⁸⁾.

a.1) Los recursos públicos o presupuestos gubernamentales se componen por aquellos recursos que ingresan mediante el cobro de impuestos generales (Impuesto al Valor Agregado o IVA; e Impuesto sobre la Renta o ISR), ingresos derivados del petróleo y otros impuestos ⁽¹⁸⁾. b.1) En el caso de las contribuciones a la seguridad social, éstas ingresan como fuente de financiamiento a través de impuestos a la nómina en donde participan tanto empleadores como trabajadores ⁽¹⁹⁾. c.1) El gasto privado en salud se divide en prepago privado y gasto de bolsillo. Mediante el prepago se financian esquemas privados de aseguramiento ofrecidos por las compañías aseguradoras u otros esquemas, estos esquemas se cubren, de manera anticipada, los gastos de atención médica en caso de enfermedad para un grupo de asegurados. Y el gasto de bolsillo comprende el pago que realizan de manera directa los hogares en el momento de demandar los servicios de salud o hacer uso de estos ⁽¹⁸⁾.

En México, aproximadamente la mitad de la población cuenta con acceso a servicios de salud y recibe beneficios de la seguridad social. Esta es una prestación laboral para los trabajadores del sector formal de la economía que los protege, desde el punto de vista financiero. Los trabajadores que cuentan con esta prestación laboral reciben una protección integral en salud la cual cubre desde servicios preventivos básicos hasta el tratamiento de padecimientos y enfermedades crónicas. El financiamiento de los servicios que otorga el IMSS se integra de manera tripartita con aportaciones del gobierno federal, los patrones y los trabajadores. Por su parte, el ISSSTE y demás regímenes de seguridad social se financian con las aportaciones de los trabajadores y del gobierno federal y estatal ⁽²⁰⁾.

En este aspecto la población no asegurada no cuenta con protección financiera. Por lo que su acceso a la salud está condicionado a los pagos de bolsillo.

En el Sistema de Salud Mexicano una gran parte del origen de los recursos para financiarse es realizada por los hogares a través del gasto de bolsillo, que en México constituye el 45% de los ingresos del sistema de salud y que representa el 4.0% del gasto de los hogares. Ambas cifras se encuentran entre las más altas de la OCDE ⁽²¹⁾.

Cabe señalar que esta situación puede ser un problema para el sistema de salud, porque genera una barrera de acceso para la población, y refleja la inequidad, y falta de justicia en la contribución del financiamiento en salud ⁽²²⁾.

Por otro lado los mecanismos de contribución para el financiamiento en México se realizan a través de 3 formas: 1) recaudación del estado mediante impuestos generales y específicos; 2) cotizaciones a la seguridad social a través del impuesto sobre la nómina e impuestos de otra índole y 3) pagos privados como pagos directos y pagos de primas de seguros privados.

Uno de los grandes problemas es la recaudación de ingresos tributarios, lo que limita los recursos disponibles para financiar públicamente la atención a la salud y otras formas de protección social ⁽²¹⁾.

Debido a que en México existe un amplio sector informal, lo que imposibilita recolectar de manera efectiva los impuestos a la nómina y al consumo, que genera una disminución en los ingresos del gobierno.

Por esta razón la recaudación vía ingresos tributarios es una de las tasas más bajas (19.5%) como proporción de su Producto Interno Bruto (PIB), mientras que el promedio de los países pertenecientes a la OCDE es de 34.45 del PIB. Las cotizaciones vía la seguridad social, recaudan tan sólo una tercera parte –3.2%– de lo que ingresa el promedio de la OCDE -9.1%-, secundario a que seis de cada 10 mexicanos labora en la informalidad ⁽²³⁾.

La Mancomunación de los fondos del Sistema de Salud Mexicano que proceden del gasto público, se canalizan a las distintas instancias gubernamentales encargadas de administrar estos recursos a través de ramos presupuestarios, como el ramo 33 (R33), creado en 1998, corresponde a un grupo de siete fondos de aportaciones federales con fines sociales, entre ellos el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Estos recursos son transferidos a las entidades federativas y a los municipios, quienes los administran ⁽²⁴⁾. El ramo 12 (R12) se refiere a recursos asignados a las instancias gubernamentales implicadas directamente en el combate a la pobreza, como es el caso de la Secretaría de Salud o el programa IMSS-Prospera. Estos recursos son manejados por la Secretaría de Salud. El ramo 19 (R19) agrupa las aportaciones destinadas a la seguridad social, que son manejadas por las instituciones que corresponden a este sector ⁽²⁴⁾.

Sin embargo, la fragmentación institucional del Sistema de Salud Mexicano afecta todos los niveles de la estructura de financiamiento, desde cómo se contribuye y cuánto se destina del presupuesto federal a cada institución, cuántos fondos se tienen para mancomunar riesgos, y hasta la forma en que se pagan salarios, se presupuestan los servicios, se decide qué medicamentos o tecnologías comprar, qué infraestructura construir y cómo se utilizan los recursos ⁽²⁵⁾.

Asimismo, todavía se está trabajando en cómo lograr tener un fondo único de recursos en salud. Para ello es necesario identificar para cuáles riesgos es necesario mantener los recursos en un fondo o reserva gestionados a nivel federal y para cuáles rubros es posible transferir la coordinación, adquisición y prestación de los servicios a la Secretaría de Salud y otras instituciones del sistema de salud ⁽²⁵⁾.

La última función de un financiamiento es la provisión de servicios en salud y está relacionada con las decisiones de qué comprar, a quién comprar y cómo comprar. En este aspecto, en el sistema de salud de México, no existe una separación real entre las funciones del comprador y del prestador de los servicios de salud. Cada institución de salud es una unidad productora de servicios de salud (consultas, procedimientos, cirugías, etc.) y en algunos casos cuando la compra de servicios se realiza mediante la subrogación en servicios faltantes ⁽²¹⁾. Esta no separación real de funciones entre el comprador y del prestador ha impedido el desarrollo de un conjunto de incentivos capaces de fomentar la eficiencia, la productividad y una mejor calidad de la atención.

Y por último en lo que respecta a la provisión de servicios, el mayor reto de la atención es cubrir a toda la población, sobre todo la que no se encuentra afiliada a un régimen de Seguridad Social ⁽²⁶⁾. El sistema de atención en salud en México supedita la provisión de servicios en salud al estatus laboral. El sector formal por ley es incluido en el régimen de Seguridad Social y la población abierta o informal, es atendida por el sistema de protección social a través de una red de hospitales de la Secretaría de Salud (SSa) ⁽²⁷⁾.

2.-SITUACIÓN CONTEXTUAL

2.1 Comunidad de Puerto Arista Chiapas

2.1.1 Datos geográficos: Ubicación, extensión territorial y límites.

Es una localidad que se ubica en la región Istmo-Costa, en el 21 km al suroeste de Tonalá, del estado de Chiapas México, sobre la costa del Océano Pacífico en la región istmo costa, al norte de la región soconusco ⁽²⁸⁾.

Considerado como uno de los principales destinos turísticos en el estado, por sus 32 kilómetros de extensas playas ⁽²⁸⁾.

La ubicación en el globo terráqueo de esa localidad es bajo las siguientes coordenadas: 15° 56' 14" latitud norte y 93°48' 35" latitud oeste. Su extensión territorial es de 63 kms., con los siguientes límites, al Norte con el canal del Capulín y la Colonia Miguel Hidalgo No.2#, al Sur con el Océano Pacífico y Boca del Cielo, al este con la colonia Cabeza de Toro, al Oeste con el Océano Pacífico ⁽²⁹⁾.

2.1.2. Marginación y rezago social

Tonalá, cabecera municipal de la comunidad de Puerto Arista, es uno de los municipios donde existe mayor pobreza respecto al estado de Chiapas. En este se concentra más del 2% de población en pobreza a comparación con los otros municipios del estado ⁽³⁰⁾. La comunidad de Puerto Arista es considerada una zona rural, que para el 2010 contaba con un grado de marginación alto ⁽³¹⁾.

Estos son los siguientes indicadores de marginación social y rezago social de la comunidad:

El 14.63% de la población de 15 años o más es analfabeta, el 36.86% de la población de 15 años o más no cuenta con primaria completa, y el 3.45% de la población de 6 a 14 años, no asiste a la escuela. Respecto a las condiciones de sus viviendas el 2.86% no tienen excusado, el 1.23% tampoco cuenta con energía eléctrica, el 85.25% carece de agua entubada debido a esto la mayoría de la población se abastecen de agua de pozo para la limpieza del hogar y manejo de desechos mientras que se ven obligados a la compra de garrafones de agua para el consumo. Por otro lado el 8.61% de las viviendas tienen piso de tierra, el 20.82% de las viviendas no disponen de refrigerador y el 35.1% no disponen de lavadora. Respecto a los servicios de salud el 32.1% de la población es población abierta, o sin derechohabencia a los servicios de salud ⁽³²⁾. En este rubro según la Sexta edición de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) realizada por el INEGI estimó que aproximadamente 102.3 millones de personas están afiliadas a servicios de salud, cifra que representa el 82.7% de la población total para el año 2017. En este aspecto el estado de Chiapas tuvo la cobertura más baja de

población derechohabiente en el IMSS con un (11.4%) y la cobertura más alta para el seguro Popular con un (79.8%). Por ende la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas se ubica en desventaja de tener mayor población sin derechohabencia respecto a la media nacional ⁽³³⁾.

2.1.3 Datos sociodemográficos

Para el año 2010 contaba con una población de 944 habitantes, 452 hombres y 492 mujeres ⁽³¹⁾.

En cuanto a su ocupación, el 19% se dedica al hogar, el 38% son estudiantes, el 2% son campesinos, el 23% son empleados, el 1% es profesional, el 14% son comerciantes, y el 3% son desempleados. ⁽²⁹⁾.

La economía de esta comunidad principalmente se basa en el comercio, que deriva de la pesca. En cuanto a sus ingresos el 41% de la población percibe menos de un salario mínimo al día y el 52% dos al día ⁽²⁹⁾.

2.1.4 Organizaciones sociales:

- **Agencia municipal:** Principal órgano representativo de la comunidad, funge como organismo encargado de la seguridad, y vigilancia del cumplimiento de las leyes y vela por los intereses de la comunidad.
- **Comité de salud:** Integrado por personal de la comunidad, cuenta con un presidente, un tesorero, un secretario, 5 vocales y un aval ciudadano. Su función es apoyar el Centro de Salud.
- **Sociedad de restauranteros:** Se encargan de la vigilancia y funcionamiento del servicio, cuenta con 34 restauranteros y un presidente.
- **Diversos comites** COPLADEM, Promejoras, etc.

2.1.5 Salubridad y asistencia social

La comunidad de Puerto Arista cuenta con una Unidad de salud de primer nivel de atención, perteneciente al Instituto de Salud del estado de Chiapas. El cual forma parte de la Jurisdicción Sanitaria VIII ⁽²⁹⁾.

Respecto al segundo nivel de atención se encuentra el Hospital General Dr. Juan C. Corzo, el cual se localiza en el municipio de Tonalá, localizada a 20 km de distancia aproximadamente ⁽²⁹⁾.

El centro de salud, cuenta con un médico de base quien labora de lunes a viernes, y un médico de contrato para los fines de semana. Asimismo, cuenta con médicos pasantes del servicio social asignados y distribuidos en diferentes horarios para la atención en salud. También cuenta con personal de enfermería de base y practicantes de enfermería asignados para apoyo de los médicos ⁽²⁹⁾.

El horario de consultas es de lunes a domingo de 08:00h a 15:00hrs y de 16:00hrs a 21: 00h con urgencias las 24h esta es una clínica cuyo el horario de atención se estableció así secundario al órdenes del entonces gobernador Juan Sabines. ⁽²⁹⁾

Respecto a las instalaciones de la clínica, la última remodelación se realizó en abril del 2010, las instalaciones de la unidad son rurales, cuenta con 2 plantas, un consultorio médico, central de enfermeras, una sala de espera, una sala de observación, una cuarto de hidratación, una área de estabilización, un área de descontaminación compuesta por baño y regadera, baños para los usuarios, área de archivos, una farmacia y en la planta alta se encuentra la residencia médica aún en obra gris⁽²⁹⁾.

2.1.6 Problemática en salubridad

Uno de los mayores problemas que existía en la clínica de la comunidad de Puerto Arista, ha sido la falta de medicamento e insumos necesarios para poder resolver sus padecimientos básicos en salud.

Dentro de los padecimientos básicos en salud más frecuentes estaban las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, infecciones de vías urinarias, dermatosis, hipertensión arterial y diabetes mellitus, entre otras ⁽²⁹⁾.

Ante la falta de medicamentos e insumos necesarios para atender las enfermedades antes mencionadas, los pobladores tenían que desplazarse a farmacias privadas alejadas de la comunidad para poder adquirirlos. Esto les ocasionaba gastos no solo de los medicamentos, sino también gastos en el transporte. Como respuesta ante esta situación los pobladores de la comunidad junto con sus autoridades lograron organizarse y establecer un acuerdo, el cual consistió en la creación de un financiamiento a nivel colectivo, que incluyera a los pobladores de la comunidad, y de otras comunidades. El acuerdo consistió en la aportación de una cuota fija por consulta, independiente del padecimiento. Inicialmente, se estableció una cuota de 20 pesos por consulta para las personas de la comunidad y 30 pesos para los externos ⁽²⁹⁾.

El propósito de la contribución fue que todo lo recaudado se utilizara para atender las necesidades en salud de la población, lograr adquirir el medicamento y los insumos necesarios para su atención en salud y mejorar la infraestructura de la clínica, incluyendo los gastos en mantenimiento. Su propósito también consistía en mejorar el uso de los servicios de salud, y contribuir en que la población no tuviera elevados gastos en salud al tener que comprar en farmacias privadas. En este aspecto, las figuras de autoridad de la comunidad, establecieron un convenio con la farmacéutica privada subrogada por el estado con el fin de adquirir los medicamentos a un precio más accesible respecto a las farmacias privadas lejanas a la comunidad. Actualmente este financiamiento continúa en la comunidad. Sin embargo, la cuota establecida ha tenido aumentos para poder adaptarse a la creciente demanda en salud y poder resolver todas las necesidades que la población enfrenta ⁽²⁹⁾.

CAPÍTULO 2.- MARCO TEÓRICO

2.1 FINANCIAMIENTO EN SALUD

Desde la perspectiva de gestión y políticas en sistemas de salud, en este apartado se desarrolla el término de financiamiento comunitario, el cual se fundamenta en el concepto de financiamiento en salud.

El financiamiento en salud está integrado en el marco de los sistemas de salud. De acuerdo con la OMS en su informe sobre la salud en el mundo 2000, los sistemas de salud deben de cumplir con cuatro funciones y tres objetivos principales para su desempeño hacia la cobertura universal. Estas funciones son la Provisión de servicios, la Generación de recursos, el Financiamiento y la Gestión. Y los tres objetivos son la generación de salud, la equidad en las contribuciones financieras y la capacidad de respuesta a las expectativas no médicas de las personas ⁽⁶⁾. En el siguiente esquema se ejemplifica la relación entre las funciones y los objetivos de un sistema de salud.

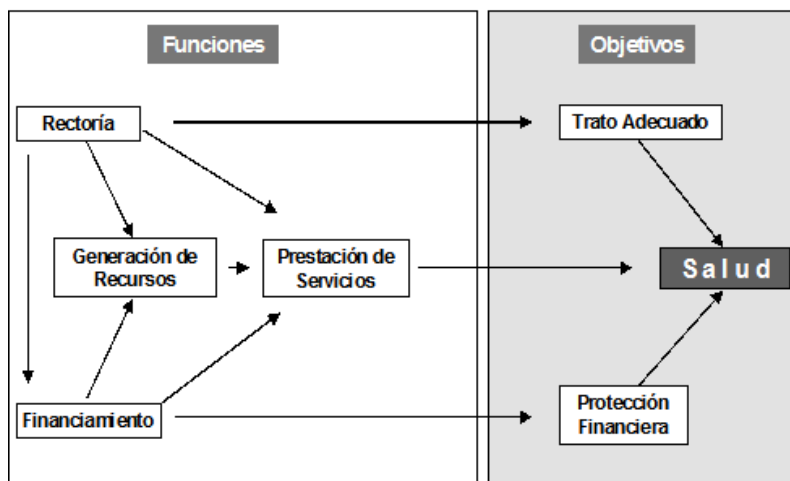


Figura 1. Relación entre la función y los objetivos en un sistema de salud.- Fuente: OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. Ginebra, Suiza. 2000. P 253. Cap. 2. ¿Cuán bueno es el desempeño de los Sistemas? Pp. 27. (Figura. 2.1.)

1. **La recaudación o recolección de ingresos** que se refiere a quién paga, el tipo de pago que se realiza y quién lo cobra. Los elementos que lo componen son: a) Las fuentes de financiamiento (quién financia la salud), b) los mecanismos de contribución o recaudación y c) Las organizaciones que se encargan de recolectar el dinero ⁽¹⁸⁾.
2. **La acumulación en fondos** y administración de los ingresos en un fondo común, se refiere a la acumulación del dinero en fondos para disminuir el riesgo financiero de pagar la atención en salud, el objetivo es que el riesgo sea compartido por todos los miembros del fondo y no haya un riesgo individual.” ⁽³⁴⁾.
3. **La compra de servicios o provisión de servicios**, como sub-función del sistema de salud, está relacionada con las decisiones de qué comprar, a quién comprar y cómo comprar ⁽³⁵⁾.

De acuerdo con esto, la OMS establece que los sistemas de financiamiento deben estar diseñados específicamente para: brindar a todas las personas funciones básicas como acceso a los servicios de salud necesarios (incluida la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras ⁽¹⁾.

Existen varios modelos de financiamientos en salud conocidos para implementar estas funciones básicas como: los sistemas nacionales de servicios de salud, los fondos de seguro social de salud, los seguros de salud voluntarios privados, los seguros de salud comunitarios y las compras directas por parte de los consumidores ⁽³⁶⁾.

Todos los sistemas de financiamiento de la salud intentan cumplir los objetivos planteados en la figura 1, pero la evidencia revisada muestra que no hay un solo camino. Debido que los países operan en contextos económicos, culturales, demográficos y epidemiológicos muy diferentes ⁽³⁶⁾.

El desarrollo de sus sistemas de provisión de salud y financiamiento, y las soluciones óptimas a los desafíos que enfrentan, continuarán siendo fuertemente influenciados por estos y otros factores históricos, así como también por consideraciones de economía política ⁽³⁶⁾.

En este contexto son varios los factores hacen que las opciones de políticas para financiar la atención médica en países de ingresos bajos ingresos sean diferentes a las de aquellos con niveles de ingresos más altos. Los países de bajos ingresos a menudo tienen una gran población del sector rural e informal, lo que limita la capacidad fiscal de sus gobiernos ⁽³⁷⁾.

Es por eso por lo que muchos de estos países de bajos ingresos han mirado hacia el desarrollo de planes de seguro de salud a pequeña escala y sin fines de lucro para personas fuera del empleo en el sector formal, donde el financiamiento comunitario es popular por varias razones.

En primer lugar, los fondos limitados de impuestos y las dificultades del seguro social de salud en ausencia de un mercado laboral formal sustancial significan que a menudo se piensa que se necesitan formas alternativas de agrupación de riesgos. En segundo lugar, estos esquemas pueden ser especialmente necesarios en muchos países de ingresos bajos y medianos, donde el pago directo es alto. En tercer lugar, muchos países han tenido históricamente mecanismos de agrupación de riesgos a nivel comunitario, aunque a menudo para otros tipos de pérdida (como la pérdida de un ser querido o una discapacidad), se puede considerar que el seguro de salud basado en la comunidad extiende estos acuerdos más tradicionales ⁽³⁸⁾.

2.2 CONTEXTO DE LOS FINANCIAMIENTOS COMUNITARIOS EN SALUD

La mayoría de estos esquemas evolucionaron en el contexto de severas restricciones económicas, inestabilidad política y falta de gobernanza. Países donde por lo general, la capacidad tributaria del gobierno es débil, los mecanismos formales de protección social para las poblaciones vulnerables están ausentes, y se carece de la supervisión gubernamental del sector de salud en el sector informal. En este contexto de fracaso extremo del sector público, la participación de la comunidad en el financiamiento de la atención de salud proporciona un primer paso crítico, aunque insuficiente, en la

larga marcha hacia un mejor acceso a la atención de salud para los pobres y la protección social contra el costo de la enfermedad ⁽³⁷⁾.

Los esquemas de financiamiento comunitario en salud deben considerarse como un complemento, no como un sustituto, de una fuerte participación del gobierno en el financiamiento de la atención médica y la gestión de riesgos relacionados con el costo de la enfermedad. ⁽³⁷⁾

2.3 DEFINICIONES DE FINANCIAMIENTO COMUNITARIO EN SALUD

En la literatura, el término financiamiento comunitario se ha convertido en un concepto global utilizado para cubrir una gran variedad de acuerdos de financiamiento de la salud ⁽³⁹⁾.

El financiamiento comunitario definido por Dror y Preker (2002) "es una expresión genérica utilizada para describir una gran variedad de acuerdos de financiación de la salud... "microseguros, fondos de salud comunitarios, organizaciones de salud mutuas, seguro de salud rural, fondos de medicamentos rotatorios y participación comunitaria en la gestión de tarifas de usuarios" ⁽⁷⁾.

Guy Carring, et al; lo definen como el mecanismo que permite que los hogares en una comunidad (la población en una aldea, distrito u otra área geográfica, o un grupo de población socioeconómica o étnica) financien o cofinancien los costos actuales y / o de capital asociado a un conjunto dado de servicios de salud y al mismo tiempo, se espera que ganen participación en la gestión del esquema de financiamiento y la organización de los servicios de salud ⁽⁷⁾.

Agudelo C. define qué el financiamiento comunitario de un programa o servicio de salud suele corresponder a una de las formas siguientes: a) aporte monetario; b) labor comunitaria, y c) aporte de materiales ⁽¹⁴⁾.

En este sentido una característica común de las definiciones es el papel predominante de la acción colectiva en la recaudación, la agrupación, la asignación o la compra y la supervisión de la gestión de los acuerdos de financiamiento comunitario en salud, incluso cuando existe una interfaz con los programas gubernamentales y servicios en términos de subsidios, cobertura de seguro complementario o acceso a redes públicas de proveedores ⁽³⁷⁾.

Algunos esquemas de financiamiento comunitario cubren entidades geográficas comunes, mientras que otros se basan en afiliaciones profesionales, religión o alguna otra actividad conjunta. Una segunda característica común se relaciona con los beneficiarios de estos esquemas, que tienden a ser poblaciones sin otra protección financiera o acceso a un acuerdo de financiamiento colectivo para cubrir el costo de la atención médica. Una tercera característica común es la naturaleza voluntaria de estos esquemas y la tradición de autoayuda y movilización social adoptada por los pobres en muchos países de bajos ingresos ⁽³⁷⁾.

Nosotros retomaremos la definición establecida por Dror y Preker (2002), porqué consideramos que es la que más se adapta al contexto de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

2.4 MARCO DE PREKER Y CARRING PARA EL ANÁLISIS DE LOS FINANCIAMIENTOS COMUNITARIOS EN SALUD

Para analizar, el financiamiento comunitario de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas., retomaremos una parte del marco de análisis de los financiamientos propuesto por los autores Alexander S. Preker and Guy Carrin.

Su trabajo se basa en el marco del documento de estrategia de reducción de la pobreza (PRSP) del Banco Mundial (Claeson y otros, 2001). Los autores realizan una versión modificada de este marco, donde consideran que la financiación comunitaria tiene tres objetivos independientes:

- Movilizar recursos financieros para promover una mejor salud y para diagnosticar, prevenir y tratar enfermedades conocidas;
- Proteger a las personas y los hogares contra el costo financiero directo de la enfermedad cuando se canaliza a través de mecanismos de riesgo compartido y
- Dar a los pobres una voz en sus propios destinos y hacerlos participantes activos para salir de la exclusión social en la que a menudo se encuentran atrapados ⁽³⁷⁾.

Nosotros utilizaremos este marco debido a que los autores logran retomar una gran cantidad de experiencias de financiamientos comunitarios, 43 estudios, estos realizados en regiones de Asia, África, y América Latina. De estos 43 estudios, 5 eran documentos conceptuales, 7 eran documentos comparativos a gran escala (analizando cinco o más esquemas de financiamiento de comunitarios en salud) y los 31 restantes fueron estudios de caso de financiamientos comunitarios. El desglose regional de los estudios de caso fue de 15 en África, 11 en Asia y 4 en América Latina. Donde los clasifican en (3) rubros, abarcando sus características técnicas de diseño, sus características técnicas de gestión, y sus características organizacionales donde a su vez cada uno de estos rubros se compone de varios elementos, que se presentan a continuación ⁽³⁷⁾.

Tabla 1. Marco de Preker y Carring para el análisis de los financiamientos comunitarios en salud.

<p>Características Técnicas de diseño</p>	<p>1. Mecanismos de recaudación de ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio • Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias • Grado de progresividad de las aportaciones
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidios para cubrir a los pobres <p>2. Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tamaño del fondo • Número de fondos • Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos <p>3. Asignación de recursos o acuerdos de compra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demanda (por quién comprar) • Oferta (qué comprar, en qué forma y qué excluir) • Precios y regímenes de incentivos a qué precio y cómo pagar)
<p>Características Técnicas de gestión</p>	<p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo • Capacidades (habilidades de gestión) <p>Cultura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de gestión (arriba, abajo o consensual) <p>Estructura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plana o jerarquizada <p>Acceso a información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiera, fuentes, información en salud.
<p>Características Organizacionales</p>	<p>Formas organizacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Economías de escala y alcance • Relaciones contractuales <p>Régimen de incentivos organizacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales. <p>Integración organizacional/ fragmentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horizontal/Vertical

Fuente: Figure 2.1, Analytical Framework. Imagen. Jakab M & Krishnan C. Chapter 2. Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing Editors Preker AS & Carrin G. Health Financing for Poor People. Resource Mobilization and Risk Sharing. Washington, D.C.: World Bank. 2003. P 58.

Para la realización de esta investigación se retomó una versión modificada del marco de Preker et al, abarcando únicamente las características de diseño y organización.

Las características técnicas de diseño, abarcan las tres principales funciones de un financiamiento en salud: La recaudación de ingresos, los arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos y la asignación de recursos o acuerdos de compra.

1. Mecanismos de recaudación de ingresos

Los mecanismos de recaudación de ingresos se definen como los procesos para recaudar u obtener recursos en salud, y se refiere específicamente a quién paga, el tipo de pago y quién lo cobra e incluye las fuentes de financiación, los mecanismos de contribución y agentes de recaudación ⁽¹⁸⁾.

Como fuentes de financiamiento nos referimos a las entidades que proporcionan los fondos para la salud ⁽⁴⁰⁾.

Los mecanismos de contribución se refieren a quiénes contribuyen al sistema y a través de qué formas contribuyen ⁽⁴⁰⁾.

Los agentes financiadores (HF) o agentes de recaudación: son los que captan los recursos de fuentes diversas y los utilizan en la compra de bienes y servicios de salud, y son los responsables de controlar la forma en que se gastan los recursos. En ocasiones pueden llegar a fungir como sus propios dotadores de fondos ⁽⁴⁰⁾.

- **Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio.**

Como nivel de prepago entendemos: al pago anticipado que permite a los miembros del financiamiento pagar por adelantado los costos promedio esperados, aliviándolos de la incertidumbre y asegurando una compensación en caso de que ocurra una pérdida. La combinación combinada con el pago anticipado permite el establecimiento de seguros y la redistribución del gasto en salud entre individuos de alto y bajo riesgo (subsidijs de riesgo) e individuos de altos y bajos ingresos (subsidijs de capital) ⁽³⁶⁾.

Hay una falta de claridad en la definición precisa de las tarifas de los usuarios, así como una falta de distinción entre las tarifas de los usuarios y los pagos de bolsillo por los costos incurridos en el uso de los servicios de salud ⁽³⁶⁾.

Nosotros tomaremos la definición clásica de las finanzas públicas, las tarifas a los usuarios son cargos por servicios prestados públicamente ⁽³⁶⁾.

- **Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias.**

Como contribución nos referimos a las aportaciones que se realizan al financiamiento comunitario.

- **Grado de progresividad de las aportaciones**

Tarifa. Se define a las tarifas como las tablas o catálogos de precios, derechos o impuestos que se deben pagar por algún servicio o trabajo que se realice, existen diversos tipos de tarifas y las definiciones de estas se desprenden de diversas disposiciones jurídicas ⁽⁴⁰⁾.

Una tarifa plana es una modalidad en la que el cliente o usuario paga una cuota fija por un servicio, sin importar el nivel de consumo de dicho servicio ⁽⁴⁰⁾.

Las primas de tarifa plana en los financiamientos comunitarios se ha observado que facilitan la recolección de ingresos, reduce el margen de manipulación y contribuye a los bajos costos de transacción ⁽³⁷⁾.

- **Subsidios para cubrir a los pobres**

La intervención de los gobiernos, a través de subsidios, asistencias técnicas e iniciativas para vincular los esquemas comunitarios con un financiamiento más formal de la salud, es importante para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de los esquemas de financiamientos comunitarios ⁽⁴¹⁾.

En un financiamiento comunitario sin subsidios, la movilización de recursos es limitada cuando todos los miembros de la piscina o del fondo son pobres ⁽⁴¹⁾.

Entendemos como subsidio a un apoyo de carácter económico que el Estado concede a las actividades productivas de los particulares con fines de fomento durante periodos determinados y que se considera como la especie del género denominado subvención ⁽⁴⁰⁾.

2.- Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos

La OMS define la mancomunación o acumulación en fondos (Fund Polling) como “la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual ^{(42) (34)}”.

- **Tamaño del fondo**

Existe una amplia variación en el tamaño y número de grupos de riesgo. Además, la protección que puede proporcionar el tamaño del fondo, en la mayoría de los casos, es obstaculizada por el pequeño tamaño de este. Aunque el tamaño varía ampliamente (de varias docenas de miembros a varios millones), la mayoría de los esquemas son muy pequeños. Basado en 85 casos, el estudio ILO / STEP encuentra que el 22 por ciento de los esquemas tienen menos de 100 miembros, casi el 70 por ciento tiene menos de 2,000 miembros y el 83 por ciento tiene menos de 10,000 miembros (OIT y STEP 2002) ⁽⁴³⁾.

Además, la cobertura efectiva de la población dentro de una comunidad dada es muy limitada: aproximadamente el 10 por ciento de la población objetivo, en promedio, según Ekman (2004), y un 8,2 por ciento según Waelkens y Criel (2004), según los datos disponibles para 103 esquemas en África subsahariana ⁽⁴³⁾.

Preker et al, concluyen en su revisión que la proporción de la cobertura efectiva en la población local total de todos estos esquemas de financiamiento comunitario variaron de menos del 1 por ciento al 90 por ciento. Pero que el nivel promedio de esta cobertura fue del 37 por ciento ⁽⁴¹⁾.

Por lo que tomando de referencia estas cifras se establece que el financiamiento comunitario, debe de cubrir por lo menos al 37% de la población ⁽⁴¹⁾.

- **Número de fondos**
Como fondos se refiere al mecanismo de agrupación de los recursos ⁽⁴³⁾.
- **Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos.**

Como transferencia de riesgo entendemos al concepto básico del pago de una prima por alguien que no es capaz de soportar una pérdida, a una empresa que se compromete en acuerdo a los términos de la póliza a cubrir esta pérdida ⁽⁴⁴⁾.

3.-Asignación de recursos o acuerdos de compra

Los acuerdos de compra o asignación de recursos, como sub-función del sistema de salud, está relacionada con las decisiones de qué comprar, a quién comprar y cómo comprar” ⁽³⁵⁾.

La función de comprar y asignación de recursos de los esquemas de financiamiento comunitario es menos discutida en la literatura que otros aspectos de sus operaciones. Algunos esquemas se basan en el reembolso de terceros a los miembros; otros pagan directamente a los proveedores. A menudo, el financiamiento sostenible está asociado con la capacidad de la comunidad para negociar tarifas preferenciales con proveedores.

En este apartado se manejan los siguientes aspectos:

- Demanda (por quién comprar o para quién comprar)
- Oferta (qué comprar, en qué forma y qué excluir)
- Precios y regímenes de incentivos (a qué precio y cómo pagar)

Características organizacionales

En este aspecto Preker et al, subraya que la mayoría de los esquemas comunitarios son configuraciones organizativas distribuidas que se adentran en los sectores rurales e informales ⁽⁴¹⁾. Dentro de estas configuraciones organizativas encontramos características importantes las siguientes:

Una característica organizacional importante en los esquemas de financiamiento son los proveedores, porque son un determinante importante del desempeño de los esquemas de financiamiento comunitario. Debido a que los esquemas que tienen un acuerdo de asociación duradera o un acuerdo contractual con los proveedores pueden negociar tarifas preferenciales para sus miembros. Esto, a su vez, aumenta el atractivo del esquema para la población y contribuye a niveles de membresía sostenibles ⁽⁴¹⁾.

Las tarifas negociadas permiten que los esquemas ofrezcan beneficios considerables con tasas de contribución aceptables. Esto hace que los esquemas sean muy atractivos para la población y explica la alta tasa de penetración entre los grupos objetivo (Atim, 1998) ⁽⁴¹⁾.

Los vínculos estrechos con los proveedores también permiten a la comunidad monitorear el comportamiento de los proveedores y ejercer presión social sobre ellos. Esto puede conducir a ganancias de eficiencia, permitir que los esquemas utilicen los recursos para una mejora notable del servicio, lo que a su vez aumenta el atractivo de los esquemas para la población y es la piedra angular de la sostenibilidad ⁽⁴¹⁾.

Otra característica organizacional importante son los vínculos o la relación del financiamiento comunitario con otros esquemas, en particular con el sistema de salud del gobierno nacional y / o el sistema de seguridad social ⁽⁴¹⁾.

1.- Formas organizacionales

- **Economías de escala y alcance:**

Las economías de escala, entendidas dentro del contexto de los seguros en salud, implican que el costo medio de producción disminuye a medida que aumenta la cantidad producida. En este sentido, conviene destacar que existen dos tipos de economías de escala. Las que surgen cuando se incrementan todos los productos son referidas como economías globales de escala (EGE). Por su parte, si el costo medio de producción de un producto en particular disminuye con incrementos en su cantidad producida, se tienen economías específicas de escala (EEE). Aun cuando estos conceptos son sinónimos para el caso de un sólo producto, ambos tipos de economías de escala pueden estar presentes cuando se produce más de un producto ⁽⁴⁵⁾.

Economías Globales de Escala (EGE): Las EGE ocurren si los costos totales de producción se incrementan en menor proporción de lo que aumenta el volumen producido de todos los productos ⁽⁴⁵⁾.

Economías Específicas de Escala (EEE): Las EEE se presentan si se observa una reducción en el costo unitario de producir un producto específico, a medida que aumenta el volumen producido del mismo ⁽⁴⁵⁾.

Economías de alcance: De manera similar a lo que ocurre con las economías de escala, se pueden distinguir dos tipos de economías de alcance: las Economías de Alcance Globales (EAG) y las Economías de Alcance Específicas (EAE). Economías de Alcance Globales (EGA) Para una cierta combinación de productos, las EGA están presentes si los costos totales de la producción conjunta son menores que la suma del costo de producir cada producto independientemente ⁽⁴⁵⁾.

Economías de Alcance Específicas (EAE) Siguiendo a Clark (1988), las EAE se refieren a las economías que surgen de la producción conjunta de un producto particular con otros productos. Empíricamente, las EAE son generalmente calculadas para pares de productos, buscando detectar posibles complementariedades en costos, las cuales se observan si el costo marginal de producir un producto disminuye cuando es producido junto con otro ⁽⁴⁵⁾.

- **Relaciones contractuales**

Entendemos a las relaciones contractuales que se establecen en los seguros de salud, tanto sociales como comunitarios, como la instauración de un documento legal que establece que los contratos otorgan derechos e imponen responsabilidades para las partes interesadas. Sólo se le da el derecho a demandar unos a otros de acuerdo a los términos del contrato ⁽⁴⁶⁾.

2.- Régimen de incentivos organizacionales

- **Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales.**

En este aspecto Preker et al, subraya que los regímenes de incentivos en los financiamiento comunitarios incluyen: (a) derechos de decisión extensos, (b) acuerdos internos sólidos de responsabilidad con los miembros o la organización comunitaria de padres, (c) capacidad para acumular reservas limitadas si los esquemas son exitosos pero los no exitosos a menudo solicitan rescates a los gobiernos (d) factor principal- exposición al mercado ya que pocos esquemas superpuestos compiten entre sí en el mercado de productos, y alguna cobertura limitada para poblaciones de indigentes a través de subsidios comunitarios gubernamentales ⁽³⁷⁾.

3.- Integración organizacional/ fragmentación o diferenciación

- **Horizontal/Vertical**

Este apartado se refiere a la estructura de un sistema, la cual es la resultante de la subdivisión o factorización de sus metas globales en una escala jerárquica de subsistemas menos complejos. Cada subsistema contribuye al logro de los fines del sistema inmediato superior, hasta concluir en el logro de las metas globales del sistema ⁽⁴⁷⁾.

La estructura del sistema tiene dos elementos clave, la diferenciación o fragmentación y la integración.

Según Lawrence y Lorsch, cada departamento o subsistema, se especializa orientándose hacia sus metas particulares e interactuando cada uno de ellos, con entornos particulares, es decir, existe un proceso de necesaria diferenciación interna. A través del concepto de diferenciación podemos explicar cuáles son las características idiosincrásicas propias del funcionamiento de cada área o departamento de una organización ⁽⁴⁷⁾.

Existen tres tipos de diferenciación. Las empresas pueden subdividirse horizontalmente en un número creciente de posiciones distintas a un mismo nivel, verticalmente en un número creciente de jerarquías, y espacialmente mediante un número creciente de situaciones distintas en el espacio ⁽⁴⁸⁾.

- **Diferenciación horizontal**

Hace referencia a la división del trabajo en áreas y sub-tareas a un mismo nivel organizacional, y viene representada por un número de individuos o unidades que lo configuran. Con el incremento en la especialización de las tareas, como en el aumento de las credenciales profesionales específicas y la formación especializada, existirán mayores niveles de diferenciación horizontal ⁽⁴⁸⁾.

- **Diferenciación vertical.**

Hace referencia a la división del trabajo según su nivel de autoridad, jerarquía o cadena de mando y es conocido como proceso escalar. Aquí el trabajo se divide según la autoridad que tiene cada unidad o persona sobre otra unidad o persona de la organización, estando ésta diferenciación representada por el número de niveles distintos en una empresa ⁽⁴⁸⁾.

Por otro lado la integración se refiere al esfuerzo para coordinar la acción de las subunidades, con el fin de llegar a obtener un resultado global.

Cuanto más complejos son los problemas de integración (ya sea por la diferenciación acentuada o por las presiones ambientales) más medios de integración serán utilizados ⁽⁴⁷⁾.

CAPÍTULO 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reto del financiamiento en el sistema de salud es obtener los fondos suficientes para garantizar que todas las personas tengan acceso a la salud pública efectiva y que logre resolver sus necesidades en salud. Sin embargo, uno de los problemas a tratar consiste en la insuficiencia de recursos financieros para garantizar la cobertura universal a toda la población, o bien al menos proveer un conjunto de servicios básicos en los entornos de ingresos bajos

Estos entornos engloban principalmente al sector rural y al sector informal, sectores que en su mayoría carecen de seguridad social, por lo que tienen que financiar el costo de la atención de su salud de manera directa trayéndoles consecuencias como elevados gastos de bolsillo y con ello gastos catastróficos y al empobrecimiento, gastos que pueden vulnerar el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física.

Ejemplo de esta situación es el caso de la comunidad de Puerto Arista, donde la mayoría de la población es rural, no asegurada y de ingresos bajos y que a pesar de contar con una unidad médica pública, se enfrentan ante el problema de la falta de insumos y medicamentos entre otras cosas,

debido a esto surge como respuesta social la iniciativa colectiva para crear un financiamiento comunitario con el objetivo de contribuir de alguna manera a atender las necesidades en salud de la población, mejorar el uso de sus servicios y que no tuvieran que enfrentar elevados gastos en salud.

Consecuentemente existe una necesidad de conocer el financiamiento de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas; por una parte para entender cómo está organizado, y como está diseñado y por otro lado la urgencia de saber si la aportación de cuotas que se da al financiamiento representa un porcentaje alto de sus gastos en salud que tenga alguna repercusión en la economía de los hogares de la comunidad, esto debido a que como se mencionó previamente la cuota se ha incrementado y la mayoría de los pobladores ganan menos de un salario mínimo al día, aunado a que la mayoría de la población se encuentran dentro de los primeros deciles de ingresos.

Como tal la importancia de investigar estas alternativas radica en que constituyen opciones potenciales que podrían contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud, disminuir los altos costos en salud y con ello los riesgos de empobrecimiento sobre todo en los sectores de población rural o sin seguridad social, los cuáles son los que tienen mayores gastos directos en salud, además de poder mejorar la inclusión de estos sectores.

En este contexto, los financiamientos comunitarios en salud han sido poco explorados en la literatura y en México aún no se han encontrado casos que nos ayuden a conocer y entender cómo funcionan.

CAPÍTULO 4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo tanto, es de mi interés estudiar:

¿Cuáles son las características de diseño y organización del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas? Y ¿Cuánto representa la proporción de la aportación de cuotas al financiamiento respecto al gasto en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas, según el nivel socio económico de los hogares en el periodo 2019-2020?

CAPÍTULO 5.-OBJETIVOS

Objetivos generales

- Explorar las características de diseño y organización del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas.
- Analizar la proporción de la aportación de cuotas al financiamiento respecto al gasto en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas, según el nivel socio económico de los hogares en el periodo 2019-2020.

Objetivos específicos:

- Describir los mecanismos de recaudación de ingresos, los arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos y la asignación de recursos o acuerdos de compra.
- Describir las formas organizacionales, régimen de incentivos organizacionales e Integración organizacional/ fragmentación.
- Estimar el ingreso/gasto de los hogares que aportan al financiamiento de la comunidad de Puerto Arista Chiapas en el periodo 2019-2020.
- Clasificar a los hogares de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas por nivel socioeconómico (según la ENIGH 2018) en el periodo 2019-2020.

CAPÍTULO 6.- METODOLOGÍA

Diseño de estudio: Estudio de caso.

Clasificación del estudio de caso: Intrínseco de casos.

Categoría: Exploratorio.

Para esta investigación se realizó un estudio de caso del financiamiento comunitario en salud de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Muy por el contrario al inicio de una investigación sistematizada, este estudio de caso nace más como producto de una casualidad, que por una iniciativa o investigación previa de los financiamientos comunitarios en salud, debido a que fue el hecho de que realizara mi servicio social como médico pasante de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas durante un año, lo que me puso en la circunstancia indicada para que yo pudiera de observar este caso.

Para ejemplificar un poco más como se me presentaron estas circunstancias citaré las palabras que el Médico Responsable de la clínica dijo en mi primer día del servicio social tal cual quedaron grabadas en mi memoria:

“Um doctora ese es su escritorio pa que de consulta, ya tiene paciente esperando eee, aquí tiene hojas para las notas y ya no más le da la receta a M pa que ella la surta. (Silencio)(Se aproxima a la puerta) ¡Ah sí! Aquí no es como en otras comunidades, aquí tenemos acuerdos internos, aquí no se les da comida a los pasantes porque eso no le gusta a la comunidad, aquí hay un pago que el paciente da y con ese pago sirve pa su medicamento que es lo que más se necesita, para a clínica y también para ustedes pa los pasantes como una ayuda, ya después irá viendo cómo funcionan las cosas...”

Ese fue mi primer acercamiento podría decir un poco obtuso con el financiamiento.

Finalmente la oportunidad que me brindo la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, de haber estado involucrada durante un año en este proceso me dieron la experiencia y la claridad para poder hablar de este caso en particular.

Por otro lado al darnos cuenta de la complejidad que exige la naturaleza de un financiamiento comunitario, nos llevó a abordar el estudio en dos componentes, uno cualitativo y otro cuantitativo, donde el primer componente exploró la organización y el diseño del financiamiento comunitario en salud. Mientras que el segundo componente analizó la proporción de la aportación de cuotas al financiamiento respecto al gasto en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas, según el nivel socio económico de los hogares.

Población de estudio: Hogares de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Sitio de estudio: Comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Periodo: 2019 -2020

Objeto de estudio: El financiamiento comunitario en salud

Unidad de análisis: El caso de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

La unidad de análisis se estudió a través de dos unidades de observación.

1) Primera unidad de observación: Comité de salud de la comunidad que se encarga de manejar el financiamiento comunitario.

2) Segunda unidad de observación: Hogares que participaron en el censo poblacional de la comunidad del año 2019, en la comunidad de Puerto Arista, Chiapas

6.1 COMPONENTE CUALITATIVO

Para este componente se retoma una versión modificada del cuadro de Preker y Carring abarcando únicamente las categorías de diseño y de organización.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión para la primera unidad de observación: Comité de salud de la comunidad que se encarga de manejar el financiamiento comunitario.

Tipo de muestreo:

Se realizó una muestra de expertos ⁽⁴⁹⁾.

- Plan de recolección de la información: fue a través de entrevistas individuales semiestructuradas, realizadas personas que manejan el financiamiento comunitario en salud, de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.
- Fuentes de información: primaria

Procedimiento para la recolección de la información: Acorde con la metodología se localizaron a las personas encargadas de manejar el financiamiento comunitario, por medio de un informante clave. Se contactó individualmente a cada participante y se les explicó el propósito de la investigación en términos claros y sencillos, así como los impactos potenciales y beneficios de colaborar en el proyecto. De igual manera se les informó sobre su derecho a negarse o retirarse de la investigación en cualquier momento. Se aseguró a todos los participantes que la información proporcionada es confidencial y se utilizaría únicamente para fines de la investigación, también se les proporcionó un

número telefónico si tuvieran dudas. Por otro lado se les informó la posibilidad de ser informados sobre los resultados de la investigación una vez finalizada.

La invitación de las entrevistas se realizó de forma presencial, donde se concretaron las citas para posteriormente realizar la entrevista de acuerdo sus horarios.

Durante las entrevistas, las cuáles se realizaron en los lugares que ellos especificaron, y después de haberles entregado el consentimiento informado, se les hizo énfasis en que la entrevista sería grabada y que posiblemente habría otra conversación para validar con ellos la información obtenida de dicha entrevista, así como el interés de mantener el contacto.

Instrumento de recolección de datos

Se recolectaron los datos de carácter cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas con las siguientes categorías y subcategorías, definidas con base a las características de los financiamientos comunitarios en salud propuestas en el modelo de Preker y Carrington ⁽³⁷⁾.

Tabla 2. Categorías y Subcategorías apriorísticas de análisis del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición operacional
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	<p>A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos</p> <p>A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos</p> <p>A.3 Asignación de recursos o acuerdos de compra</p>	<p>A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos</p> <p>El proceso de recaudar u obtener recursos en salud, y se refiere específicamente a quién paga, el tipo de pago y quién lo cobra e incluye las fuentes de financiación, los mecanismos de contribución y agentes de recaudación ⁽¹⁸⁾.</p> <p>Como Fuentes de financiamiento nos referimos a las entidades que proporcionan los fondos para la salud ⁽³⁹⁾.</p> <p>Los mecanismos de contribución se refieren a quiénes contribuyen al sistema y a través de qué formas contribuyen ⁽⁴⁰⁾.</p> <p>Los Agentes financiadores (HF) o Agentes de Recaudación: son los que captan los recursos de fuentes diversas y los utilizan en la compra de bienes y servicios de salud, y son los responsables de controlar la forma en que se gastan los recursos ⁽⁴⁰⁾.</p>	<p>A 1.1</p> <p>Fuentes de financiamiento: Las personas o agentes que contribuyen con un pago al financiamiento.</p> <p>Mecanismos de contribución: El tipo de pago se da al financiamiento.</p> <p>Agentes de recaudación: Los encargados de cobrar este pago o los responsables de controlar la forma en que se usan los recursos.</p>

Categorías de análisis	Subcategorías Secundarias	Concepto	Definición operacional
<p>A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario</p>	<p>A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos</p> <p>B.1 Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio</p> <p>B. 2 Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias.</p> <p>B.3 Grado de progresividad de las aportaciones.</p> <p>B.4 Subsidios para cubrir a los pobres</p>	<p>B.1 Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio: El pago anticipado que permite a los miembros del financiamiento pagar por adelantado los costos promedio esperados, aliviándolos de la incertidumbre y asegurando una compensación en caso de que ocurra una pérdida ⁽³⁶⁾. Las tarifas a los usuarios son cargos por servicios prestados públicamente ⁽³⁶⁾.</p> <p>B.2 Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias: Como contribución nos referimos a las aportaciones que se realizan al financiamiento comunitario.</p> <p>B. 3 Grado de progresividad de las aportaciones: Contribución progresiva al financiamiento, comparado con una tarifa plana ⁽⁴⁰⁾. Una tarifa plana es una modalidad en la que el cliente o usuario paga una cuota fija por un servicio, sin importar el nivel de consumo de dicho servicio ⁽³⁷⁾.</p> <p>B.4 Subsidios para cubrir a los pobres: Entendemos como subsidio a un apoyo de carácter económico que el Estado concede a las actividades productivas de los particulares con fines de fomento durante períodos determinados y que se considera como la especie del género denominado subvención ⁽⁴¹⁾. En este caso la intervención de los gobiernos, a través de subsidios, no solo monetarios, también con asistencia técnica o iniciativas para vincular los esquemas comunitarios con un financiamiento más formal de la salud ⁽⁴¹⁾.</p>	<p>B.1 Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio: El pago que se da antes de ir a la consulta, o antes de que se les otorgue un servicio. En comparación con el pago que se da al momento de que se otorga la consulta o un servicio.</p> <p>B.2 En qué nivel el pago que se da al financiamiento es obligatorio o es voluntario.</p> <p>B.3 El pago que se otorga al financiamiento es fijo o se va incrementando.</p> <p>B.4. Si existe algún apoyo por parte del gobierno para el financiamiento, algún acuerdo o alguna iniciativa de apoyo con personal o con iniciativas de programas, etc.</p>

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición operacional
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos	A.2 La OMS define la mancomunación o Acumulación en fondos (Fund Polling) como “la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual ⁽⁴²⁾ ⁽³⁴⁾ .”	A.2 La reunión de los recursos en un fondo común que sea compartido por todos los que forman parte del financiamiento.

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición Operacional
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.3.-Asignación de recursos o acuerdos de compra.	Los acuerdos de compra o asignación de recursos, como sub-función del sistema de salud, está relacionada con las decisiones de qué comprar, a quién comprar y cómo comprar” ⁽³⁵⁾ . A menudo, el financiamiento sostenible está asociado con la capacidad de la comunidad para negociar tarifas preferenciales con proveedores ⁽⁴¹⁾ .	Todos los acuerdos o negociaciones que tiene la comunidad o la manera en como toman las decisiones de qué hacer con los recursos del financiamiento.

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional
<p>A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario</p>	<p>A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos:</p> <p>C.1 Tamaño del fondo</p> <p>C. 2 Número de fondos</p> <p>C.3 Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos</p>	<p>C.1 Tamaño del fondo Preker et al, concluyen en su revisión que la proporción de la cobertura efectiva en la población local total de todos estos esquemas de financiamiento comunitario variaron de menos del 1 por ciento al 90 por ciento. Pero que el nivel promedio de esta cobertura fue del 37 por ciento ⁽⁴¹⁾. Por lo que tomando de referencia estas cifras se establece que el financiamiento comunitario, debe de cubrir por lo menos al 37% de la población ⁽⁴¹⁾.</p> <p>C. 2 Número de fondos</p> <p>Como fondos se refiere al mecanismo de agrupación de los recursos, en este sentido los financiamientos comunitarios son más estables financieramente si cuentan con más de dos fondos ⁽⁴⁵⁾.</p> <p>C.3 Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos.</p> <p>Como transferencia de riesgo entendemos al concepto básico del pago de una prima por alguien que no es capaz de soportar una pérdida, a una empresa que se compromete en acuerdo a los términos de la póliza a cubrir esta pérdida ^{(40) (46)}.</p>	<p>C.1 Que el que el tamaño del fondo del financiamiento comunitario dependerá de las personas que participen, pero que debe de cubrir por lo menos al 37% de la población, para que sea efectivo.</p> <p>C. 2 Número de fondos</p> <p>Si el financiamiento cuenta con más de dos fondos o agrupaciones de los recursos.</p> <p>C.3 Si los recursos del financiamiento comunitario son utilizados para todos los miembros sin importar sus condiciones económicas o de salud.</p>

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición Operacional
B. Características Organizacionales	B.1 Formas organizacionales B.2 Régimen de incentivos organizacionales B.3 Integración organizacional/ Fragmentación	B. Se denomina estructura organizacional a la manera elegida por una entidad para gestionar su actividad y sus recursos . Esta estructura está dada por una serie de relaciones formales e informales que la corporación desarrolla para alcanzar sus objetivos y cumplir sus metas.	En este aspecto nos referimos a la manera en cómo se estructura un financiamiento comunitario en salud.

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.3.-Asignación de recursos o acuerdos de compra. D.1 Demanda (por quién comprar o para quién comprar) D.2 Oferta (que comprar, en que forma y qué excluir) D.3 Precios y Regímenes de incentivos (a qué precio y cómo pagar)	D.1 Demanda (por quién comprar o para quién comprar) La Cantidad máxima de un bien o servicio que un individuo o grupo de ellos está dispuesto a adquirir a un determinado Precio, por unidad de Tiempo. D.2 Oferta. Las cantidades que se ofrecen por un artículo en periodo de tiempo determinado, incluyendo todos los productores de este artículo en el mercado. D.3 Precios y Regímenes de incentivos (a qué precio y cómo pagar) El precio es el pago o recompensa que se asigna a la obtención de bienes o servicios. Incentivo, es aquello que mueve a desear o hacer algo. Puede tratarse algo real (como dinero) o simbólico) intención de dar u obtener una satisfacción.	D.1 Demanda: la cantidad de bienes y servicios que son adquiridos por la comunidad a diferentes precios, en este caso como unidad de tiempo tomaremos un mes. Debido a que es el tiempo en el que la comunidad se abastece de insumos para la clínica. D.2 Oferta: La cantidad o precio que se ofrece por un producto. D.3 Precios y Regímenes de incentivos: Lo que se tiene que pagar o lo que se tener que dar para obtener un producto, los precios que se cobran por ese producto.

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional
B. Características Organizacionales	B.1 Formas organizacionales: E.1 Relaciones contractuales	<p>E.1 Entendemos a las relaciones contractuales que se establecen en los seguros de salud, tanto sociales como comunitarios, como la instauración de un documento legal que establece que los contratos otorgan derechos e imponen responsabilidades para las partes interesadas ⁽⁵⁰⁾.</p>	<p>E.1 La existencia de un contrato ya sea escrito o verbal donde se establezcan los derechos y obligaciones del financiamiento comunitario.</p>

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición Operacional
B. Características Organizacionales	B.2 Régimen de incentivos organizacionales	<p>Un incentivo es aquello que induce a una persona o agente a actuar de una manera determinada, y puede ser una recompensa o castigo.</p> <p>En este aspecto un incentivo organizacional se basa en la estimulación que existe en la organización.</p>	<p>Si la organización del financiamiento comunitario cuenta con incentivos o estímulos.</p>

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional
B. Características Organizacionales	B.2 Régimen de incentivos organizacionales: F.1 Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales.	F.1. Preker et al, subraya que los regímenes de incentivos en los financiamientos comunitarios incluyen: (a) derechos de decisión extensos, (b) acuerdos internos sólidos de responsabilidad con los miembros o la organización comunitaria de padres, (c) capacidad para acumular reservas limitadas si los esquemas son exitosos pero los no exitosos a menudo solicitan rescates a los gobiernos (d) factor principal -Exposición al mercado ya que pocos esquemas superpuestos compiten entre sí en el mercado de productos, y (e) alguna cobertura limitada para poblaciones de indigentes a través de subsidios comunitarios o gubernamentales ⁽³⁷⁾ .	Si el financiamiento comunitario cuenta con derechos de decisión, con acuerdos internos sólidos o claros de responsabilidad con la comunidad o con sus miembros, si cuenta con una reserva ilimitada de recursos, y si cuenta con algún subsidio para la cobertura de la población que no tiene acceso al financiamiento como los indigentes.

Categorías de análisis	Subcategorías Primarias	Concepto
B. Características Organizacionales	<i>B.3- Integración organizacional/ fragmentación o diferenciación</i>	<p>Este apartado se refiere a la estructura de un sistema, la cuál es la resultante de la subdivisión o factorización de sus metas globales en una escala jerárquica de subsistemas menos complejos. Cada subsistema contribuye al logro de los fines del sistema inmediato superior, hasta concluir en el logro de las metas globales del sistema ⁽⁵¹⁾.</p> <p>La estructura del sistema tiene dos elementos clave, la diferenciación o fragmentación y la integración. Existen tres tipos de diferenciación. Las empresas pueden subdividirse horizontalmente en un número creciente de posiciones distintas a un mismo nivel, verticalmente en un número creciente de jerarquías, y espacialmente mediante un número creciente de situaciones distintas en el espacio ⁽⁵⁰⁾.</p>

Categorías de análisis	Subcategorías Secundarias	Concepto
<p>B. Características Organizacionales</p>	<p>B.3- Integración organizacional/ fragmentación o diferenciación:</p> <p>G.1 Diferenciación horizontal</p> <p>G.2 Diferenciación vertical.</p>	<p>G.1 Diferenciación horizontal</p> <p>Hace referencia a la división del trabajo en áreas y sub-tareas a un mismo nivel organizacional, y viene representada por un número de individuos o unidades que lo configuran ⁽⁵⁰⁾.</p> <p>G.2 Diferenciación vertical.</p> <p>Hace referencia a la división del trabajo según su nivel de autoridad, jerarquía o cadena de mando y es conocido como proceso escalar. Aquí el trabajo se divide según la autoridad que tiene cada unidad o persona sobre otra unidad o persona de la organización, estando ésta diferenciación representada por el número de niveles distintos en una empresa ⁽⁵⁰⁾.</p>

En el anexo 1 se describen las categorías a profundidad. En el anexo 3 se presenta la guía de entrevista.

Plan para el procesamiento y análisis de la información:

Control de calidad:

Para la presente investigación cualitativa se partió de la idea de que la calidad se debe ver como un proceso continuo, y no tanto como un problema a resolver.

Es por ello que se plantearon tres principios claves, para contribuir a una investigación con mayor calidad, que se tuvieron presentes a seguir durante todo el proceso de la investigación y que tomaban en cuenta tanto componente cualitativo, como el cuantitativo.

El primer principio fue el alcance del estudio de investigación, esta contribución se refiere al valor y la relevancia de la evidencia que presenta el estudio. Con este principio logramos concentrarnos en que el alcance del estudio era exploratorio, manteniéndonos alerta siempre de no conducir a relaciones causales o manipular la información a medida de buscar causas y consecuencias, esto nos dio pie a ser conscientes de tener constantemente una mentalidad abierta para poder absorber la mayor información posible del fenómeno en estudio.

El segundo principio fue la verisimilitud o credibilidad de los hallazgos del estudio, para este principio se logró la saturación de las categorías principio que nos ayudó a la plausibilidad y la solidez de lo argumentado en el discurso de los informantes.

Y el tercer y último principio fue el rigor del estudio, este se refiere a la validez metodológica de la investigación, para este principio en el componente cualitativo se utilizaron varias herramientas que nos ayudaron a mejorar la calidad del análisis de la información la primera herramienta fue el uso continuo de una libreta donde se anotaban los memos analíticos que le surgían al investigador durante este proceso y que contribuían a realizar una mejor categorización surgida de un proceso reflexivo, otra herramienta utilizada fue la aplicación de un formato para evaluar las entrevistas cualitativas realizadas, basado en Creswell (2005)⁽⁵²⁾, localizado en el ANEXO 1. Donde se evaluó el ambiente, las interrupciones, el ritmo de la entrevista, si funcionó o no la guía de la entrevista, si el entrevistador tuvo un comportamiento adecuado, etc. Obteniendo que de las nueve entrevistas realizadas solo una entrevista tuvo problemas al ejecutar el equipo de grabación por lo que no se grabó toda la entrevista y se tuvieron que repetir las preguntas, al final de la misma, para el resto de las entrevistas los puntos de la evaluación de Creswell fueron alcanzados adecuadamente, la última herramienta utilizada fue procurar que el contexto del estudio, es el soporte físico de la acción-interacción con los informantes fuera dado por ellos mismos, haciendo que el entrevistador se adecuara a las condiciones exigidas por los informantes, esto para permitir un ambiente donde el informante se sintiera más cómodo.

Tabla 3. Formato de evaluación de entrevistas cualitativas, Creswell (2005).

Formato de evaluación de las entrevistas cualitativas.
<ol style="list-style-type: none">1. ¿El ambiente físico de la entrevista fue el adecuado? (quieto, confortable, sin molestias).2. ¿La entrevista fue interrumpida? ¿Con qué frecuencia?, ¿Afectaron las interrupciones el curso de la entrevista, la profundidad y la cobertura de las preguntas?3. ¿El ritmo de la entrevista fue adecuado al entrevistado o la entrevistada?4. ¿Funcionó la guía de entrevista?, ¿se hicieron todas las preguntas?, ¿se obtuvieron los datos necesarios?, ¿qué puede mejorarse de la guía?5. ¿Qué datos no contemplados originalmente emanaron de la entrevista?6. ¿El entrevistado se mostró honesto y abierto en sus respuestas?7. ¿El equipo de grabación funcionó adecuadamente?, ¿se grabó toda la entrevista?8. ¿Evitó influir en las respuestas del entrevistado?, ¿lo logró?, ¿se introdujeron sesgos?9. ¿Las últimas preguntas fueron contestadas con la misma profundidad de las primeras?10. ¿Su comportamiento con el entrevistado o la entrevistada fue cortés y amable?11. ¿El entrevistado se molestó, se enojó o tuvo alguna otra reacción emocional significativa?, ¿cuál?, ¿afectó esto la entrevista?, ¿cómo?12. ¿Fue un entrevistador activo?13. ¿Estuvo presente alguien más aparte de usted y el entrevistado?, ¿esto afectó?, ¿de qué manera?

Procesamiento de los datos:

Los datos se procesaron inicialmente de manera manual donde se realizó la transcripción de los materiales de audio grabados, eliminado todo el ruido externo.

Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Para el análisis de la información recolectada de las entrevistas semiestructuradas se utilizó el software Atlas.ti8.

- Después de que se transcribió el material, se identificó nuestra unidad de análisis, en este caso lo asignamos a la línea o renglón sin embargo esta unidad fue flexible y se pudo reconsiderar dependiendo de la información obtenida. Posteriormente, por medio de la comparación constante de las unidades de análisis se clasificaron los datos en las categorías ya sea las categorías apriorísticas asignadas previamente y/o se clasificaron en categorías emergentes. En este apartado se les asignó un código para la identificación de las categorías (codificación abierta).

- Una vez categorizadas todas las unidades, se hizo “un barrido” o revisión de los datos para:
 1. Darnos cuenta de si captamos o no el significado que buscan transmitir los participantes.
 2. Reflexionar si incluimos todas las categorías relevantes posibles
 3. Revisar las reglas para establecer las categorías emergentes.
 4. Evaluar el trabajo realizado.
 En este punto fue que validamos el proceso para lograr la saturación de categorías.
- En el siguiente punto del análisis, la meta fue integrar las categorías en temas más generales y centrales (categorías con mayor “amplitud conceptual” que agruparon a las categorías emergidas en el primer plano de codificación) esto con base en sus propiedades (codificación axial).
- Para generar estas categorías e identificar los temas más generales se localizaron los patrones que aparecen de manera repetida entre las categorías. Y cada tema que se identificó recibió un código.
- Finalmente se identificaron los temas centrales de la investigación los cuales fueron el resultado del proceso de análisis.
- Por último se procedió a la interpretación por medio de las descripciones completas de cada categoría (codificación selectiva). Esto implicó ofrecer una descripción completa de cada categoría y ubicarla en el fenómeno que estudiamos, sin olvidarnos del contexto.
- Para el procesamiento y análisis de la información se realizó una bitácora de análisis que tuvo la función de documentar el procedimiento de análisis y las reacciones que tuvimos durante el proceso, así como los memos, anotaciones o comentarios acerca del método de análisis.

6.2 COMPONENTE CUANTITATIVO

Segunda unidad de observación: Los hogares de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple donde la unidad de muestreo fueron los hogares de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Marco muestral

Se obtuvo del censo de la comunidad del año 2019, el cual reportó un total de 176 familias y 149 hogares, con un promedio de 1.18 familias por casa.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Para estimar el promedio del gasto en salud mensual por hogar, se utilizó la fórmula para estimación de medias, conociendo el tamaño de la población fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2}{E^2}$$

Donde

n= es el tamaño de la muestra

$\alpha = 5\%$ Error asociado al nivel de confianza del 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

E= 990.8 margen de error

$\sigma = 2972.3$ desviación estándar estimada de estudios previos (gasto en salud ENIGH 2018)

Se obtuvo una n de 28.9 hogares, que se redondeó a 29 hogares.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fuentes de información

Las principales fuentes de información fueron el jefe o jefa de los hogares encuestados.

Instrumento de medición

Se utilizó una versión reducida de la encuesta de Ingreso- Gasto del hogar, de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018 (ENIGH Nueva Serie). Así mismo se identificaron preguntas complementarias de interés para el estudio. En el anexo 4 se presenta el instrumento de medición modificado.

Procedimiento para la recolección de la información:

Acorde con la metodología, para la selección del hogar se hizo una selección aleatoria con reposición, a través de las cédulas del censo realizadas en el 2019. Cada cédula se le asignó un número entero, consecutivo, empezando la numeración en el uno, cada número se copió del 1 al 176 en papeles separados y se metieron a una tómbola, se eligieron 29 papeles, cada número en el papel se corroboró con el número de la cédula. En la cédula estaba presente el domicilio de la familia, por lo que se pudo conocer la ubicación de la vivienda. En caso de no encontrarse la persona en la vivienda, o negarse a responder se sacaba un nuevo papel de la tómbola y se hacía el procedimiento de cotejo con la cédula.

Se dio a conocer de la investigación al Agente Municipal y se informó a la población por medio de perifoneo.

Las encuestas se realizaron en el hogar de la persona con previo consentimiento oral y escrito, donde se les explicó con lenguaje sencillo y comprensible el objetivo de la investigación, así como sus probables riesgos y beneficios. Se les informó que en cualquier momento se podrían retirar de la encuesta sin repercusiones, de igual forma se les proporcionó un número telefónico para cualquier duda o aclaración.

Se realizó un cuestionario piloto que se aplicó a un total de cinco hogares, posterior a este se hicieron ajustes en el orden temático, así como en la terminología y se incluyeron apartados de impuestos específicos por comercios.

Plan de análisis

Se realizaron estimaciones estadísticas para evaluar la composición de los rubros que componen el gasto de los hogares, gasto de cuidados en salud (identificando el gasto al momento de recibir la

atención y el gasto en salud a través de financiamiento). Se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias, medianas y percentiles. Se utilizó el software STATA.12

La manera en que se realizó el análisis de estas estimaciones estadísticas de gasto en salud fue con base en la metodología de Xu OMS ⁽⁵³⁾ la cual es la siguiente:

Tabla 2.- Estimaciones del cálculo de las variables a analizar

Gasto disponible del hogar XU OMSS	= Σ Gasto total del hogar – Σ gasto en alimentos
Gasto en alimentación	= Σ Gasto en alimentos – (gasto en bebidas alcohólicas y tabaco)
Gasto en cuidados de la salud	= Σ pagos de seguros voluntarios/obligatorios en salud Σ Gastos de cuidados en salud de cualquier integrante del hogar, cualquier otro.
Clasificación socioeconómica	Se utilizó el gasto total por Deciles que reporta la ENIGH 2018. Se actualizaron las cifras por inflación acumulada del 3.76% en el periodo de diciembre del 2018 fecha en que se publicó la ENIGH a febrero del 2020, cuando se inició la recolección de los datos.

DEFINICIONES

Gasto del Hogar. El gasto del hogar es el desembolso que un hogar tiene que realizar para atender sus necesidades y cumplir con sus compromisos. El gasto corriente da cuenta de los gastos realizados regularmente en el hogar para la adquisición de su canasta de consumo, además del gasto regular no destinado al consumo.

Gasto en alimentación. Esta categoría incluye los gastos que realizan diariamente las integrantes del hogar en alimentos, bebidas y tabaco. a) alimentos y bebidas consumidas dentro del hogar b) alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar c) tabaco

Gasto de cuidados en salud (ENIGH 2018)

La información que se concentra en esta categoría, comprende todos los gastos dedicados al cuidado de la salud, realizados por los integrantes del hogar.

Incluye desde el pago de honorarios de servicios profesionales hasta la hospitalización, pasando por la adquisición de medicamentos y la realización de análisis clínicos, entre otros. Así como cotizaciones a la seguridad social o cuotas voluntarias y pagos de primas de seguros.

A través de los análisis realizados previamente se encontraron los siguientes resultados:

- Magnitud del gasto en cuotas para seguros y copagos privado y gasto de atención en salud.
- Magnitud de pagos directos o de bolsillo en salud, al momento de utilizar los servicios.
- Magnitud de las cuotas aportadas al financiamiento respecto al gasto en salud.

Control de calidad:

LA ENIGH 2018 es una encuesta validada y un instrumento de alta calidad que tiene como objetivos a grandes rasgos: Proporcionar un panorama estadístico del comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares en cuanto a su monto, procedencia y distribución. Ofrecer información sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de los integrantes del hogar, y Presentar datos sobre las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar.

Sesgos cuantitativos

Sesgo muestral

Para evitar el sesgo de omisión y el sesgo de conveniencia se realizó un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple con el propósito de que todos los integrantes del financiamiento tuvieran la misma posibilidad de ser seleccionados, así como evitar la exclusión de alguno de ellos, esto fue posible secundario a que todos pobladores de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas son miembros del financiamiento comunitario en salud por lo que este tipo de muestreo nos brinda la posibilidad de extrapolar los resultados a toda la población.

Sesgo de medición

Para evitar algún error en la recolección de datos y en el proceso de medición de los mismos, se realizó un cuestionario piloto que se aplicó a un total de cinco hogares, posterior a este se hicieron ajustes en el orden temático, así como en la terminología y se incluyeron apartados de impuestos específicos, con el propósito de que las preguntas fueran entendibles, adecuadas y corroborar que el participante nos arrojara el dato correcto de lo que se le preguntó.

Sesgo de respuesta

Este es uno de los sesgos más difíciles de evitar porque el encuestado se puede sentir obligado o comprometido a dar información con el fin de obtener algún beneficio del entrevistado, ya sea empático, de poder o da la pausa de sentir que puede tener algún beneficio económico por parte del entrevistador. Sin embargo para que no causáramos algún efecto en los entrevistados que manipulara la veracidad de los datos se les pidió a los encuestados la corroboración con los recibos o facturas que tuvieran disponibles.

Sesgo del entrevistador

En este aspecto no fue posible evitar el contacto con los entrevistados debido a que el cuestionario tenía que ser llenado por un personal capacitado por lo que el entrevistado si quedó expuesto a el lenguaje verbal, corporal o tono de voz del entrevistador lo que pudo ocasionar pistas sutiles que pudieran influir en las respuestas de los entrevistados, orientadas hacia las opiniones, prejuicios y valores del entrevistador.

Definición de variables

La definición de variables captó la composición del gasto del hogar, el gasto de cuidados a la atención en salud (se identificaron las aportaciones obligatorias a la seguridad social y/o voluntarias a los seguros de salud, financiamientos y pagos de bolsillo directos de las personas en el momento de usar un servicio de salud.

Tabla 3.- Variables de componente cuantitativo

Variables	Composición
Gasto total del hogar	Σ Gasto corriente monetario y no monetario del hogar
Sociodemográficas	sexo, edad, educación y ocupación
Composición del hogar	Número de integrantes en el hogar Edad
Composición del gasto del hogar	
1) Gastos corriente monetario	<ul style="list-style-type: none">• Alimentos, bebidas y tabaco• Vestido y calzado• Vivienda y servicios de conservación, energía eléctrica y combustibles• Artículos y servicios para limpieza, cuidados de la casa, enseres domésticos y muebles, cristalería, utensilios domésticos y blancos• Cuidados de la salud• Transporte, adquisición, mantenimiento, accesorios y servicios para vehículos, comunicaciones• Servicios de educación, artículos educativos, artículos de equipamiento y otros gastos de esparcimiento

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados personales, accesorios y efectos personales, otros gastos diversos • Transferencias de gasto
2) Gasto corriente no monetario	Erogaciones financieras y de Capital totales
Gastos en cuidados en salud	<ul style="list-style-type: none"> a) Servicios médicos durante el parto b) Servicios médicos y medicamentos durante el embarazo c) Consulta externa (no hospitalaria, ni embarazo) <ul style="list-style-type: none"> c.1) Consultas médico especialista (pediatría y ginecología) c.2) Consultas dentales (placas dentales o prótesis dentales, etcétera) c.4) Medicamentos recetados d) Control de peso e) Atención hospitalaria f) Medicamentos sin receta y material de curación g) Medicina alternativa h) Aparatos ortopédicos i) Seguros (médicos) <ul style="list-style-type: none"> i.1) Cuotas a hospitales y clínicas i.2) Cuotas voluntarias a seguros i.3) Cuotas a seguro popular

CAPÍTULO 7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente Investigación se basó en los principios establecidos en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y en la resolución 008430 de octubre 4 de 1993: y debido a que esta investigación se consideró como tipo a. investigación sin riesgo y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Título II. Capítulo I. De la investigación en seres humanos. Con especial énfasis en los siguientes artículos:

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En especial cumplimiento con el Título II Capítulo II. De la investigación en comunidades. ARTÍCULOS 17. 18, 19, 20, 21 Y 22.

Este trabajo basó sus fundamentos de investigación en el respeto a la dignidad humana tanto de los investigadores como de los participantes.

Así mismo se otorgó una carta de consentimiento informado a los participantes y se respetó siempre su opinión, sus valores y creencias. (Anexo 5 y 6).

FINANCIAMIENTO

La presente investigación fue autofinanciada, sin la participación o apoyo económico de agentes externos, u organismos institucionales.

CONFLICTO DE INTERESES

Las personas que proporcionaron información para esta investigación no se les ofreció ni recibieron ningún estímulo económico ni de otra estirpe para su participación, los datos que proporcionaron los entrevistados especialmente aquellos con connotación socioeconómica no serán utilizados con fines lucrativos o con algún fin que no sea el de los objetivos de la presente investigación, como se les explicó en el consentimiento informado a todos los involucrados. Así mismo se mantendrá siempre su derecho de protección de datos personales y se protegerá la privacidad de la información de todos los entrevistados de cualquier interés externo a la investigación.

CAPÍTULO 8.- RESULTADOS

En esta sección se presentan primero los resultados del componente cualitativo y después del cuantitativo.

8.1 COMPONENTE CUALITATIVO

A continuación se presentan los principales resultados por temas de interés comenzando con la Historia del financiamiento, posteriormente el diseño del mismo y por último su organización.

HISTORIA DEL FINANCIAMIENTO COMUNITARIO EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE PUERTO ARISTA, CHIAPAS.

La Historia del financiamiento comunitario en salud de la Comunidad de Puerto Arista Chiapas, surge como una categoría emergente más que como una categoría planeada en los objetivos de esta investigación, sin embargo es imprescindible colocarla porque nos ayudó como un eje de guía para poder entender el estudio de caso de la comunidad de una manera más integral debido a que nos brindó el contexto en el que se dio este financiamiento y los factores que surgieron a través del tiempo que influyeron no solo en el diseño y el la organización del mismo si no en la posterior disolución del mismo, estos factores como se abordan a continuación son claves en la sostenibilidad financiera y estructural del financiamiento.

En este apartado se coloca una línea del tiempo que nos muestra los sucesos más relevantes del financiamiento, así como un esquema con los puntos clave en el proceso del financiamiento que influyeron el inicio, desarrollo y desenlace del financiamiento. La historia completa junto con las citas textuales de los informantes se encuentra en el anexo 2.

En la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas, surgió una alternativa para poder contribuir a la mejora de la clínica y las necesidades en salud de la población.

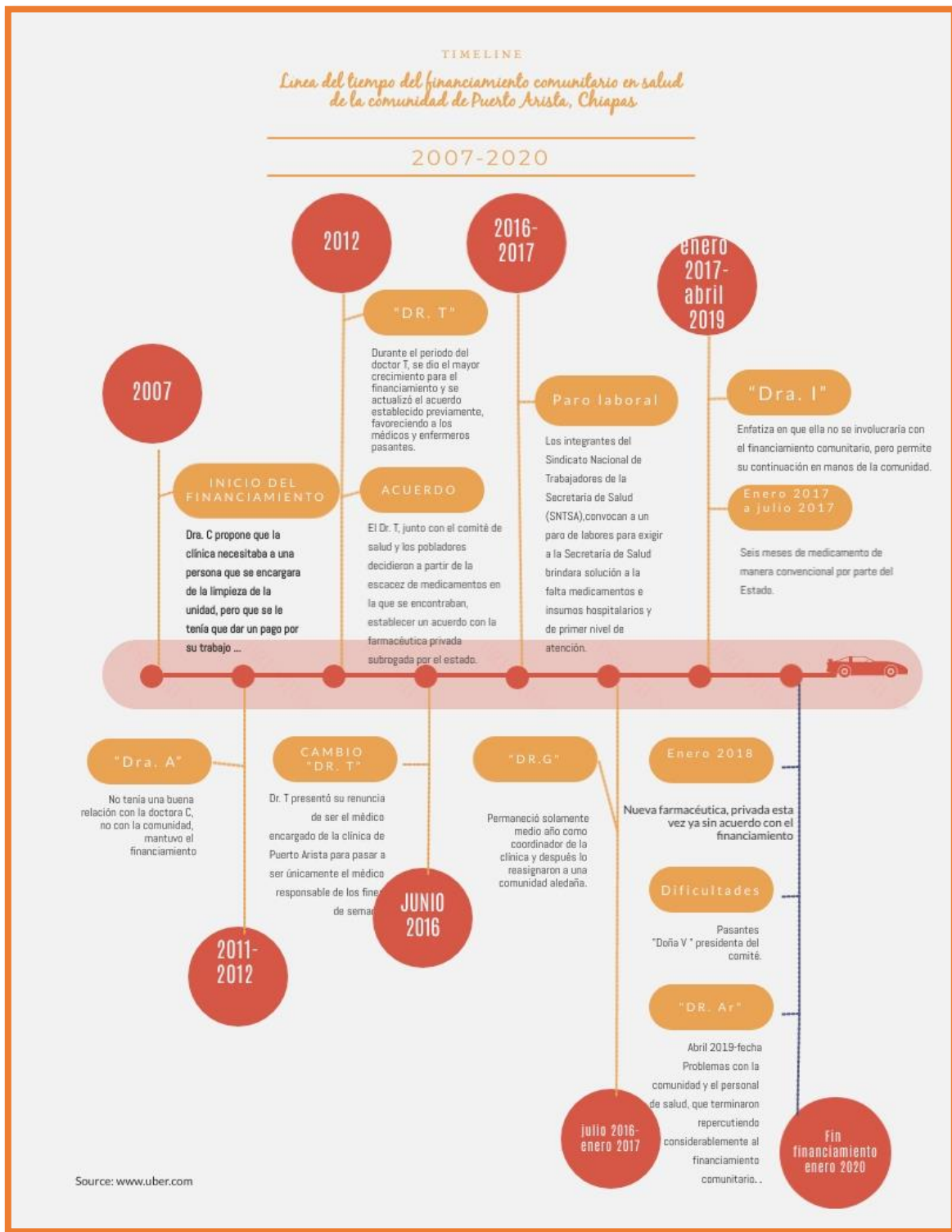
Esta alternativa es un financiamiento comunitario en salud, que funciona por medio de toda la comunidad, de un comité en salud asignado por votación de la población y del personal de salud perteneciente a la clínica de la comunidad.

Se estima que este financiamiento comunitario en salud inició en el año 2007 y se dio por finalizado en enero del 2020 aproximadamente, después de haber operado durante más de trece años en la comunidad.

Durante el transcurso del financiamiento hubo muchos cambios de responsables médicos para la clínica de la comunidad de Puerto Arista y por ende para el financiamiento, lo que ocasionó problemas en su implementación secundario a la interacción del modelo biomédico con lo comunitario. También hubo una época de inestabilidad política la cuál puso en paro las instalaciones de la clínica de Puerto Arista, periodo donde gracias al financiamiento las instalaciones pudieron seguir funcionando y brindar consulta y medicamentos a la población.

A continuación se muestra una línea cronológica donde se enlistan las fechas de los acontecimientos más importantes del financiamiento comunitario en salud de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas. Iniciamos con el año donde se dio inicio su implementación, después se colocan los nombres de los médicos responsables del mismo y su periodo, así como los acontecimientos más importantes en su desarrollo y finalizamos con la fecha aproximada de su disolución.

Figura 2. Línea del tiempo del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.



Fuente: Elaboración propia con la información de la historia del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Figura 3. Historia del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.
Puntos clave en el proceso del financiamiento.



Fuente: Elaboración propia con la información de la historia del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

A continuación se presenta un esquema de los Resultados cualitativos basados en el Marco de Preker y Carrington para el análisis de los financiamientos comunitarios en salud y posteriormente se exponen los resultados de una manera más detallada iniciando con la sección de características técnicas del diseño del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas y finalizando con las características organizacionales del mismo.

Además de las características del Marco de Preker y Carrington, se encontraron en su diseño estos componentes básicos de un financiamiento en salud que se enlistan a continuación.

Fuentes de Ingresos:

Donde las fuentes de sus ingresos son los mismos pobladores, las personas que provienen de comunidades aledañas o de áreas de influencia, así como turistas nacionales e internacionales.

Mecanismos de contribución:

Los mecanismos de contribución en la comunidad se realizan mediante pagos en efectivo, porque no se acepta el pago en especie

Agentes de recaudación:

Sus agentes de recaudación, son dos, el miembro del actual comité de salud y el aval ciudadano de la comunidad, que en suma con el presidente del comité de salud son los responsables de administrar este pago.

Tabla 5. Resultados cualitativos basados en el Marco de Preker y Carrington para el análisis de los financiamientos comunitarios en salud.

<p>Características Técnicas de diseño</p>	<p>1. Mecanismos de recaudación de ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio • Contaba con un nivel de prepago superior al 50% anterior a la suspensión del programa Prospera, posterior a eso se convirtió en un pago único por servicio con una tarifa plana. • Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias • El pago no se condiciona a la atención médica, es una cuota voluntaria, las personas que no tienen el pago se les atiende de igual forma. • Grado de progresividad de las aportaciones • No es progresivo, la cuota que se proporciona no es de acuerdo a su capacidad de pago, es una tarifa única para todos los usuarios. • Subsidios para cubrir a los pobres
--	--

- El financiamiento comunitario no recibe ningún subsidio por parte del gobierno o de algún organismo oficial, sin embargo, reciben eventualmente donaciones, las cuales proceden de varias fuentes, como son los marineros, turistas extranjeros y nacionales.
2. **Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos**
- **Tamaño del fondo**
 - El tamaño del fondo suele oscilar entre los dos mil ochocientos pesos y los cuatro mil doscientos pesos por semana aproximadamente, sin contar las donaciones.
 - **Número de fondos**
 - Cuentan con un único fondo común
 - **Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos**
 - Toda la comunidad participa y es miembro del financiamiento comunitario, por lo que todos los recursos se distribuyen por igual, para sin importar el nivel socioeconómico.
3. **Asignación de recursos o acuerdos de compra**
- **Demanda (por quién comprar)**
 - Los recursos se destinan a tres grandes ramas funcionamiento de la unidad, los insumos para la atención médica y la administración del financiamiento, ramas que se subdividen en otras ramas las cuales tienen a su vez bien delimitado lo que se tiene que comprar.
 - **Oferta (qué comprar, en qué forma y qué excluir)**
 - La priorización de las compras se basa en las necesidades de la población de acuerdo a las hojas diarias de diagnóstico y en la hoja del control de medicamentos e insumos disponibles en la clínica. El proceso de exclusión se realiza mediante una negociación del personal de salud y el comité de salud con la comunidad.
 - **Precios y regímenes de incentivos a qué precio y cómo pagar)**
 - La compra de insumos se realiza con proveedores locales, los precios son variables, y no se tiene un proveedor en específico, pero el encargado de realizar las compras que generalmente es miembro del comité de salud, realiza un estudio de mercado y le comunica los precios al comité y a los médicos quienes negocian al final que se compra.

**Características
Organizacionales**

1. Formas organizacionales

- **Economías de escala y alcance**
- El financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, tiene una fuerte participación en el mercado reconocida y legitimada por la población y las personas de las comunidades aledañas.
- **Relaciones contractuales**
- El acuerdo de pago inicialmente estaba escrito y firmado por los miembros del comité y los representantes de la comunidad. Sin embargo, ahora solo es un acuerdo de palabra.

2. Régimen de incentivos organizacionales

- **Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales.**
- Las responsabilidades asignadas como comité de salud no se encuentran escritas como tal en una carta de responsabilidades, más bien son a través de acuerdos internos de palabra donde se establecen sus funciones. Para rendición de cuentas del financiamiento comunitario se realizan cada mes con la comunidad donde también se atienden las quejas de la comunidad y se decide por votación cuáles son las prioridades que se deben de atender, como pintar la clínica, reparar los climas, etc.
- Como responsabilidades sociales cada año, se hace una reunión con toda la comunidad convocada por el director de la clínica, donde se hace una recapitulación de todo lo más importante del año, y se expone la problemática de la comunidad encontrada en salud.
- Finalmente el financiamiento cuenta con una alta exposición al mercado al competir con los prestadores de servicios en salud de las comunidades aledañas y ser el preferido por los pobladores.

3. Integración organizacional/ fragmentación

- **Horizontal/Vertical**
- Existe un solo nivel de diferenciación vertical para el comité de salud, el personal de salud responsable de la clínica y la comunidad perse, donde todos tienen la misma autoridad, y derechos dentro del financiamiento.
- Y cinco tipos de diferenciación horizontal
 1. Administración, gestión
 2. Coordinación del financiamiento
 3. Recaudación y mancomunación

- 4. Proceso de compra
- 5. Toma de decisiones sobre los recursos

Fuente: Elaboración propia retomado del Marco de Preker y Carrington⁽³⁷⁾ para el análisis de los financiamientos comunitarios en salud, elaborado a partir de la información obtenida en las entrevistas a los informantes clave del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Como parte de los resultados cualitativos en la aplicación de las entrevistas semiestructuradas se localizaron a nueve personas de las cuáles dos no participaron en la investigación, ninguno de ellos dio una respuesta negativa directa, ambos abogaron una falta de tiempo, en las tablas siguientes se muestra a detalle los participantes entrevistados y el sitio y duración de las entrevistas.

Tabla 6.- Participantes seleccionados para las entrevistas semiestructuradas

Entrevistado	Sexo	Edad	Ocupación	Función dentro del Financiamiento	Tiempo de participación en el Financiamiento	Cargo dentro del comité de salud
1	Hombre	20	Estudiante de Enfermería/Aval ciudadano	Recaudador	Un año	Aval ciudadano
2	Hombre	39	Encargado de la clínica/ consultas lunes a viernes, turno matutino	Coordinador	Ocho meses	Médico Pasante del Servicio social
3	Hombre	40	Fue encargado de la clínica durante siete años y actualmente consulta de fines de semana	Ex coordinador	Siete años	Médico ex director de la clínica
4	Mujer	36	Comerciante	Recaudadora	Dos años	Vocal del comité de salud
5	Hombre	54	Pescador	Presidente Financiamiento	Un año	Presidente del comité salud

6	Mujer	50	Comerciante	Recaudadora	Un año	Tesorera del Comité
7	Hombre	24	Pasante médico	Recaudador/ Beneficiario	Once meses	Médico Pasante del Servicio social

En la siguiente tabla se muestran las entrevistas realizadas, su duración y su sitio de realización.

Tabla 7.- Entrevistas realizadas, su duración y su sitio de realización

Participante	Número de sesiones de entrevistas	Duración	Escenario
1	2	41 min. 22 min.	Clínica
2	1	1 hr. 7 min.	Clínica
3	1	43 min.	Clínica
4	2	1 hr. 15 min 40 min	Su casa
5	1	45 min	Su casa
6	1	39 min.	Su casa
7	1	57 min.	Clínica

A continuación se muestran los resultados del diseño y la organización a detalle.

8.1.2 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL DISEÑO DEL FINANCIAMIENTO COMUNITARIO EN SALUD.

“El caso de Puerto Arista”

1.-Mecanismos de Recaudación de Ingresos

Subcategorías Primarias:

Fuentes de financiamiento:

Como fuentes de financiamiento encontramos a todas las personas que dan el pago para la consulta de la clínica del primer nivel de atención de la comunidad, y que principalmente son sus mismos pobladores, pero al ser Puerto Arista una comunidad con distintas áreas de influencia y considerada como un sitio turístico, también se incluyen a los pobladores de comunidades aledañas como Colonia

el Zapotal, Colonia la curva del Mango, Colonia el 03 de mayo, Ignacio Allende, Cabeza de Toro, Veinte de Noviembre, Palo Blanco, Miguel Hidalgo, Ponte Duro, La Barra, Maguito y Boca del cielo. Y por último también se consideran a los turistas, nacionales como internacionales.

Sin embargo, no todas las personas que acuden a la clínica cuentan con los recursos para pagar la consulta por lo que no se les cobra, pero no se hace un estudio previo de la condición socioeconómica de la persona, básicamente se deja al criterio del recaudador quién generalmente conoce la situación previa si la persona pertenece a la comunidad, y del personal médico.

Mecanismos de contribución:

Actualmente las consultas se pagan únicamente con efectivo, y no se acepta el pago en especie, el pago que se da es de veinte pesos para los pobladores que pertenecen a la comunidad de Puerto Arista y treinta pesos para todos los externos, este pago se da cada vez que se acude a consulta, sin embargo anteriormente se daba un prepago que servía para la atención y control de embarazo, pacientes crónicos, niño sano y nutrición, donde se cobraban veinte pesos por familia inscrita en el programa prospera, con este pago todos los miembros de la familia inscritos tienen derecho a la consulta para sus controles sin pagar durante todo el mes, sin embargo, si éstas personas durante el mes pagado acudían a consulta por enfermedades agudas, o independientes a su control sí tenían que pagar. El prepago duró más de trece años como se explicó en la historia del financiamiento, empero fue retirado por la suspensión del programa PROSPERA.

Respecto a si la población está o no de acuerdo en dar un pago y si están de acuerdo en la cantidad que se pide, o cuanto están dispuestos a dar, éstas preguntas se exploraron desde la perspectiva cualitativa y posteriormente se analizaron con la perspectiva cuantitativa, encontrando lo siguiente.

Los recaudadores del financiamiento mencionan que las personas sí están de acuerdo en dar el pago, que en el tiempo que ellos llevan recaudando, se han dado cuenta de que la comunidad se encuentra muy contenta de dar el pago porque han visto que les ha ayudado a que la clínica esté mejor y que haya medicamentos, además de que la comunidad se encuentra muy comprometida en el ámbito económico, únicamente las quejas hacia el pago eran referidas hacia los pobladores de las otras comunidades.

A continuación se muestran algunos de los fragmentos más importantes de las entrevistas con los recaudadores del financiamiento y que nos reflejan la perspectiva de los pobladores respecto al pago.

“¿Y las personas estaban de acuerdo en pagar la consulta?” (Entrevistadora).

“Sí la verdad sí, la gente estaba muy contenta porque todo se les daba doctora.” (Entrevistada 4).

“¿Las personas están de acuerdo en pagar la consulta?” (Entrevistadora).

“Umm sí pue a mí nunca me han hecho muina, porque ya saben que es para la clínica y se van contentos con su medicina”. (Entrevistada 6).

“¿Las personas están de acuerdo en pagar la consulta?” (Entrevistadora).

“Pue a mí nunca me han llegado quejas, no más con los de Cacho que luego no quieren pagar. (Entrevistado 5)”.

“¿En algún momento las personas llegaron a quejarse del pago o que no le quisieran pagar?” (Entrevistadora).

“No doctora peleaban por que decían no le den consulta a los Cabeza de Toro, na más vienen a pedir medicamento y no quieren pagar, y pagan bien poquito.”(Entrevistada 4).

“¿En algún momento las personas llegaron a quejarse del pago o que no le quisieran pagar?” (Entrevistadora).

“Pue uno o dos que na más arman bulla pero son de otras comunidades, que por qué quieren que si pagan se les atienda primero, pero ya yo les he dicho que los del Puerto son primero que mejor se vayan a su clínica si no se quieren esperar” (Entrevistada 6).

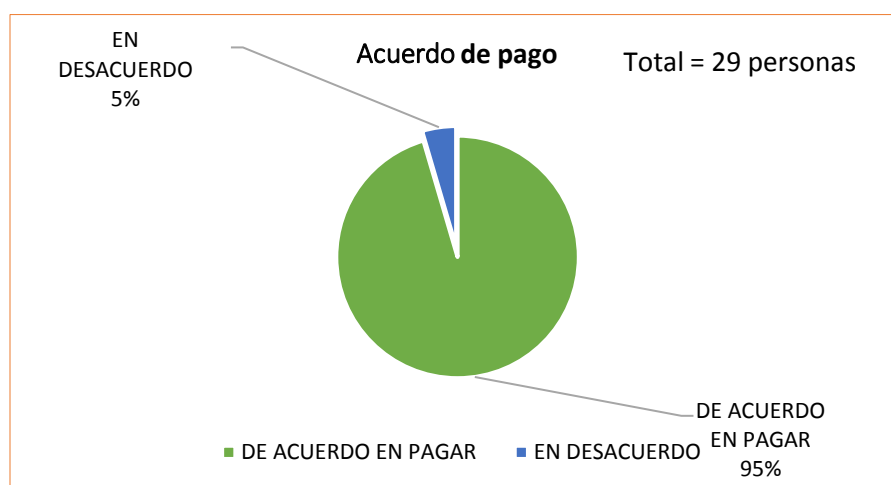
“¿En algún momento las personas llegaron a quejarse del pago o que no le quisieran pagar?” (Entrevistadora).

Pues no doctora, en cuestión económica pues estamos muchísimo más este comprometidos con eso por el hecho de lo que la clínica le falta. (Entrevistado 1).

Respecto a si las personas estaban de acuerdo en el pago al financiamiento ésta pregunta no solo se exploró en la parte cualitativa, si no también se analizó en la parte cuantitativa, ya que al final de la encuesta se agregó junto con las siguientes preguntas, ¿si estarían dispuestos a dar más de ese pago y cuanto darían en caso de que se mejoraran las condiciones de la clínica?

En cuanto a estar de acuerdo o no en dar el pago al financiamiento se obtuvo que el 95% de la población encuestada está de acuerdo en dar un pago y el 5% no está de acuerdo en pagar.

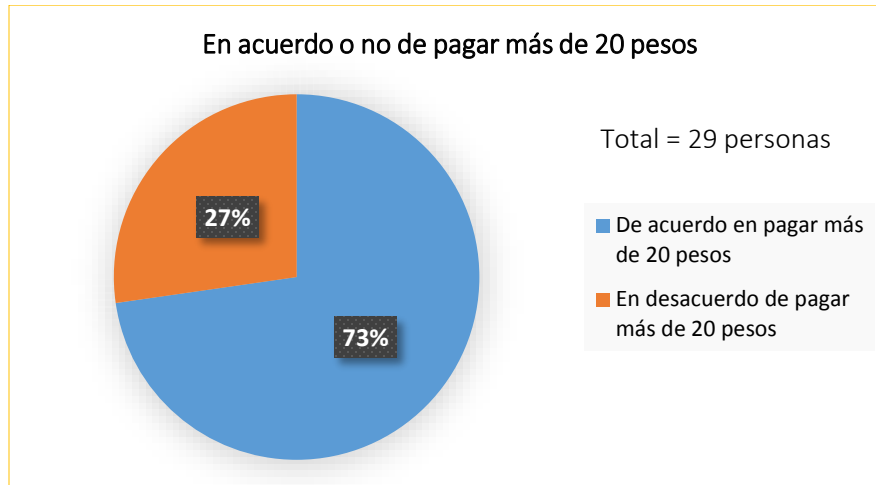
Figura 4. Acuerdo de pago al financiamiento



Fuente: elaboración propia retomado de la información de las entrevistas y encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

En cuestión de si ¿si estarían dispuestos a dar más de ese pago? el 73% de la población está de acuerdo con pagar más de 20 pesos y el 27% está en desacuerdo con pagar más de 20 pesos.

Figura 5.- En acuerdo o no de pagar más de 20 pesos.



Fuente: elaboración propia retomado de la información de las entrevistas y encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Respecto a ¿Cuánto darían en caso de que se mejoraran las condiciones de la clínica? El 64% de la población encuestada respondió a que darían un pago de 21 a 50 pesos, el 27% de la población respondió a que darían un pago de 0-20 pesos y el 9% de la población respondió que darían un pago mayor de 51 pesos.

Figura 6.- Disposición a pagar



Fuente: elaboración propia retomado de la información de las entrevistas y encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Agentes de recaudación:

En este caso son dos los agentes recaudadores o personas encargadas de cobrar, una de ellas es miembro del actual comité de salud y la otra es el aval ciudadano de la comunidad, ellos junto con el presidente del comité de salud son los responsables de administrar este pago y de realizar las compras necesarias para la clínica.

2. Mecanismos de Recaudación de Ingresos

Subcategorías Secundarias:

Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio.

En este aspecto se estipuló que el pago se diera al momento de recibir la atención en salud, sin embargo, como se mencionó anteriormente, sí existe un pago o contribución que se da antes de recibir la consulta, que es el pago de veinte pesos por familia inscrita en el programa Prospera, el cual se recauda en las juntas del programa realizadas cada mes.

Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias.

Con relación a este punto, no es obligatorio el pago para recibir la atención en salud.

Grado de progresividad de las aportaciones.

En este aspecto no se encontró que la aportación al financiamiento fuera progresivo secundario a que la tarifa establecida para el financiamiento es única y plana y es independientemente de la capacidad económica del usuario.

El pago que se da actualmente es de veinte pesos para las personas de la comunidad y treinta pesos para los externos, sin embargo, este pago se ha incrementado, pero únicamente para las personas externas a la comunidad, ya que como se narra en la historia del financiamiento, cuando éste fue establecido, aproximadamente en el 2007 el pago era de veinte pesos para todas las personas independientemente de que formaran parte o no de la comunidad. Este incremento de diez pesos más para los externos fue establecido por el doctor T, a partir del año 2012 hasta la fecha, la razón del incremento fue que la mayoría de población externa a la comunidad ya no acudía a su consulta en su clínica correspondiente, y preferían atenderse en la clínica de Puerto Arista, porque se les daba el medicamento, lo que ocasionaba que las clínicas de las comunidades estuvieran vacías y una medida que se acordó para regular este comportamiento, fue el incremento del pago.

Subsidios para cubrir a los pobres.

El financiamiento comunitario no recibe ningún subsidio por parte del gobierno o de algún organismo oficial, como empresas, instituciones, hospitales, escuelas, etc.

Sin embargo, reciben eventualmente donaciones, las cuales proceden de varias fuentes, una de ellas son los marineros, los cuáles al atenderse a la clínica de Puerto Arista, dan un pago mayor al establecido para externos, este pago suele variar.

“Le digo que, cuando venían los de barco, del mar, traían sus preservativos y los regalaban nunca nos cobraban, pero ellos regalaban, decían ellos no ahí les dejo 100 pesos, doscientos...”(Entrevistada 4).

Otra fuente son los turistas tanto nacionales como internacionales, los cuales principalmente durante el periodo de semana santa llegan a visitar las playas de Puerto Arista y generalmente acuden a la clínica en caso de sufrir algún problema de salud. Los turistas, así como los marineros suelen aportar un pago mayor al establecido.

“Pues, este en temporada vacacional, en semana santa, los primeros días, esto está llenísimo a reventar, yo he contado como unas cien personas al día, y bueno, hay unos, más los extranjeros que nos dejan hasta quinientos pesos, mil pesos y otros ya más nacionales, de cincuenta, cien, doscientos, pero en general es donde hay más apoyo.”(Entrevistado 1).

Una última fuente son las personas que eventualmente tienen medicamento de sobra, y lo suelen donar a la clínica.

2.- Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos

Todos los días el recaudador asignado para ese día, como parte de sus funciones, anota en una libreta el número de personas que aportaron al financiamiento, así como la cantidad que se dio, la comunidad de procedencia y si se les otorgó el medicamento, posteriormente, lo recaudado durante el día se guarda en la clínica bajo llave.

El viernes de cada semana se junta todo lo recaudado durante la semana, y se realiza un corte de caja, utilizando la información de la libreta que se asigna para los pagos, en este corte de caja participa el presidente del comité, el médico director de la clínica y los recaudadores.

Subcategorías Secundarias:

Tamaño del fondo, número de fondos y redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos.

En este aspecto tienen un solo fondo común para todos los recursos sin importar la procedencia de la fuente, el tamaño del fondo suele oscilar entre los dos mil ochocientos pesos y los cuatro mil doscientos pesos por semana aproximadamente, sin contar las donaciones. Este fondo se estimó a partir de la hoja de reporte mensual sobre la población atendida en la clínica de la comunidad, por otro lado todos los pobladores de la comunidad de Puerto Arista son miembros del financiamiento comunitario, y en el censo de la comunidad año 2019 se observó que toda la comunidad había sido usuaria de la clínica de Puerto Arista en al menos una ocasión ⁽⁵⁴⁾.

Por otra parte, las donaciones que se logran recaudar sobre todo en temporada alta, se guardan en una reserva, de la cual es responsable el presidente del comité de salud, esta reserva se utiliza para poder realizar las compras de mayor precio como las reparaciones a la unidad o la compra de aparatos o equipo médico.

Por último, respecto a la redistribución de los recursos, se encontró en primer lugar que toda la comunidad es miembro del financiamiento comunitario y según el censo 2019 de la Comunidad de

Puerto Arista, toda la comunidad participó en el, en segundo lugar encontramos que los ingresos de los miembros de la comunidad se agrupan en su mayoría en el segundo decil aproximadamente ocupando el 24.13% de la población. Por lo que la mayoría de los miembros que sustentan el financiamiento comunitario pertenecen al II decil, sin embargo al momento de redistribuir los ingresos del fondo común se utilizan por igual para todos creando un beneficio no solo para los miembros de la comunidad sino para todos los usuarios de la clínica. Lo que pareciera que fueran solo los deciles más bajos que sustentan a los deciles más altos que también pertenecen al financiamiento, sin embargo se encontró que no es así secundario a que son los deciles más bajos son los que usan el financiamiento y los más altos a pesar de ser beneficiarios tienen una baja utilización.

Otra manera de redistribución que encontramos la hace el gobierno, este juega un papel muy importante ya que por ejemplo si una persona que dio el pago de la consulta 20 pesos, y posteriormente se le otorgó el medicamento el cual no era necesario comprar con el financiamiento por que el gobierno ya lo había provisto con anterioridad, esos veinte pesos se utilizarían para otras necesidades como comprar pintura o arreglar las instalaciones, o comprar otros medicamentos que el gobierno no provee, de ésta manera se benefician también los otros usuarios.

En el caso de las personas más pobres que no pueden dar el pago al financiamiento, no se les excluye pero se benefician del financiamiento al igual que los demás usuarios, porque se les proporciona el medicamento por igual y también se benefician en que la clínica se mantenga en buenas condiciones.

3.-Asignación de recursos o acuerdos de compra

Con todo lo recaudado se realizan compras y pagos correspondientes a todas las necesidades que ellos consideran prioritarias para la atención en salud que se otorga en la clínica, y lo que llegara a ser un extra se coloca en una reserva.

- Respecto a qué es lo que se compra con los recursos recaudados, los recursos se asignan a tres grandes ramas funcionamiento de la unidad, los insumos para la atención médica y la administración del financiamiento, ramas que se subdividen en otras ramas las cuales tienen a su vez bien delimitado lo que se tiene que comprar.

A. Funcionamiento de la unidad

1.1 Mantenimiento de la unidad

A. Limpieza de la unidad:

a.1) lavandería: pago para el lavado de sábanas y cortinas.

a.2) aseo: compra de artículos de limpieza incluyen jabón, cloro, limpiadores, aromatizantes, jergas, escobas, recogedores.

a.3) Pago al personal de limpieza

B. Infraestructura:

Reparación o compra de puertas, ventiladores, climas, escalera de emergencia, baños, drenaje, lámparas, sillas, etc.

1.2 Pagos para los servicios básicos en la unidad

C. Pago para la luz

B. Insumos para la atención médica

D. Para el personal:

d.1) Pagos de desayunos al personal (Eventualmente).

d.2) Garrafrones de agua (dos diarios).

d.3) Tanque de gas para la cocina (bimensual)

d.4) Transporte a la Jurisdicción (cada mes mínimo)

E. Insumos para la clínica:

e.1) Materiales para curación: gasas, vendas, torundas, jabón quirúrgico, antisépticos/yodopovidona, cinta adhesiva y soluciones.

e.2) Aparatos: glucómetro, tiras reactivas y pilas.

e.3) Materiales para la atención en salud: abatelenguas, guantes, cubrebocas, agujas, jeringas y catéteres.

d.4) Otros: pintura, cortinas y utensilios.

F. Medicamentos para padecimientos agudos:

f.1) Enfermedades infecciosas: Antibióticos, analgésicos.

f.2) Emergencias: Adrenalina, oxitocina, amiodarona, salbutamol, nalbulfina, difenhidramina inyectable.

G. Otros Medicamentos

g.1) Dermatológicos: Sulfadiazina de plata.

g.2) Psicotrópicos: Diazepam, alprazolam.

g.3) Neumología: Beclometasona.

C. Administración del financiamiento

H. Pago a los recaudadores

- **Oferta (qué comprar, en qué forma y qué excluir)**

La priorización de las compras es un proceso basado en las necesidades de la población y se fundamentado en las hojas diarias de diagnóstico y en la hoja del control de medicamentos e insumos disponibles en la clínica. Eligen asignar el presupuesto a las ramas de administración del financiamiento, limpieza de la unidad y agua, posteriormente le toman preferencia en primer lugar a la rama de los medicamentos, estableciendo a los padecimientos agudos como prioritarios, en segundo lugar, asignan el presupuesto a los insumos

El proceso de exclusión se realiza mediante una negociación del personal de salud y el comité de salud con la comunidad,

- **Precios y regímenes de incentivos a qué precio y cómo pagar)**

- En cuanto a esto la compra de insumos se realiza con proveedores locales, los precios son variables, y no se tiene un proveedor en específico, pero el encargado de realizar las compras

que generalmente es miembro del comité de salud, realiza un estudio de mercado y le comunica los precios al comité y a los médicos quienes negocian al final que se compra.

A continuación se narra a detalle el proceso de priorización, excusión y precios.

La forma en que se priorizan los recursos para elegir que comprar, no es una manera sistemática, invariable, sino más bien está condicionada a las necesidades de la población, para saber cuáles son, el médico responsable de la unidad utiliza las hojas diarias donde se escribe el diagnóstico que se estableció en la consulta para basarse en los principales padecimientos de la población, también utiliza las hojas del control de medicamentos disponibles en la unidad y con todo esto realiza un listado de qué es lo que se necesita, posteriormente le comunica esta información al comité de salud, y ambos negocian respecto a la cantidad de recursos que se obtuvieron lo que se puede comprar.

Sin embargo, las ramas donde se tiene ya establecido un presupuesto fijo son la rama de los pagos donde se tiene que asignar:

- a. El pago a los recaudadores, éste pago a cambiado a través del tiempo como se explica en la historia del financiamiento, inició con 100 pesos al día cinco días a la semana y actualmente se les paga 250 pesos al día aproximadamente, por cinco días a la semana.
- b. El pago para la limpieza, al inicio del financiamiento, el recaudador tenía que realizar esta función, sin embargo, en la actualidad existe alguien de la comunidad que se encarga de realizar diario la limpieza de la unidad, esta persona recibe un pago de cincuenta pesos al día por cinco días, ya que durante los fines de semana es el personal de salud quién realiza esta función. En este apartado también es importante mencionar el pago para el servicio de lavandería, para este servicio existe una persona de la comunidad que realiza el lavado y planchado de sábanas, cortinas, y batas del personal responsable de la unidad. La cuál recibe un pago de ocho pesos por pieza, las veces que se requiera su servicio.
- c. El pago de la luz, en este aspecto la Jurisdicción es la responsable de realizar este pago, sin embargo, un problema que se tiene en otras comunidades como en Puerto Arista es el un alto uso de energía secundario a los climas y aparatos para enfriar, por otro lado, los precios a la luz son muy elevados (aproximadamente 20, 000 pesos al mes), lo que ocasiona que la jurisdicción no pueda realizar el pago, por lo tanto en algunas ocasiones la clínica se ve obligada a realizar este pago.
- d. El pago para la compra de garrafones de agua:
En este punto se compran aproximadamente dos garrafones diarios de agua, los cuales tienen un costo de quince pesos por garrafón, con un total de doscientos diez pesos semanales aproximadamente.

Otro aspecto importante en las compras es el proceso de exclusión, en este punto generalmente los recursos recaudados son limitados por lo que no alcanza para comprar todo, sin embargo, para elegir lo que sí se compra y lo que no, priorizan siempre en las necesidades de la población de Puerto Arista, sobre todas las demás comunidades. Como ya se mencionó después de asignar el presupuesto a las

ramas de la administración del financiamiento, limpieza de la unidad y agua, posteriormente le toman preferencia en primer lugar a la rama de los medicamentos, estableciendo a los padecimientos agudos como prioritarios, en segundo lugar, asignan el presupuesto a los insumos, donde el material para la curación y el material para la atención en salud tienen una igual importancia, en tercer lugar designan presupuesto a la papelería donde las hojas son lo primero que comprar y el tóner lo segundo. Por último, para todos los demás rubros se elige comprar a partir de lo que la población considera importante o prioritario, en este caso es en las juntas de prospera donde las personas de la comunidad, junto con el personal de salud y el comité de salud, determinan si se necesita pintar la clínica o si se compra algún aparato nuevo, este proceso es principalmente una negociación que se basa en la percepción que tiene la comunidad con la clínica.

Respecto a la frecuencia de las compras, éstas se realizan cada mes, exceptuando los pagos fijos como el pago para la luz, y el pago para los servicios, no obstante, en caso de que ocurra algún imprevisto, como que se descompusieran los baños, o los climas, o se terminara la tinta o las hojas, etc. Se realiza la compra en ese momento, si se cuenta con una reserva.

Las compras para los medicamentos, como se explica en la historia del financiamiento, iniciaron desde el 2012 hasta enero del 2017 aproximadamente y se realizaban con un proveedor que pertenecía a la farmacéutica privada subrogada por el estado, éste proveedor era un miembro de la comunidad el cual estaba contratado por la farmacéutica, él se encargaba de venderles los medicamentos al comité de salud, se tenía el trato de que se vendieran los medicamentos a precios más bajos, que las farmacias localizadas en Tonalá, (farmacias del ahorro o similares), este trato se terminó a partir de que , la jurisdicción sanitaria dejó de subrogar el servicio con la farmacéutica privada, posterior a esto, la comunidad, ya no continuó con la compra de medicamentos.

Sin embargo como se hablo anteriormente los recursos recaudados, se utilizan y se utilizaban no solo para la compra de medicamentos, si no también para la compra de insumos y el pago de los servicios para el personal de limpieza y lavandería. En cuanto a esto la compra de insumos se realiza con proveedores locales, ubicados en el municipio de Tonalá su cabecera municipal, y no se tiene un proveedor en específico, pero el encargado de realizar las compras que generalmente es miembro del comité de salud, elige los productos con los precios más económicos para comprar a través de un estudio de mercado y le comunica los precios al comité y a los médicos quienes negocian al final que se compra.

8.1.3 CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES

“El caso de Puerto Arista”

Formas organizacionales:

- Economías de escala y alcance
El financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, tiene una fuerte participación en el mercado reconocida y legitimada por la población y las personas

de las comunidades aledañas secundario a que es la primera opción para atender sus necesidades en salud sobre los proveedores de servicios de salud privados en la comunidad y en las comunidades aledañas.

- Relaciones contractuales

El acuerdo del pago de la consulta, como se describe en la historia del financiamiento fue establecido por la Doctora C, en el año 2007 aproximadamente. La razón por la que se planteó este trato fue que la Dra. C propuso que la clínica necesitaba a una persona que se encargara de la limpieza de la unidad, pero que se le tenía que dar un pago por su trabajo, y esta idea se la expuso a los restantes miembros del comité de salud quienes convocaron a una junta con la comunidad donde se estableció el acuerdo de que se les cobrara veinte pesos cada vez que se acudiera a la consulta a cualquier persona sea o no de la comunidad y que este dinero se utilizaría para la limpieza de la unidad.

“...Y este como el comité nada más eran tres, la Dra. Chon, el agente Municipal en ese tiempo estaba Don Arturo y doña Flor una señora de la colonia, de ahí este era el comité y como nadie quería entrar pue a limpiar por eso pues, a mí me contrataron...”(Entrevistada 4).

“Entonces cuando estabas ahí en la clínica, ¿que era lo que te ponían a hacer, osea como todo lo que hacías?”(Entrevistadora).

“Este barría y trapeaba, lavaba sábanas, baños eso es lo que empecé haciendo y este limpiaba afuera la banqueta, todo puertas, ventanas, todo eso y lo de allá arriba también el cuarto.”(Entrevistada 4).

“¿También hacían los de los pasantes? (Entrevistadora).

“Todo, y es todo lo que hacía, entraba a las ocho y salía a las tres ...”(Entrevistada 4).

Este acuerdo de pago inicialmente estaba escrito y firmado por los miembros del comité y los representantes de la comunidad. Sin embargo, ahora solo es un acuerdo de palabra. El acuerdo involucra a toda la comunidad y miembros que no pertenezcan a ella pero que soliciten atención en salud en la clínica de Puerto Arista, también implica al personal de salud y a los miembros del comité de salud.

Con el paso del tiempo, éste acuerdo a tenido algunas modificaciones en función de hacerlo más adaptable a las necesidades de la comunidad.

Uno de las modificaciones fue el incremento de la tarifa a treinta pesos para los externos, secundario a que la mayoría de la población de las comunidades aledañas, preferían ir a consulta a la clínica del Puerto Arista ya que se les proporcionaban todos los medicamentos e insumos necesarios para su atención más que en sus propias comunidades.

Otra modificación fue que la recaudación obtenida del turno vespertino y nocturno, fuera para los pasantes médicos y enfermeros como un apoyo que la comunidad les brindaba en lugar de que se les proporcionaran los alimentos.

Estas modificaciones se siguen respetando en la actualidad.

Respecto al acuerdo que se tenía con el proveedor de la farmacéutica privada, el acuerdo actualmente ya no se encuentra vigente.

Régimen de incentivos organizacionales:

- Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales.

Como se explicó anteriormente, en el diseño del financiamiento, los recursos recaudados son agrupados en un fondo común, sin embargo, cuentan con una reserva para guardar las donaciones que se logran recaudar sobre todo en temporada alta. Empero esta reserva suele ser muy limitada y variable, porque depende de cómo haya sido la temporada. Aunado a esto otro factor que hace que sea una reserva muy limitada es que generalmente ni si quiera se llegan a obtener los recursos suficientes para realizar todas las compras y pagos imprescindibles.

Respecto a las responsabilidades de quienes manejan los recursos, cabe mencionar que es el comité de salud junto con el personal de salud, quienes se encargan del manejo de los recursos, sin embargo, quienes realizan la mayoría del proceso administrativo es el comité de salud, en este contexto, las responsabilidades asignadas como comité de salud no se encuentran escritas como tal en una carta de responsabilidades, más bien son a través de acuerdos internos de palabra donde se establecen sus funciones.

Para rendición de cuentas del financiamiento comunitario se realizan cada mes durante la junta de prospera, una plática con la comunidad para exponer la situación en la que se encuentra la clínica, y se explica todo lo que se compró y los pagos que se realizaron con los recursos que se obtuvieron del financiamiento. También se atienden las quejas de la comunidad y se decide por votación cuáles son las prioridades que se deben de atender, como pintar la clínica, reparar los climas, etc.

Finalmente, cada año, se hace una reunión con toda la comunidad convocada por el director de la clínica, donde se hace una recapitulación de todo lo más importante del año, y se expone la problemática de la comunidad encontrada en salud, así como propuestas para mejorarla, y para tratar las inconformidades surgidas en el financiamiento.

Integración organizacional/ fragmentación:

- Horizontal/Vertical

El presidente del comité de salud es el encargado de administrar todos los recursos del financiamiento, también tiene la responsabilidad de guardar los recursos, y de organizar las tareas o funciones que tienen los demás miembros del comité en el proceso administrativo, y de designar a un encargado de la comunidad de realizar las compras del financiamiento, que generalmente son los propios recaudadores o alguien que se considere de confianza de la comunidad.

Igualmente, el médico director de la clínica de Puerto Arista es el que se encarga junto con el presidente del comité de salud de gestionar los recursos de acuerdo a las necesidades de la

población., la responsabilidad del personal médico es de igual importancia, debido a que éste realiza la administración pero de los recursos que se encuentran en la clínica, los insumos y medicamentos disponibles, así como de llevar un control de éstos, y sobre todo de realizar la planeación de lo que la clínica necesitará conforme al panorama epidemiológico de la población.

En este contexto cada miembro del financiamiento tiene sus propias funciones, en el caso de los recaudadores, son los que realizan los cobros a la comunidad, y mantienen una libreta para el control de ingresos donde anotan el número de personas que aportaron al financiamiento, así como la cantidad que se dio, la comunidad de procedencia y si se les otorgó el medicamento. También se encargan la mayoría de las ocasiones de realizar las compras.

Por otro lado, los miembros de la comunidad, aunque no tienen las mismas responsabilidades que las otras autoridades en el financiamiento, debido a que tienen un rol menos activo porque sólo se involucran en el proceso de elegir las compras, y aunque, no se les involucra directamente en el proceso de administración, si se les mantiene informados, y no se les quita la autoridad de decidir en cualquier momento de elegir qué hacer con los recursos.

El que se encarga de coordinar todo el proceso del financiamiento es el presidente del comité de salud, y el médico responsable de la unidad, en caso de que alguno de ellos no pudiera hacerse responsable de esta función, se designa a un miembro del comité para que éste las realice.

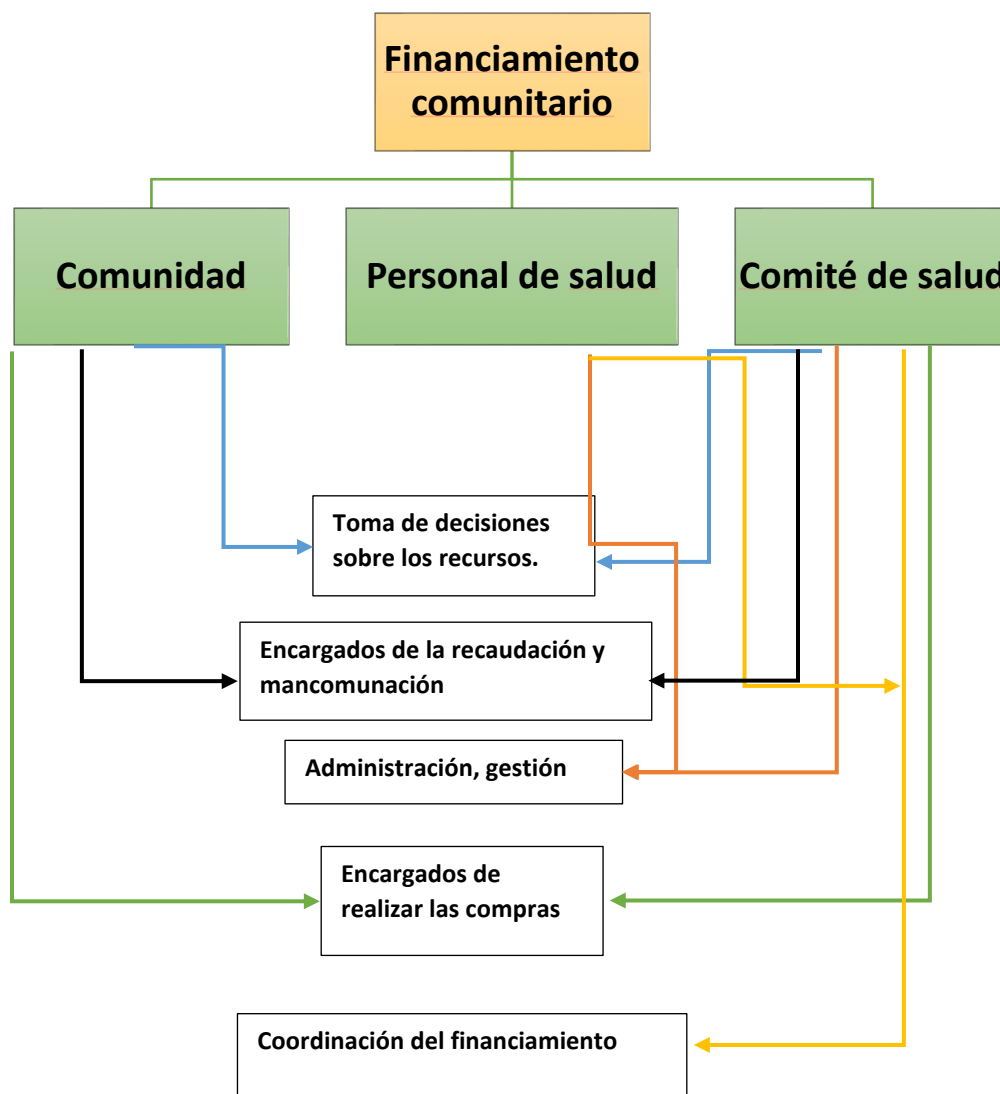
En la figura 7 se muestra un el organigrama de la organización del financiamiento comunitario en salud, a través de los diferentes niveles de organización y a continuación se describen esos niveles.

Recapitulando en el proceso de organización podemos describir que existe un solo nivel de diferenciación vertical en el cual se involucra el comité de salud, el personal de salud responsable de la clínica y la comunidad perse, donde todos tienen la misma autoridad, y derechos para elegir que se hace con el financiamiento.

Por otro lado, encontramos cinco tipos de diferenciación horizontal, y son los siguientes:

1. Administración, gestión: Comité de salud, personal médico de la clínica.
2. Coordinación del financiamiento: presidente del comité de salud, y responsable médico de la clínica.
3. Encargados de la recaudación y mancomunación: Recaudadores, y presidente del comité de salud.
4. Encargados del proceso de compra: Recaudadores y/o persona de confianza de la comunidad.
5. Toma de decisiones sobre los recursos: Personal de salud, Comité de salud y miembros de la comunidad.

Figura 7.- Organigrama del Financiamiento comunitario en salud del estudio de caso de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.



Fuente: Elaboración propia a partir de trabajo de campo, entrevistas y observación directa del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas

Para continuar con los resultados cuantitativos es importante explicar que esta investigación a pesar de contar con un componente cuantitativo y otro cualitativo, no es un estudio mixto por que explora diferentes partes del financiamiento comunitario. Sin embargo ambas partes son igual de importantes para poder tener una idea más integral de este financiamiento.

8.2 RESULTADOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO

A continuación se presentan las características sociodemográficas, de la vivienda y afiliación y uso de los servicios de salud, de la comunidad de Puerto Arista.

La comunidad está compuesta aproximadamente de 673 habitantes, con un total de 176 familias y 149 hogares, según el Censo de la comunidad de año 2019. En promedio cada familia está integrada de 3.5 personas (ver tabla 5), y la edad del jefe del hogar oscila en los 48.62 años. , La mayoría de los integrantes del hogar tienen de 15 a 64 años, y prevalecen en el hogar principalmente las mujeres, el porcentaje de niños en el hogar es muy bajo.

Tabla 8.- Características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Promedios
No de integrantes por hogar	3.58
No de familias por hogar	1.034
Edad del jefe o la jefa del hogar	48.62 años
Integrantes del hogar menores de 15 años	20.19%
Integrantes del hogar del 15 a 64 años	64.42%
Integrantes del hogar de 65 y más años	13.46%
Porcentaje de mujeres	54.80%
Porcentaje de niños <=5 años	2.88%
Religión Católica	68.97%
Ninguna	20.69%
Otras	10.35%

Fuente: elaboración propia

Respecto a las características de la vivienda encontramos que menos de la mitad de los hogares son propios, (ver tabla 9) y que en más de la mitad de los hogares sus techos son de lámina, sin embargo casi todos tienen piso de cemento. Por último un dato alarmante es que el 79.31% de los hogares no tiene agua entubada.

Tabla 9.- Características de la vivienda

Características de la vivienda	Promedios
Propia	44.83%
Rentada	34.48%
Prestada	20.69%
Techo lámina	51.72%
Techo concreto	44.83%

Techo cartón	3.45%
Agua entubada	20.69%
Medidor de luz	44.83%
Combustible para cocinar tipo gas	51.72%
leña y gas	48.28%
Cocina aparte	93.1%
Aire acondicionado	13.14%

Fuente: elaboración propia

Finalmente en la tabla 10, se muestran las condiciones de afiliación y uso de los servicios de salud, otro dato sobresaliente y que no podemos restarle importancia es que el 79.31% población abierta y que la mayoría de la población hace uso de la clínica para atender sus necesidades en salud, de éstas últimas se encontró que más de la mitad de la población tiene enfermedades crónicas donde la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial son las más frecuentes respectivamente.

Tabla 10.-Afiliación y uso de los servicios de salud

Afiliación y Uso de los servicios de salud	Promedios
Población abierta	79.31%
IMSS	17.24%
ISSSTE	3.45%
Uso clínica /privado	34.48%
Uso clínica	44.83%
Uso clínica/IMSS	17.24%
Uso clínica /ISSSTE	3.45%
Enfermedades crónicas	62.07% sí

Fuente: elaboración propia

A continuación se muestra en la tabla 11 con los ingresos Deciles de Ingreso Nacional y a nivel del Estado de Chiapas, con el porcentaje de hogares correspondiente de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Tabla 11. Deciles de Ingreso Nacional y a nivel del Estado de Chiapas y porcentaje de hogares correspondiente de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas

DECILES	Deciles de Ingreso Nacional	Porcentaje de hogares	Deciles de Ingreso para el estado de Chiapas	Porcentaje de hogares
I	\$37,822.59	3.45%	\$21,714	0 %
II	\$66,821.44	24.13%	\$36,068	3.45 %
III	\$88,934.77	10.34%	\$47,100	6.90%
IV	\$110,799.07	10.34%	\$57,430	3.45%
V	\$134,132.62	20.68%	\$69,033	13.79%
VI	\$161,687.13	3.44%	\$83,377	6.90%
VII	\$197,658.65	6.89%	\$102,805	13.79%
VIII	\$244,396.304	6.89%	\$131,398	20.69%
IX	\$326,184.08	10.34%	\$182,729	6.90%
X	\$692,079.2	3.44%	\$368,613	24.14%

Fuente: elaboración propia obtenida de la muestra de hogares entrevistados en la comunidad. Los deciles del ingreso, se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares en México 2018 (INEGI), y fueron actualizados por inflación a febrero de 2020.

Aquí se puede observar que el 20% de la población pertenece a los deciles VIII y más, sólo el 3.5% al decil I a nivel Nacional, sin embargo a nivel estatal se observa un cambio muy drástico debido a que más del 50% pertenece a los deciles VIII y más.

A continuación se muestra el análisis socioeconómico, de ingreso gasto de los hogares y el gasto en salud (tabla 12).

Tabla 12.-Características socioeconómicas y de gasto en salud la comunidad de Puerto Arista, Chiapas

DECILES	Deciles de Ingreso anuales (ENIGH 2018), precios de febrero del 2020. NACIONALES	Porcentaje de hogares por decil de ingreso,	Capacidad de pago del hogar (Gasto total – gasto en alimentos)	Porcentaje de Gasto en salud respecto a su capacidad de pago	Porcentaje de financiamiento respecto al gasto en Salud
I	\$37,822.59	3.45%	\$18,874	19.28%	2.19%
II	\$66,821.44	24.13%	\$30,408.71	5.65%	7.36%
III	\$88,934.77	10.34%	\$64,799.67	18.39%	0.55%
IV	\$110,799.07	10.34%	\$62,284	30.02%	0.93%
V	\$134,132.62	20.68%	\$75,542.17	10.57%	1.37%
VI	\$161,687.13	3.44%	\$77,154	15.65%	0.66%
VII	\$197,658.65	6.89%	\$88,080	12.84%	1.98%
VIII	\$244,396.304	6.89%	\$175,975	10.44%	0.82%
IX	\$326,184.08	10.34%	\$249,878	17.74%	0.49%
X	\$692,079.2	3.44%	\$115,341	9.64%	0.71%

Fuente: elaboración propia obtenida de la muestra de hogares entrevistados en la comunidad.

De acuerdo con las características socioeconómicas de ingreso gasto del hogar en la comunidad de Puerto Arista, Chiapas (ver tabla 12) el 68.94% de los hogares de la comunidad se encuentran en los primeros cinco deciles de ingreso a nivel Nacional, no obstante el decil II tiene mayor predominio en la población; donde la capacidad de pago promedio de la Comunidad de Puerto Arista, anual es de \$ 87,464.76 MNX para el año 2020.

Continuando con el análisis, los resultados del gasto en salud nos indicaron que los primeros deciles, I, III y IV tienen los mayores los gastos en salud, excluyendo al decil II el cuál fue el que tuvo menor gasto en salud de todos con un 5.65%.

En la última columna de la tabla 12, se muestra la información que responde a la pregunta de investigación **¿Cuánto representa el porcentaje de cuotas del financiamiento comunitario respecto a su gasto en salud de los hogares?** La proporción oscila desde el 0.55 % hasta el 7 % del gasto en salud.

El resto de la atención en salud, es financiado a través de gasto de bolsillo por parte de las personas que viven en la comunidad, (ver la tabla 12, porcentaje del gasto en salud).

Una última información relevante que nos arrojó el análisis de la investigación fue que el porcentaje del gasto en salud, oscila desde un 5 % hasta un 30 % de su capacidad de pago, dependiendo del evento en salud que se presente.

A continuación, en la tabla 13, se indican los principales componentes del gasto en salud y su porcentaje respecto al gasto total en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Tabla 13.- Componentes del gasto en salud respecto a su ingreso total y su porcentaje respecto al gasto total en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Componente del gasto en salud	Porcentajes
Embarazo	3.18%
Parto	0%
Consulta general	7.98%
Consulta especializada	2.60%
Control de peso	0%
Consulta dental	8.16%
Medicamentos	31.87%
Material de curación	0%
Vitaminas	3.26
Hospitalizaciones	9.33 %
Cirugías	4.77 %
Rayos X	0%
Laboratorios	10.4%
Lentes	3.66%
Aparatos ortopédicos	0%
Rehabilitación	0%
Medicina Tradicional	0%
Medicina alternativa	0%
Transporte para la atención en salud	14.9%
Seguros privados en salud	0%
Financiamiento comunitario	1.06%
TOTALES	100%

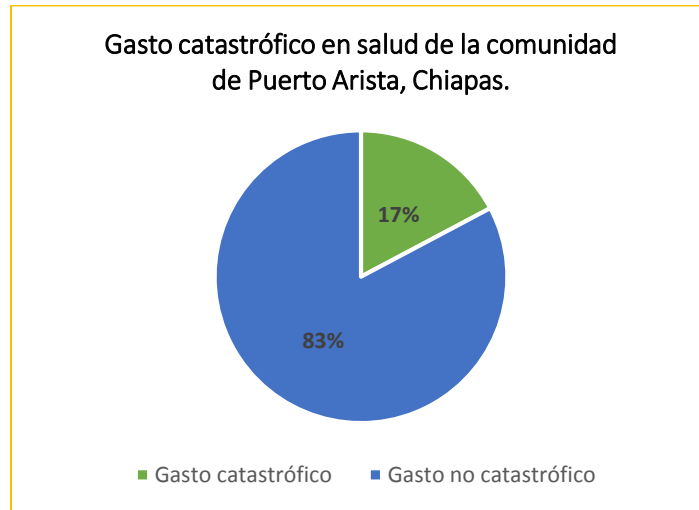
Fuente: Elaboración propia retomado de la información de las encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

En la tabla no. 9 podemos observar que el mayor gasto en salud que hace la comunidad está destinado a los medicamentos en primer lugar, al transporte para la atención médica en salud en segundo lugar y por último a los laboratorios.

Por lo que se refiere al gasto catastrófico en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, encontramos que el 13.79% de los hogares de la comunidad de Puerto Arista, Incurrieron en un gasto catastrófico.

En la siguiente gráfica (figura 8) se ilustra el porcentaje de gastos catastróficos y no catastróficos en salud, de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

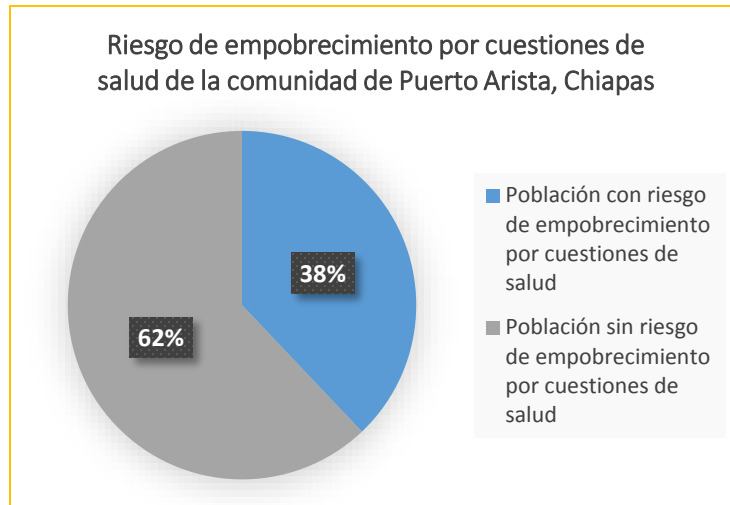
Figura 8.- Gasto catastrófico en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.



Fuente: Elaboración propia retomado de la información de las encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Por lo que se refiere al porcentaje de personas de la comunidad que se endeudaron por cuestiones en salud, se encontró que el 37.93% de la población pidió préstamos y empeño bienes del hogar para atender su salud, a continuación se ilustra en una gráfica.

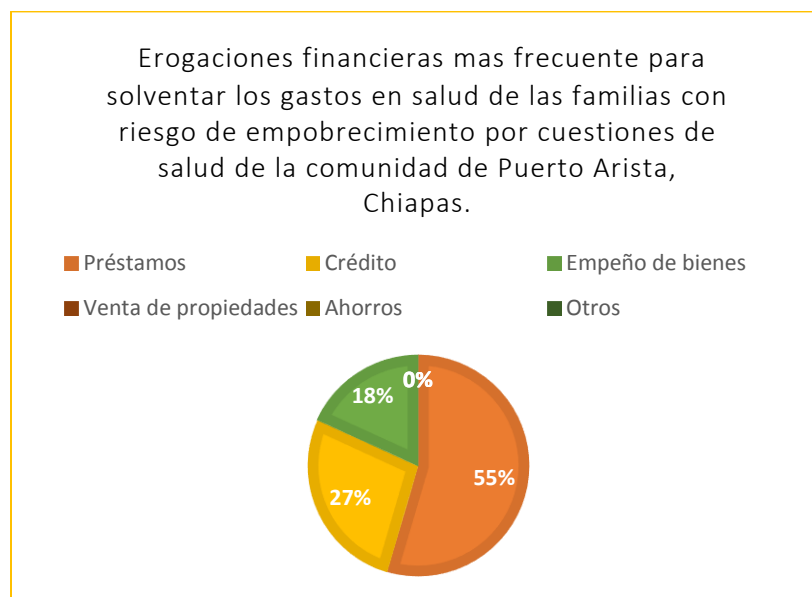
Figura 9.- Porcentaje de riesgo de empobrecimiento por cuestiones de salud de la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas.



Fuente: Elaboración propia retomado de la información de las encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Y para concluir se ilustra en una gráfica (figura 10) y una tabla (tabla 14), con el tipo de erogación financiera más frecuente que utilizaron los miembros de las familias con riesgo de empobrecimiento por cuestiones de salud para solventar sus gastos en salud.

Figura 10.- Erogaciones financieras más frecuente para solventar los gastos en salud de las familias con riesgo de empobrecimiento por cuestiones de salud en la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.



Fuente: Elaboración propia retomado de la información de las encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Tabla 14.- Porcentaje de las erogaciones financieras más utilizadas para solventar los gastos en salud de las familias con riesgo de empobrecimiento por cuestiones de salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

TIPO DE RECURSO FINANCIERO	PORCENTAJE
Préstamos	54.55%
Crédito	27.27%
Empeño de bienes	18.18%
Venta de propiedades	0%
Ahorros	0%
Otros	0%

Fuente: Elaboración propia retomado de la información de las encuestas aplicadas a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Tabla que nos enseña que el préstamo fue la erogación financiera recurrida en más de la mitad de los hogares con riesgo de pobreza por cuestiones de salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, para que pudieran solventar sus gastos en salud.

CAPÍTULO 9.- DISCUSIONES

DISCUSIÓN CUALITATIVA

Al momento de realizar la exploración del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, surgió como un hallazgo de las entrevistas una nueva categoría, que el presente estudio no tenía previsto abordarla desde un inicio, sin embargo durante el proceso de recolección de datos de la presente investigación, tuvo una constante aparición y nos dio mucho mayor claridad al momento de explorar las categorías de diseño y organización por lo que se decidió abordarla, además de que a través de esta categoría logramos entender un poco más o acercarnos a cuáles fueron las condiciones y en qué contexto surge esta iniciativa de realizar el financiamiento comunitario, alcanzando así tener una visión más integral del mismo. Esta categoría es la Historia de financiamiento comunitario en salud, de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

El objetivo aquí será inicialmente darle respuesta a nuestras preguntas de investigación, pero sin perder nunca el constante diálogo con la historia del financiamiento, no pretendemos alcanzar grandes teorizaciones, debido que al ser un estudio exploratorio una de sus principales limitaciones es que no se pueden realizar conjeturas ni explicaciones de los fenómenos observados, sin embargo estos resultados exploratorios; nos ofrecen una buena base conceptual y metodológica para seguir desarrollando nuevas investigaciones y sobretodo que contribuyan a crear consciencia de la existencia de éstas nuevas alternativas que se están manifestando, para financiar la salud.

Los puntos principales que se abordarán en esta discusión son los siguientes:

- 1) ¿Qué nos hace ver que es un financiamiento comunitario en salud?
- 2) ¿Cuál es la diferencia entre un gasto de bolsillo en salud y un financiamiento comunitario en salud?
- 3) ¿Qué difiere un copago de un financiamiento comunitario en salud?
- 4) Diseño
- 5) Organización
- 6) El estado actual del financiamiento

1) ¿Qué nos hace ver que es un financiamiento comunitario en salud?

Como se mencionó a lo largo de este estudio el término el financiamiento comunitario en salud, ha sido descrito por diversos autores, donde cada uno establece criterios para que se pueda definir lo que es un financiamiento comunitario en salud, sin embargo, nosotros retomamos para el marco teórico la siguiente definición:

El financiamiento comunitario en salud definido por Dror y Preker ⁽⁷⁾ "es una expresión genérica utilizada para describir una gran variedad de acuerdos de financiación de la salud... "microseguros, fondos de salud comunitarios, organizaciones de salud mutuas, seguro de salud rural, fondos de medicamentos rotatorios y participación comunitaria en la gestión de tarifas de usuarios".

La cuál nos deja ver la gran amplitud de acuerdos que puede abarcar un financiamiento comunitario, acuerdos donde según la naturaleza de los mismos, tienen diferencias en la forma en cómo se recaudan, mancomunan y se realizan las compras.

En este sentido el financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, es concorde claramente a esta definición porque es un tipo de acuerdo para financiar la salud, como lo estipula Dror y Preker.

No obstante, existen otras características que nos pueden guiar para saber que es un financiamiento comunitario en salud y para ello basándonos en la revisión de Alexander S. Preker and Guy Carrin ⁽⁵¹⁾ en la cual, se mencionan que independientemente de la terminología utilizada, para definir un financiamiento comunitario, numerosos autores, convergen en varios puntos en común, que son descriptores claves de los financiamientos comunitarios en salud, estos son:

El importante papel de la comunidad, la naturaleza del grupo beneficiario y los valores sociales que subyacen al diseño de los esquemas.

El importante papel de la comunidad se refiere a el papel predominante de la comunidad en la movilización, agrupación, asignación y gestión o supervisar (o ambos) de los recursos de atención médica ⁽⁵¹⁾.

En este aspecto, la comunidad de Puerto Arista, Chiapas tiene un papel predominante en todo el financiamiento, debido a que ellos son los encargados del proceso de recaudación, mancomunación, realización de compras, así como la administración, coordinación y toma de decisiones del financiamiento, junto con el personal médico.

La descripción del grupo beneficiario, alude a las personas que serán favorecidas por el financiamiento, por lo general, se espera que el financiamiento comunitario atraiga a quienes no tienen acceso a protección financiera y no tienen acceso a otros arreglos de financiamiento de atención médica. En otras palabras, aquellos que no están empleados en el sector formal y, por lo tanto, no son elegibles para formar parte de los planes de seguro social; los que no pueden aprovechar los servicios de salud financiados con impuestos generales debido a las barreras de acceso geográfico, la falta de atención y medicamentos necesarios, o ambos; y aquellos que no pueden pagar la atención médica privada basada en el mercado ⁽⁵¹⁾.

Respecto a este punto, tenemos que más del 80% de la población de Puerto Arista, no cuenta con algún tipo de afiliación en salud, secundario a que la mayoría son trabajadores informales que viven de la pesca y el comercio.

Por último, respecto a los valores y principios sociales que subyacen en el diseño del financiamiento comunitario, apunta a los principios de participación voluntaria, mecanismos de solidaridad integrados y reciprocidad, así como la inclusión o ayuda a los más pobres, y responsabilidad, compromiso social. ⁽⁵¹⁾.

En cuanto a esto, es necesario resaltar, que la comunidad tiene un sentido de compromiso con la clínica y su salud, por qué como se muestra en los resultados del diseño la mayoría de la población está de acuerdo en dar un pago si es para mejorar las condiciones de la clínica y pagarle al personal de limpieza, por otro lado respecto a la inclusión o ayuda a los más pobres los recaudadores al ser miembros de la comunidad conocen quienes pueden pagar, o no y en este sentido, a las personas que no tienen la capacidad financiera de dar el pago, no se les obliga a darlo, por lo que no se excluye a los más pobres .

Continuando con la discusión existe otra característica importante que se debe de tener en cuenta al momento de saber que es un financiamiento comunitario en salud, y es que un financiamiento comunitario en salud, no cuenta necesariamente con las mismas características de un financiamiento de un sistema de salud, con esto nos referimos a que un financiamiento para un sistema de salud, necesariamente como establece la OMS debe de brindar protección financiera, a través un mecanismo de prepago y la agrupación en fondos para compartir los riesgos ⁽³⁾.

Si bien los financiamientos comunitarios también obedecen al principio de brindar protección financiera, también pueden tener otros mecanismos para compartir los riesgos, que no sean necesariamente un prepago ⁽⁵¹⁾.

Como nos aclara McPake, Hanson y Mills ⁽⁵⁰⁾ “El término financiamiento comunitario significa, un sistema que comprende el pago al consumidor (ya sea como tarifa de usuario, alguna forma de mecanismo de prepago u otro cargo) por servicios de salud a nivel comunitario, cuyos ingresos se retienen dentro del sector de la salud y gestionado a nivel local. . . . Además, a veces se argumenta que el financiamiento comunitario es una forma de participación comunitaria que asegura que las comunidades no sean solo receptores pasivos de servicios”.

Concorde con éste autor, los resultados de financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, nos muestra a través de su historia que efectivamente se contaba con una base de prepago, que se recaudaba en las juntas del programa Prospera, realizadas cada mes, sin

embargo, posterior a el cambio de la nueva administración, este programa social desapareció y con ello la recaudación de cuotas por prepago, a pesar de ello, los resultados nos demuestran que el financiamiento comunitario continuó, debido a que se encontraron otros mecanismos para compartir los riesgos, además de que la comunidad continuó gestionando los recursos en salud y siendo partícipes en los servicios de salud que brinda la clínica.

Finalmente un aspecto que nos deja ver que es un financiamiento comunitario en salud, es que la comunidad reconozca este acuerdo, que haya un compromiso comunitario, que la comunidad participe o colabore en él acuerdo, y que den razón de su existencia, ya sea a través de su lenguaje, prácticas o experiencias ⁽⁵⁵⁾.

En este tenor, pudimos apreciar en el discurso de las entrevistas, que el personal de salud hacía referencia del *financiamiento en salud*, con éste mismo término, en este sentido los miembros del comité de salud, utilizaban la palabra *pago en salud*, para referirse al financiamiento en salud, sin embargo al momento de describirnos las etapas de diseño del financiamiento, ellos utilizaban los términos de *recaudación, acuerdos de compra, ingresos, fondos, organización*, y finalmente, al preguntarles sobre las actividades que se les asignaban o de las cuales eran responsables, ellos mismos se atribuían el término de *recaudadores*.

Así mismo en las encuestas cuantitativas, cuando se les preguntó si estaban de acuerdo o no en dar el pago para la clínica, no hubo ningún encuestado que no supiera a que nos referíamos, todos tenían conocimiento y como se mencionó la mayoría estaba de acuerdo en dar un pago.

2).- ¿Cuál es la diferencia entre gasto de bolsillo en salud y financiamiento comunitario en salud?

Por otro lado es fundamental continuar la discusión cualitativa con la comprensión de la diferencia del gasto de bolsillo con un financiamiento comunitario, secundario a que en muchas ocasiones suelen confundirse debido a que los financiamientos comunitarios en salud son poco visibles en esta época, aunado al desconocimiento de estos esquemas en nuestro país, y por último por la diversidad de esquemas de financiamiento donde cada uno puede tener distintas formas de recaudación y mancomunación de los recursos.

Iniciando con el gasto de bolsillo, este suele definirse por la OMS, como todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud, estos engloban a los honorarios de médicos, las compras de medicamentos y facturas de hospital; así como los gastos en medicina alternativa y tradicional, descartando los gastos de transporte realizados para recibir asistencia sanitaria y los referentes a nutrición especial. Por otro lado el gasto de bolsillo debe ser deducido de cualquier reembolso realizado por un seguro ⁽⁵³⁾.

Ahora continuando con la discusión, para poder explicar esta diferencia entre el financiamiento comunitario en salud y el gasto de bolsillo es necesario remitirnos a la historia de los mismos, para poder entender que éstos justamente se dieron como mecanismos para paliar los gastos en salud.

En el siglo pasado, las cooperativas comunitarias, las sociedades locales de ayuda mutua, y fondos funerarios locales han patrocinado y administrado fondos locales de salud. Posteriormente, a fines de la década de 1950, el inicio de un programa nacional administrado y basado en el financiamiento

comunitario en China: el Sistema médico cooperativo (CMS), capturó la atención del mundo con el potencial de los esfuerzos comunitarios para movilizar recursos y proporcionar atención de salud rentable para la población rural ⁽⁵⁶⁾.

Muchos otros esquemas de financiamientos comunitarios, fueron surgiendo a través de la historia, inclusive en la actualidad ya existen varios estudios importantes que han revisado y resumido a los numerosos esquemas de financiamientos comunitarios en salud en todo el mundo ⁽⁵⁶⁾.

En conclusión el financiamiento comunitario puede definirse en términos generales como cualquier esquema que tenga tres características: control de comunidad, membresía voluntaria y prepago, para atención médica por parte de los miembros de la comunidad ⁽⁵⁵⁾.

Aclaremos que esta definición es puramente económica, y la retomamos solo en este apartado para ilustrar mejor la diferencia entre el gasto de bolsillo y los financiamientos, puesto que esta definición, nos refiere únicamente a la naturaleza del diseño, no de las demás características de los financiamientos comunitarios, y hace el esfuerzo de equiparar estas características de los diseños de los financiamientos comunitarios con los financiamientos de los sistemas de salud. Por que como se explicó en el apartado de diseño existen otras características básicas para poder reconocer estos esquemas que van más allá de esta definición, aunado a la variabilidad de los esquemas de financiamiento comunitario, por lo que sería irresponsable e imposible juzgar a los financiamientos por la composición de estos tres rubros.

En este contexto ya sabiendo las definiciones del gasto de bolsillo como de los financiamientos comunitarios ambos en salud, podemos observar claramente las diferencias entre uno y otro, la primera diferencia reside en que los gastos de bolsillo en salud son pagos directos en salud, y en este sentido los financiamientos comunitarios se constituyen a partir de unas base de prepago, la cual evita que las personas que den este pago incurran dificultades financieras como el gasto catastrófico y con ello al empobrecimiento.

Otra diferencia que resalta a la vista es que los recursos no son usados para el mismo fin, con esto nos referimos a que en el caso del gasto de bolsillo en salud como lo refiere la OMS, cubre aspectos muy específicos como los honorarios de médicos, las compras de medicamentos y facturas de hospital; los gastos en medicina alternativa y tradicional, sin embargo el gasto de bolsillo cubre estos aspectos de forma individual, tiene un carácter obligatorio ya que es necesario darlos para poder obtener el beneficio en salud y se satisfacen al momento, debido a que solo abarcan este beneficio en una sola ocasión. Pero en el caso de los financiamientos comunitarios en salud, los recursos se mancomunan y se redistribuyen lo que genera que en primer lugar pierdan su carácter individual y para convertirse en colectivos, lo que causa que los recursos puedan usarse no solo para cubrir el costo de una consulta o la compra de un medicamento, si no que estos recursos sirven para junto con otros para hacer compras de mayor envergadura.

Y por último los gastos de bolsillo no son redistribuidos para disminuir los riesgos esto por el hecho de ser gastos individuales, a comparación de los financiamientos comunitarios que sí realizan el mecanismo de redistribución entre sus miembros.

3).- ¿Qué difiere un copago de un financiamiento comunitario?

Por otra parte un financiamiento comunitario también podría confundirse con un mecanismo de copago, por la manera en que se da una cuota por consulta como en caso del Financiamiento en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, sin embargo es crucial también poder ver esta diferencia. En este sentido denominamos al copago como el monto que tiene que pagar el afiliado para acceder a un servicio o bien en salud, el cual consiste en la diferencia entre el precio total de un servicio y el precio que cubre un plan de salud. Y este obligatoriamente se tiene que dar en el momento de la utilización del servicio o bien en salud, para poder obtener este beneficio^{(57) (58) (53)}.

En este aspecto el copago tiene una característica de ser un pago individual debido a que solo cubre el bien o servicio en salud de un beneficiado, por lo que el copago no se mancomuna en ningún fondo común y esto hace que ya no se pueda redistribuir a los demás miembros del seguro. Contrario a esto en los financiamientos comunitarios los beneficiarios dan una cuota, en ocasiones es por consulta y en ocasiones es un prepago, que posteriormente se va a un fondo común y se redistribuye a los demás miembros del financiamiento por lo que pierde su carácter individual.

Ejemplo de esto es el caso de la comunidad de Puerto Arista donde esta cuota por consulta, era el mecanismo en como ellos recaudaban los ingresos, ingresos que posteriormente se iban a un fondo común y se redistribuía en todos los miembros del financiamiento. Esto sin olvidar que su financiamiento tuvo una base de prepago durante más de 13 años.

En este aspecto Jakab M y Krishnan⁽⁵¹⁾ nos explican que la mayoría de los esquemas de financiamiento comunitario dependen de una combinación de fuentes de ingresos que incluyen prepago, cargos a los usuarios, subsidio gubernamental y asistencia de donantes. Sin embargo, a pesar de las grandes variaciones en la composición de las fuentes de ingresos, parece que los esquemas rara vez pueden recaudar suficientes recursos solo de prepago. Como resultado, los cargos de los usuarios a menudo se utilizan junto con otros recursos, por lo que la mayoría de los esquemas dependen de alguna forma de financiamiento externo (subsidio del gobierno, donantes, apoyos).

Esta explicación también va ligada a que existen determinantes principales de la disposición de los miembros de la comunidad a pagar por adelantado en los financiamientos comunitarios, en este punto la teoría económica sugiere que la voluntad de los hogares de pagar por adelantado depende de su creencia de que al hacerlo ganarán económicamente o en atención médica o ambos. Eso es que el financiamiento depende de la disposición a pagar de la comunidad, más específicamente del deseo de la comunidad de dar un prepago⁽⁵⁶⁾.

El último aspecto que nos revela que la diferencia entre los financiamientos comunitarios en salud y el copago, es que el primero es voluntario, mientras que el último es un pago obligatorio para recibir el servicio o bien en salud. Al contrario de los financiamientos comunitarios en salud.

4).-Diseño

Las características de diseño encontradas en el financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, fueron en su mayoría las que se establecen en el marco teórico propuesto por Alexander S. Preker y Guy Carrin⁽³⁷⁾ para el análisis de los financiamientos comunitarios en salud. Se encontró un diseño y una organización con casi todos los componentes, exceptuando lo siguiente: En los mecanismos de recaudación de ingresos, específicamente en los subsidios para cubrir a los pobres, el financiamiento comunitario no recibe ningún subsidio por parte del gobierno o de algún organismo oficial. En este sentido como lo considera Jakab M y Krishnan⁽⁵¹⁾ el apoyo de donantes y financiamiento del gobierno es una de las características de diseño considerada como exitosa para un financiamiento comunitario en salud.

De igual manera en los mecanismos de recaudación de ingresos, con relación al nivel de prepago comparado con tarifa por servicio, este estudio no logró contabilizar como tal un nivel de prepago, debido a la temporalidad en la que se recabaron los datos, secundario a que la suspensión del prepago se inició a partir de la suspensión del programa Prospera, aproximadamente el 31 de mayo del 2019 que se publicó en el Diario Oficial. Y el levantamiento de datos se inició en diciembre del 2019 posterior a este hecho.

Por otro lado en los arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos, específicamente en la redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos. Encontramos que la mayoría de los miembros del financiamiento pertenecen al Decil II con un 24.13%, en segundo lugar pertenecen al decil V con un 20.68% y en tercer lugar pertenecen al decil III, IV y IX con un 10.34%.

Lo que en los financiamientos comunitarios es esencial debido a que puede dar lugar a que personas de bajo riesgo y bajos ingresos subsidien a miembros de altos ingreso y alto riesgo⁽³⁶⁾.

Sin embargo en el financiamiento de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, encontramos que son los deciles más pobres son los que usan más el financiamiento es decir los que más se benefician de éste, debido a que encontramos que el decil II, es el decil que dedica una mayor proporción de su gasto en salud al financiamiento de todos, pero es el decil más beneficiado del mismo.

A pesar de ello, nos encontramos con oportunidades de mejora de la redistribución, en el financiamiento comunitario, en este punto (Hisiao⁽⁵⁹⁾, Jutting⁽⁶⁰⁾, Atim⁽⁶¹⁾ y Bennet⁽⁶²⁾ mencionan que si la mayoría de los miembros de los esquemas de financiamiento comunitario son pobres, la redistribución tiene un lugar dentro de un fondo de recursos común muy limitado.

Lo que significa que el financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas tiene un fondo muy limitado de recursos para su redistribución.

Por lo que colocar a todos los participantes en un grupo único y requerir contribuciones de acuerdo con la capacidad de pago en lugar del riesgo de grupo individual o promedio puede facilitar los subsidios cruzados y, dependiendo del nivel de recursos agrupados, puede aumentar significativamente la protección financiera para todos los miembros del grupo⁽³⁶⁾.

Para finalizar una característica del diseño que no fue muy clara al momento de recabar la información, fue en la Asignación de recursos o acuerdos de compra, específicamente en la subcategoría de precios y regímenes de incentivos a qué precio y cómo pagar.

Donde los coordinadores del financiamiento, tanto personal de la comunidad, como personal de salud, no nos proporcionaron precios claros sobre las compras, únicamente atribuían el término de “precios más bajos”, sin especificar cantidades, sin embargo, nosotros atribuimos este comportamiento por miedo a las represalias de realizar compras no autorizadas con los ex proveedores de la farmacéutica privada subrogada por el estado, y por otro lado al sesgo de memoria, secundario a que el trato se suspendió a más de 3 años.

5).- Organización

Las características de organización que se establecen en nuestro marco propuesto por Alexander S. Preker y Guy Carrin⁽³⁷⁾ encontramos todas las categorías que se explican en el marco.

En este contexto específicamente en las economías de escala y de alcance, *Melitta Jakab M & Krishnan C.*⁽⁴¹⁾ nos explican que en los financiamientos comunitarios en salud este término se refiere principalmente a la exposición al mercado de productos, debido a que pocos esquemas compiten entre sí en el mercado de productos, y los financiamientos comunitarios que logran tener una fuerte participación en el mercado se ha visto que son esquemas más exitosos. En este aspecto es importante recalcar que el financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, tiene una fuerte participación en el mercado.

Por otro lado en el rubro de relaciones contractuales, *Melitta Jakab M & Krishnan C.*⁽⁴¹⁾ aclaran que los financiamientos comunitarios en salud con mayor éxito son aquellos que tienen amplios derechos de decisión, fuertes derechos internos para los arreglos de rendición de cuentas para la membresía o la organización de la comunidad matriz, así como la capacidad de acumular reservas ilimitadas de recursos.

En este sentido el financiamiento comunitario de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas no tienen los derechos de decisión del financiamiento de manera escrita actualmente, sin embargo este acuerdo de pago con todos sus derechos y obligaciones inicialmente estaba escrito y firmado por los miembros del comité y los representantes de la comunidad. Pero, ahora solo es un acuerdo de palabra. También encontramos que tienen una reserva suele ser muy limitada y variable, de recursos. Respecto a su rendición de cuentas sí tienen mecanismos internos muy sólidos para que este paso, como son la realización de cuentas y explicación de las compras y los pagos y así como la atención de quejas y problemas con la comunidad cada mes y también una rendición y recopilación anual.

En el último apartado en la Integración organizacional/ fragmentación, *Melitta Jakab M & Krishnan C.*⁽⁴¹⁾ sugieren que los esquemas mejor organizados utilizan redes de referencia horizontales y verticales creando enlaces al sector formal.

Este último aspecto pudimos observar en el financiamiento comunitario de la comunidad de Puerto Arista, tiene enlaces al sector formal a través de una estructura horizontal donde el poder se repartía por igual lo que lo hacía ser un esquema muy exitoso, sin embargo tomó mayor peso el modelo biomédico al considerar que las funciones del personal se limitaban únicamente a la atención

curativa, restringiendo el ejercicio del financiamiento y descartando la visión comunitaria sobre la importancia del mismo y lo que causó la completa ruptura del enlace formal y continuidad del financiamiento.

6).- El estado actual del financiamiento

Finalmente el financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, se dio por finalizado en enero del 2020 aproximadamente, después de haber operado durante más de trece años en la comunidad. De este hecho, logramos observar a través toda la historia del financiamiento que hubieron dos causas suficientes y necesarias para que se pudiera llegar a este punto, la primera causa fue que tomó mayor peso el modelo biomédico al considerar que las funciones del personal se limitaban únicamente a la atención curativa, restringiendo el ejercicio del financiamiento y descartando la visión comunitaria sobre la importancia del mismo. Y la segunda causa no menos importante, fue el impacto en la comunidad de las modificaciones de las políticas de la Secretaría de Salud acordes a la nueva administración pública.

Respecto a la primera causa sobre como el modelo biomédico impacta en los financiamientos comunitarios, en la literatura no encontramos como tal, autores que ahonden como se presenta esta interacción del modelo biomédico con lo comunitario, sin embargo la revisión de la literatura sobre los impactos, fortalezas y debilidades de la participación comunitaria en la asistencia sanitaria, realizada por Melitta Jakab and Chitra Krishnan, nos arrojó luz sobre este aspecto, sin embargo la manera en como ellos retoman o tienen algún acercamiento sobre la cuestión biomédica y comunitaria es a través de la gestión de los financiamientos comunitarios en salud. En este aspecto nos mencionan que *“Tal vez, el acuerdo más fuerte de los esquemas como prerrequisito para el éxito se refiere al tema de la participación comunitaria en la gestión de los financiamientos como un prerrequisito para que el esquema sea exitoso”* ⁽⁶⁾.

Continuando con este argumento Atim C, identifica el hecho de que las Organizaciones de Salud Mutuas (un tipo de financiamiento comunitario) deben su éxito al gobierno democrático que existe dentro de su esquema de gestión del financiamiento, esta es una de las contribuciones originales de estos esquemas que se considera los ha llevado a ser exitosos, debido a que las Organizaciones de Salud Mutua validan a sus miembros de las comunidades ante las autoridades de salud, añadiendo que la capacidad de respuesta de las autoridades de salud ante las preocupaciones de la comunidad mejora la sostenibilidad de estos esquemas ⁽⁶¹⁾.

Por último en lo correspondiente a la segunda causa para la no continuidad del financiamiento tenemos el tema del impacto en la comunidad de las modificaciones de las nuevas políticas en salud, para este aspecto Dyna Arhin-Tenkorang nos enseña que los factores institucionales y el ambiente político son claves para la sostenibilidad de estos esquemas ⁽⁶³⁾.

Subrayando que los factores institucionales, la formulación de política nacional y las reacciones de los donantes a las iniciativas locales parecen ser importantes determinantes del rendimiento del esquema de financiamiento, aunado a que influyen en el comportamiento de los proveedores de servicios de salud ⁽⁶³⁾.

Concluye que los factores institucionales en el ámbito de la formulación de políticas pueden obstaculizar sistemáticamente el progreso en la obtención de consenso sobre las prioridades y objetivos nacionales o locales para los seguros de salud (entre ellos los financiamientos comunitarios) ⁽⁶³⁾.

Actualmente en México a partir de la nueva Administración Pública, se anunció la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, que iniciaría sus funciones el primero de enero de 2020 ⁽⁶⁴⁾.

Donde se mencionó a través de diversos medios de comunicación que el objetivo de este Instituto es proporcionar servicios de salud gratuitos a todas las personas que se encuentren en el país y **no** cuenten con seguridad social; bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión. Haciendo que sus beneficiarios reciban servicios médicos sin restricciones para todos los padecimientos, medicamentos gratuitos y los insumos requeridos para sus tratamientos ⁽⁶⁴⁾.

Remarcando que las personas sin seguridad social no necesitarán afiliarse ni pagar cuotas para recibir atención médica y medicamento gratuito. Debido a que El INSABI garantizará el abasto de medicamentos y el equipamiento suficiente para la atención de los beneficiarios en todos los niveles de atención a la salud, además que rehabilitará y ampliará la infraestructura médica ⁽⁶⁴⁾.

En este aspecto el discurso político de la nueva administración permeó a través de dos mecanismos el primero fue mediante los medios de comunicación lo que generó cambios en la población de Puerto Arista, Chiapas, donde la mayoría de los pobladores se identificaron con este discurso haciendo que la iniciativa de contribuir al financiamiento dando un pago, fuera desplazada por la idea de la atención médica gratuita y la respuesta general que se obtuvo fue la del apoyo a la suspensión del financiamiento secundario a la espera del inicio de esta resolución. Por otro lado el segundo mecanismo en el que permeó el discurso político fue en el nivel administrativo al generar cambios en las órdenes jurisdiccionales de permitir el ejercicio pleno de los acuerdos locales incluyendo el financiamiento en las clínicas de las comunidades a un estado de no apoyo a las iniciativas que incentivarán el cobro de cuotas para la atención en salud.

Finalmente el resultado de ambos mecanismos ocasionó que por un lado el personal sanitario se deslindara de la responsabilidad y restringiera las funciones del financiamiento comunitario y por otro lado, al generar exceptivas en la comunidad de la obtención de servicios de salud incluyendo medicamentos e insumos gratuitos aceptaran con facilidad la suspensión del pago que era la base de recaudación de ingresos para la sostenibilidad del financiamiento comunitario en salud.

DISCUSIÓN CUANTITATIVA

Es importante inaugurar la discusión del componente cuantitativo evidenciando los beneficios que obtuvo el financiamiento comunitario en salud, los cuáles fueron brindar una mejora en la infraestructura de la clínica, el mantenimiento de las instalaciones, provisión de insumos básicos para

la atención en salud, compra de medicamentos, generación de empleos, incentivos en el personal de salud y de la comunidad, movilización de recursos para atender las necesidades en salud, y responsabilidad financiera en salud.

Algunos hallazgos que son de importancia mencionar fue que se logró observar que el decil II, destino un mayor porcentaje del financiamiento respecto a su gasto en salud, y que tuvo el menor porcentaje de gastos de bolsillo en salud con respecto a los otros deciles de ingreso en la población, esta información es relevante porque si bien al ser un estudio de corte exploratorio no se pueden emitir juicios de causalidad, si podríamos con este punto dar pie a futuras investigaciones sobre la protección financiera que brinda el financiamiento comunitario.

A continuación se detallan los puntos clave del análisis cuantitativo del financiamiento comunitario.

Respecto al Nivel socioeconómico en la comunidad más de la mitad de los hogares de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas se encuentran en los primeros cinco deciles de ingreso, comparándolos con los niveles nacionales que reporta la ENIGH, a pesar de ello es el decil II el predominante en la población; no obstante en los deciles consecutivos se observó una gran variabilidad en los porcentajes donde hay una mayor cantidad hogares que pertenece al decil IX, este dato podría ser secundario a que su población se compone no solamente de personas originarias de la región sino también de extranjeros nacionales e internacionales dueños de hoteles y restaurantes, por lo que esta variabilidad se debe de estudiar más a profundidad si se pretende analizar otros aspectos como el nivel de pobreza debido a que existe una gran diferencia cuando se realiza la comparación con los deciles de ingreso de la comunidad con los reportados a nivel estatal debido a que se encontró que en esta comparación más de la mitad de la población se encuentra por arriba del decil VIII.

Por otra parte es fundamental analizar la composición del gasto en salud de la comunidad de Puerto, Arista, así como discutir que parte de este gasto correspondió al financiamiento, y si la población tuvo un gasto mayor al 30 % de su capacidad de pago para que se haya convertido en gasto catastrófico, todo esto con el fin de poder entender más el comportamiento de los gastos en salud de esta comunidad.

De los gastos por componentes en salud encontramos que el gasto en salud de la comunidad de Puerto Arista, se destinó a los siguientes rubros, en primer lugar a los medicamentos con un 31.87%, el segundo lugar fue el rubro del transporte por motivos de salud con un porcentaje del 14.9%, el tercer lugar fue para los laboratorios en salud con un 10.4% y el cuarto lugar se destinó para las hospitalizaciones con el 9.33 %. Los demás rubros no tuvieron porcentajes tan significativos.

De esta manera podemos continuar con la discusión citando a los principales rubros de gasto en salud a nivel Nacional, los cuales ha concentrado el 38% de los gastos para los medicamentos, el 43% en la atención ambulatoria y el 18% para la atención hospitalaria. En el caso del estado de Chiapas, se encontró el 40.9% para medicamentos, el 40.3% para la atención ambulatoria y el 18.8% para la atención hospitalaria ⁽⁶⁵⁾.

Podemos observar que no hay mucha diferencia entre los rubros del gasto en salud a nivel Nacional y del estado de Chiapas, lo que favorece la comparación con la comunidad de Puerto Arista. En este punto encontramos una similitud en el rubro de gasto a medicamentos, tanto en proporción como en frecuencia, pero también encontramos una diferencia en el rubro de los gastos destinados a atención hospitalaria, debido a que la comunidad de Puerto Arista, destina un menor porcentaje al mismo, ya que destina casi un 50% menos de lo que se da a nivel Estatal y Nacional. Por último distinto a los rubros en salud más comunes reportados a nivel Nacional como estatal la comunidad tiene mayores gastos en los rubros de transporte y laboratorios.

Por otro lado el 13.79% los hogares de la muestra incurrió en gasto catastrófico.

En este punto debemos exponer que para definir el gasto catastrófico retomamos la definición y metodología de la OMS donde un hogar con gasto catastrófico es todo aquel cuyo gasto en salud representa más de 30% de su capacidad de pago ⁽⁶⁶⁾.

Bajo este criterio encontramos que el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud a escala nacional fue de 3.89%. En este contexto, siete entidades federativas concentraron 54% de todos los hogares con gastos catastróficos del país; estas entidades fueron Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas, Michoacán y Puebla, donde los estados con mayor porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud fueron Chiapas (7.3%), Zacatecas (6.9%) y Michoacán (6.7%) ⁽⁶⁶⁾.

Analizando estos datos podemos ver que la comunidad de Puerto Arista tiene un porcentaje de gastos catastróficos es 3.5 veces mayor que el porcentaje de gastos catastróficos a nivel Nacional y es casi el doble del porcentaje encontrado en el estado de Chiapas, cifras que son extremadamente alarmantes. Porque aunado a esto se encontró que la comunidad tiene un 37.93 % de riesgo de empobrecimiento por motivos de salud.

Es importante mencionar que existen hogares que aunque no incurren en gastos catastróficos presentan gastos en salud que los pueden empobrecer, es decir, que hacen que crucen la línea de pobreza, lo que significa que este hogar se encuentra en riesgo de empobrecerse por motivos de salud ⁽⁶⁷⁾.

En este punto, se observó que el 100% de los hogares que tenían riesgo de empobrecimiento por motivos de salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, tuvieron gastos mayores o iguales al 15% en salud. Y para que estas familias el tipo de erogación financiera más frecuente que utilizaron para paliar este riesgo fueron los préstamos, los créditos y el empeño de bienes respectivamente.

Estos últimos datos son de suma importancia por que como nos explica la literatura, el camino para financiar la salud, para los deciles más bajos de ingreso, puede ser el endeudamiento pero también la pérdida de bienes materiales de la familia, o bien reducción del consumo de otros satisfactores, así como otras pérdidas que son difíciles de cuantificar como los préstamos informales, la usura y los mercados de segunda mano, o en casos extremos robar ⁽⁶⁸⁾.

En este sentido lo que también indica es que un gran porcentaje de hogares de la comunidad de Puerto Arista, tuvieron que enfrentar las demandas de salud con su bolsillo endeudándose, pidiendo prestado o empeñando sus bienes. Caminos que los pueden hacer caer en una Trampa de Pobreza.

Finalmente dedicamos especial atención en la discusión a este último apartado sobre el porcentaje del financiamiento comunitario en salud respecto al gasto en salud que fue la pregunta que nos hicimos durante esta investigación.

Encontramos que el financiamiento comunitario representó el 1.06% de su gasto, en este aspecto el trasfondo de la pregunta de investigación fue enfocado a manera de evidenciar el porcentaje del financiamiento comunitario, con la intención de conocer exactamente cuánto era y sobre todo para tener una mayor certeza de que no fuera un gasto que los hogares de la comunidad no pudieran afrontar económicamente y sumando a esto evidenciar si los demás gastos en salud eran mayores y no les aportaban los mismos beneficios. Bajo este marco se encontró que efectivamente el gasto en salud destinado al financiamiento comunitario representa una mínima cantidad de su gasto en salud, cifra que no pone en riesgo su economía.

En este punto también debemos resaltar que aún no se encuentran en la literatura análisis que nos proporcionen información sobre si esta proporción que dedican al financiamiento comunitario de su gasto en salud es mucha o poca o es adecuada para un financiamiento comunitario. Razón por lo que ahora concierne realizarnos cuestionamientos más profundos que nos pueden hablar más sobre si el financiamiento comunitario puede ayudar a mejorar la protección financiera de los hogares y ¿de qué forma lo hace?

CAPÍTULO 10.- CONCLUSIONES

Conclusiones ejecutivas

El financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas tiene un diseño con todas las características establecidas en el Marco de Preker y Carring exceptuando que no es progresivo en sus aportaciones. Su organización posee una fuerte participación en el mercado, tiene un solo nivel de diferenciación vertical y cinco de diferenciación horizontal. La proporción de la aportación de cuotas que se dan al financiamiento oscila desde el 0.55 % hasta el 7 % del gasto en salud. El financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas no represento un gasto catastrófico que vulnere la capacidad económica de los hogares de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas y les atrajo grandes beneficios por su diseño y organización.

Conclusiones extensas

Este estudio de caso retrata al de un financiamiento comunitario en salud, debido a que cuenta con una fuerte participación en todos sus componentes del financiamiento por parte de la comunidad, sumado a que su grupo de beneficiarios es población rural y población sin seguridad social, y también cuenta con un gran sentido de compromiso con la clínica y las necesidades en salud de la población.

Y por último se considera que es un financiamiento comunitario en salud porque es legitimado y reconocido por las personas de la comunidad de Puerto Arista.

Por otro lado la forma de pago del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas difiere de un gasto de bolsillo y de un copago porque estos últimos son obligatorios para recibir el bien o servicio en salud, tienen un carácter individual y no se mancomunan en un fondo común para posteriormente redistribuirse entre sus miembros, además de ser pagos que se dan únicamente momento de recibir el beneficio en salud. Sin obviar que el copago forma parte de un seguro de salud.

En este sentido el fin de dar el pago por consulta en un financiamiento es distinto al copago y al gasto de bolsillo debido a que este pago tiene un fin común, porque este pago se mancomuna y se redistribuye entre todos los miembros del financiamiento, y en ocasiones tiene que ser momentáneo solo por dos condicionantes indispensables para la supervivencia del esquema de financiamiento, los cuales son el deseo de prepago, es decir que tanta disposición tiene la comunidad a dar un pago anticipado, esto depende mucho de la cultura de la comunidad y por otro lado si este pago tiene que ser dado al momento de la atención porque de no ser así no se pueden diversificar las fuentes de sus ingresos ocasionando que el esquema tenga pocas posibilidades de sostenimiento financiero.

Dentro del diseño del financiamiento comunitario en salud, de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, las fuentes de sus ingresos son los mismos pobladores, las personas que provienen de comunidades aledañas o de áreas de influencia, así como turistas nacionales e internacionales.

Los mecanismos de contribución en la comunidad se realizan mediante pagos en efectivo, porque no se acepta el pago en especie, se paga una cuota de veinte pesos cada vez que se acude a consulta. Sin embargo anteriormente hubo una base de prepago, que duró aproximadamente trece años, la cual quedó cancelada tras la suspensión del programa social PROSPERA.

Por otra parte el 95% de la población está de acuerdo en dar este pago, y que el 73% está de acuerdo con pagar más de los veinte pesos establecidos. Y respecto a sus agentes de recaudación, son dos, el miembro del actual comité de salud y el aval ciudadano de la comunidad, que en suma con el presidente del comité de salud son los responsables de administrar este pago. Por otro lado sus mecanismos de recaudación de Ingresos son el pago para el financiamiento al momento de recibir la atención en salud, un pago no es obligatorio que ha tenido un incremento de diez pesos a partir del año 2012 hasta la fecha como una medida para regular el comportamiento de los beneficiarios.

Continuando con el diseño del financiamiento comunitario, en los arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos, los recaudadores tienen funciones esenciales como anotar en una libreta diaria los ingresos, los recursos dados y la persona beneficiada, y los viernes de cada semana recaudan las aportaciones y realiza un corte de caja; el cual se reúne en un fondo común para todas las necesidades sin importar la procedencia de la fuente, pero las donaciones que logran recaudar, las guardan en una reserva, que posteriormente usan para realizar compras o reparaciones de mayor envergadura. Por último, respecto a la redistribución de los recursos, toda la comunidad participa y

es miembro del financiamiento comunitario, por lo que todos los recursos se distribuyen por igual, para sin importar el nivel socioeconómico.

Finalmente el financiamiento no recibe subsidios por parte de ningún organismo oficial, pero sí recibe donaciones de varias fuentes como los marineros y los turistas nacionales e internacionales.

En este financiamiento los recursos se asignan a cuatro grandes ramas, mantenimiento de la unidad, insumos, medicamentos y pagos de los servicios brindados por la comunidad para la clínica, donde la priorización de los mismos para elegir las compras, no es una manera sistemática o invariable, sino más bien está condicionada a las necesidades de la población, pese a esto tienen establecido un presupuesto fijo para el pago a los recaudadores, el pago para la limpieza de la unidad, el pago de la luz y el pago para la compra de garrafones de agua. Para la elección de sus compras se realizan juntas con las personas de la comunidad, con el personal de salud y el comité de salud, y estas compras se hacen cada mes aproximadamente pero en el caso de que ocurra algún imprevisto las ejercen el momento si se cuenta con el recurso. Por último el encargado de realizar las compras es un miembro del comité de salud de la comunidad, que realiza las compras con proveedores locales, no cuentan con uno preferencial, pero suelen realizar un estudio de mercado para elegir junto con los médicos y el comité de salud el más conveniente.

El financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas Dentro de su Organización tiene una fuerte participación en el mercado, reconocida y legitimada por la población y las personas de las comunidades aledañas, respecto a sus relaciones contractuales el acuerdo del del financiamiento inicialmente estaba escrito y firmado por los miembros del comité y los representantes de la comunidad. Sin embargo, ahora solo es un acuerdo de palabra. Para su rendición de cuentas tienen mecanismos internos muy sólidos, como son la realización de cuentas y explicación de las compras y pagos y así como la atención de quejas y problemas con la comunidad cada mes y anualmente. Un último aspecto de la organización del comunitario de la comunidad de Puerto Arista, es que es tiene cinco tipos de diferenciación horizontal, y una sola diferenciación vertical dividida entre la comunidad, los miembros del comité de salud y el personal de salud, donde cada parte tenían la misma autoridad en el financiamiento.

Dentro del análisis del financiamiento comunitario se observó que la mayoría de la población de la comunidad pertenece a los primeros deciles de ingresos donde el segundo decil es el que predomina. Y en lo que respecta del financiamiento como proporción de su gasto en salud es un porcentaje muy bajo lo que indica que este financiamiento no vulnera su economía.

El caso del financiamiento Comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, nos arrojó una base exploratoria y analítica muy sólida de las características de su diseño, de su organización y su pago, pese a que la información no tenga un carácter de causalidad, a través de nuestro trabajo de investigación y de la conjunción de estos dos componentes el cualitativo y el cuantitativo, observamos que más que un gasto en salud el financiamiento representa un beneficio para la comunidad. Debido a que los elevados gastos catastróficos en salud y riesgo de empobrecimiento son secundarios a la falta provisión de servicios institucionales, la mala gobernanza y la escasez de

recursos destinados a esta comunidad. Debido a que sí se logró comprobar con los datos obtenidos de las dos perspectivas que esta iniciativa brindó una mejora en la infraestructura de la clínica, el mantenimiento de las instalaciones, provisión de insumos básicos para la atención en salud, compra de medicamentos, generación de empleos, incentivos en el personal de salud y de la comunidad, y movilización de recursos para atender las necesidades en salud y responsabilidad financiera en salud.

A pesar de los beneficios que el financiamiento comunitario en salud logró brindar a la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, hubieron dos causas necesarias y suficientes para la suspensión del funcionamiento del financiamiento, la primera fue el peso del modelo biomédico sobre la organización comunitaria donde tomó mayor peso el modelo biomédico al considerar que las funciones del personal se limitaban únicamente a la atención curativa, restringiendo el ejercicio del financiamiento y descartando la visión comunitaria sobre la importancia del mismo. Y la segunda causa no menos importante, fue el impacto en la comunidad de las modificaciones de las políticas de la Secretaría de Salud acordes a la nueva administración pública.

Por el momento es difícil adelantarse a cuáles serán las consecuencias de la suspensión del financiamiento comunitario en salud, pero la experiencia histórica nos guía a saber que la implementación de las políticas en cualquier ámbito suele ser tener un camino largo para que llegue a todos los sectores de la población y también requiere un complejo abordaje del contexto local para que sean efectivas. En este aspecto debemos de mantenernos conscientes de estos puntos y por otro lado hacer un esfuerzo por no paralizar o descartar los esfuerzos locales como el financiamiento comunitario que son iniciativas que se ha documentado que arrojan resultados positivos.

En síntesis el financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas es una alternativa para financiar la salud que comparte una causa común al resto de las experiencias de financiamientos comunitarios en salud en el mundo, por que nace de la iniciativa de poder atender las necesidades en salud de la población, cuando hay un contexto histórico-social de severas restricciones económicas, inestabilidad política y falta de gobernanza, donde los sectores más vulnerables como los sectores rurales, lo sectores informales, y los sectores más pobres son los más perjudicados. Y que dentro de este fracaso extremo del sector público, de la participación de la comunidad proporciona un primer paso hacia un mejor acceso a la atención en salud.

Este esquema de financiamiento comunitario en salud debe considerarse como un complemento, no como un sustituto, de una fuerte participación del gobierno en el financiamiento de la atención médica y la gestión de riesgos relacionados con el costo de la enfermedad.

Y que sobretodo el estudio de caso del financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, nos dio un parteaguas de reflexión para poder hacer conciencia de que estas manifestaciones que se están presentando en nuestro país, son el reflejo de la gran problemática que abate nuestro Sistema de Salud, y representan este primer acercamiento con la realidad que nos enfrentaremos como tomadores de decisiones.

Finalmente el lente con el que debemos juzgar estas alternativas nos invita a participar no de la forma convencional la que estamos acostumbrados, si no a ver con nuevos ojos el movimiento de la vida.

CAPÍTULO 11.- LIMITACIONES

Como se mencionó con anterioridad, este proyecto utilizó un diseño de investigación del tipo estudio de caso, de categoría exploratoria; donde se examinó al financiamiento comunitario en salud de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas.

Las principales limitaciones de este tipo de diseño de investigación, se basan en que la generalización que puede obtenerse en los estudios de caso es limitada, frágil y modesta. Pero esto no se debe a una debilidad congénita del método, ni a la imperfección de sus dispositivos de análisis, sino a la escala en que se halla situado su objeto de estudio; al "interés" por privilegiar la profundidad y la intensidad del análisis sobre la extensión o la amplitud de su alcance; y a la "rica ambigüedad" de la narrativa en lenguaje natural que se ve obligado a emplear para formular sus descripciones, análisis y resultados.

CAPÍTULO 12.- RECOMENDACIONES

Es importante para el estudio de cualquier caso de financiamiento comunitario entender que significa un financiamiento comunitario en salud, porque se pueden confundir fácilmente con un gasto de bolsillo o un copago, o se les puede juzgar solo como un financiamiento en salud sin embargo esta tarea de comprenderlos como lo que son financiamientos comunitarios en salud suele ser una labor compleja secundario a la escasez de literatura que habla sobre los financiamientos comunitarios en salud, y por la poca participación de la comunidad reportada en las finanzas en salud. Por lo que se recomienda que al leer este proyecto de tesis del financiamiento comunitario de la comunidad de Puerto Arista Chiapas, el lector tenga un determinado saber acerca de los financiamientos comunitarios en salud para que pueda entender el caso de la comunidad de Puerto Arista, y que en el mejor de los casos este proyecto pueda desarrollar un interés por conocer un poco más de este tema.

Por otro lado en un futuro se recomienda utilizar la información brindada del estudio de caso de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, como una base sólida y confiable de información que pueda servir para poder realizar futuras investigaciones donde se puedan establecer explicaciones del comportamiento de estos fenómenos, así como indagar sobre la protección financiera que logran brindar, o si son financiamientos con equidad en sus contribuciones financieras, o que tan son asequibles para la comunidad.

Para finalizar con recomendaciones que ayude a mejorar la calidad del proceso la investigación debemos mencionar que existieron errores previos y errores posteriores a la misma que al mencionarlos se pretende contribuir a que los futuros investigadores interesados en este tema no cometan.

Los errores previos, fueron que no se logró calcular el tiempo adecuado para la realización de todo el proceso de investigación y se tuvo que regresar una segunda vez a la comunidad para continuar con la recolección de datos destinando más recursos con los que se tenían previstos, este suceso se pudo haber evitado si se hubiera tenido en cuenta que se requiere un tiempo de acoplamiento del

investigador con la comunidad para entender nuevamente su ambiente, su lenguaje común y sus creencias, aunado a darle la posibilidad a la misma de que se adapte también a la presencia del investigador.

El siguiente error previo se basa en que las encuestas se realizaron impresas en papel y que si se hubiera utilizado un medio electrónico para captar la información hubiera disminuido el trabajo para trasladar la misma a una base de datos, así como evitar daño al ambiente y uso de recursos.

El último error previo fue que no se calculó la logística de las vacaciones de los médicos entrevistados, por lo que fue muy difícil poder localizarlos después, por lo que se recomienda contemplar este aspecto.

Un error posterior fue que olvidamos generar una lista de contactos con número telefónico de los entrevistados que nos pudiera servir para aclaraciones posteriores, por lo que se recomienda siempre que sea posible crear una agenda actualizada con los números.

13.-ANEXOS

ANEXO 1.

Categorías y Subcategorías apriorísticas de análisis.

CATEGORIAS	
A.- Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario Subcategorías Primarias: A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos A.3 Asignación de recursos o acuerdos de compra B.- Características Organizacionales Subcategorías Primarias: B.1 Formas organizacionales B.2 Régimen de incentivos organizacionales B.3 Integración organizacional/ Fragmentación	A.- Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario Subcategorías Secundarias: A.1 (B.1) Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio. A.1 (B.2) Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias. A.1 (B.3) Grado de progresividad de las aportaciones. A.1 (B.4) Subsidios para cubrir a los pobres A.2 (C.1) Tamaño del fondo A.2 (C.2) Número de fondos A.2 (C.3) Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos A.3 (D.1) Demanda A.3 (D.2) Oferta A.3 (D.3) Precios y Regimenes de incentivos B.- Características Organizacionales B.1 (E.1) Relaciones contractuales B.2 (F.1) Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales. B.3 (G.1) Diferenciación horizontal B.3 (G.2) Diferenciación vertical

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición operacional	Palabras clave
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos A.3 Asignación de recursos o acuerdos de compra	A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos El proceso de recaudar u obtener recursos en salud, y se refiere específicamente a quién paga, el tipo de pago y quién lo cobra e incluye las fuentes de financiación, los mecanismos de contribución y agentes de recaudación (18). Como Fuentes de financiamiento nos referimos a las entidades que proporcionan los fondos para la salud (41). Los mecanismos de contribución se refieren a quienes contribuyen al sistema y a través de qué formas contribuyen (41). Los Agentes financiadores (HF) o Agentes de Recaudación: son los que captan los recursos de fuentes diversas y los utilizan en la compra de bienes y servicios de salud, y son los responsables de controlar la forma en que se gastan los recursos (41).	A.1.1 Fuentes de financiamiento: Las personas o agentes que contribuyen con un pago al financiamiento. Mecanismos de contribución: El tipo de pago se da al financiamiento. Agentes de recaudación: Los encargados de cobrar este pago o los responsables de controlar la forma en que se usan los recursos.	Pago Cobrar Formas de pago Recursos Dinero Consulta PREGUNTAS: Fuentes de financiamiento: 1.- ¿Quiénes pagan la consulta? 2.- ¿Todos los que se atienden en la clínica pagan la consulta? 3.- ¿Quiénes no pagan la consulta? 4.- ¿Por qué no pagan la consulta? Mecanismos de contribución: 1.- ¿Cómo pagan la consulta? 2.- ¿Se paga con dinero o de alguna otra manera? 3.- ¿Cuánto dinero se tiene que dar? 4.- ¿Es la misma cantidad para las personas que no viven en la comunidad? 5.- ¿Cuánto es para ellos? 6.- ¿Cada cuando tienen que dar ese pago? Agentes de recaudación: 7.- ¿Quién o quienes cobran? 8.- ¿Quiénes son los encargados de administrar ese pago? 9.- ¿Quiénes compran las cosas que necesita la clínica, como los medicamentos, etc?

Categorías de análisis	Subcategorías Secundarias	Concepto	Definición operacional	Palabras clave
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos B.1 Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio B.2 Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias. B.3 Grado de progresividad de las aportaciones. B.4 Subsidios para cubrir a los pobres	B.1 Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio: El pago anticipado que permite a los miembros del financiamiento pagar por adelantado los costos promedio esperados, aliviándolos de la incertidumbre y asegurando una compensación en caso de que ocurra una pérdida (42). Las tarifas a los usuarios son cargos por servicios prestados públicamente (42). B.2 Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias: Como contribución nos referimos a las aportaciones que se realizan al financiamiento comunitario. B.3 Grado de progresividad de las aportaciones: Contribución progresiva al financiamiento, comparado con una tarifa plana (43). Una tarifa plana es una modalidad en la que el cliente o usuario paga una cuota fija por un servicio, sin importar el nivel de consumo de dicho servicio (38). B.4 Subsidios para cubrir a los pobres: Entendemos como subsidio a un apoyo de carácter económico que el Estado concede a las actividades productivas de los particulares con fines de fomento durante periodos determinados y que se considera	B.1 Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio: El pago que se da antes de ir a la consulta, o antes de que se les otorgue un servicio. En comparación con el pago que se da al momento de que se otorga la consulta o un servicio. B.2 En qué nivel el pago que se da al financiamiento es obligatorio o es voluntario. B.3 El pago que se otorga al financiamiento es fijo o se va incrementando. B.4. Si existe algún apoyo por parte del gobierno para el financiamiento, algún acuerdo o alguna iniciativa de apoyo con personal o con iniciativas de programas, etc.	Pago adelantado Pago inmediato Pago obligatorio Aumento Ayuda Gobierno Preguntas: 10.- ¿Se tiene que pagar al momento de la consulta? 11.- ¿Existe algún pago o contribución que se dé antes de la consulta? 12.- ¿El pago que se da es obligatorio para recibir la consulta? 13.- ¿El pago que se le da ha aumentado? 14.- ¿Cuanto ha aumentado? 15.- ¿Desde cuándo? 16.- ¿Por qué aumento? 17.- ¿El gobierno proporciona alguna ayuda? 18.- ¿Reciben apoyo de algún otro lugar, como

		como la especie del género denominado subvención (44). En este caso la intervención de los gobiernos, a través de subsidios, no solo monetarios, también con asistencia técnica o iniciativas para vincular los esquemas comunitarios con un financiamiento más formal de la salud (44).		empresas, instituciones, escuelas, etc. 18.- Si es así, ¿Qué tipo de ayuda les da? 19.- ¿Cada cuánto les da esa ayuda?
--	--	---	--	--

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición operacional	Palabras clave
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos	A.2 La OMS define la mancomunación o Acumulación en fondos (Fund Pooling) como "la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual (32) (35)."	A.2 La reunión de los recursos en un fondo común que sea compartido por todos los que forman parte del financiamiento.	Fondo común Reunión Preguntas: 20.- ¿Qué sucede con lo que recolectan de la consulta? 21.- ¿Lo juntan todo? 22.- ¿Lo dividen? 22.- ¿Lo guardan en algún sitio?

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos: C.1 Tamaño del fondo C.2 Número de fondos C.3 Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos	C.1 Tamaño del fondo Praker etal, concluyen en su revisión que la proporción de la cobertura efectiva en la población local total de todos estos esquemas de financiamiento comunitario variaron de menos del 1 por ciento al 90 por ciento. Pero que el nivel promedio de esta cobertura fue del 37 por ciento. (44) Por lo que tomando de referencia estas cifras se establece que el financiamiento comunitario, debe de cubrir por lo menos al 37% de la población. (44) C. 2 Número de fondos Como fondos se refiere al mecanismo de agrupación de los recursos, en este sentido los financiamientos comunitarios son más	C.1 Que el que el tamaño del fondo del financiamiento comunitario dependerá de las personas que participen, pero que debe de cubrir por lo menos al 37% de la población, para que sea efectivo. C. 2 Número de fondos Si el financiamiento cuenta con más de dos fondos o agrupaciones de los recursos. C.3 Si los recursos del financiamiento comunitario son utilizados para todos los miembros sin importar sus condiciones económicas o de salud.	Fondo Amplitud Preguntas: 23.- ¿Todas las personas de la comunidad pagan la consulta? 24.- ¿Cuándo juntan todos los recursos de la consulta lo guardan todo junto o lo separan? 25.- ¿Si es que lo separan cuántas veces lo separan? 26.- ¿Cómo lo separan? 27.- ¿Cuándo juntan todo el dinero lo usan para todos por igual?

		estables financieramente si cuentan con más de dos fondos. (47) C.3 Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos. Como transferencia de riesgo entendemos al concepto básico del pago de una prima por alguien que no es capaz de soportar una pérdida, a una empresa que se compromete en acuerdo a los términos de la póliza a cubrir esta pérdida. (43)(48).		
--	--	---	--	--

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
A. Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario	A.3.-Asignación de recursos o acuerdos de compra.	Los acuerdos de compra o asignación de recursos, como sub-función del sistema de salud, esta relacionada con las	Todos los acuerdos o negociaciones que tiene la comunidad o la manera en como toman las decisiones de qué hacer con los recursos del financiamiento.	Comprar Vender Pagar Farmacia Acuerdo Precios

		decisiones de qué comprar, a quién comprar y cómo comprar.” (36) A menudo, el financiamiento sostenible está asociado con la capacidad de la comunidad para negociar tarifas preferenciales con proveedores. (44)		Preguntas: 28.- ¿Con lo que se junta de la consulta, se compran cosas para la clínica? 29.- ¿Qué es lo que se compra? 30.- ¿Como eligen lo que se compra y que no? 31.- ¿Les alcanza para comprar todo? 32.- ¿Cuándo no les alcanza qué hacen con lo que no pueden comprar? 33.- ¿Compran para todos? 34.- ¿Cada cuánto se tiene que comprar? 35.- ¿Con quién o quienes compran? 36.- ¿A qué precio les venden los productos? 37.- ¿Existe algún trato con ellos para comprar los productos? 38.- ¿Si existe ese trato en qué consiste? 39.- ¿Desde cuándo tienen ese trato? 40.- ¿Ese trato ha cambiado?
--	--	--	--	--

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
	A.3.-Asignación de recursos o acuerdos de compra. D.1 Demanda (por quién comprar o para quién comprar) D.2 Oferta (que comprar, en que forma y que excluir)	D.1 Demanda (por quién comprar o para quién comprar) La Cantidad máxima de un Bien o servicio que un individuo o grupo de ellos está dispuesto a adquirir a un determinado Precio, por unidad de Tiempo.	D.1 Demanda: la cantidad de bienes y servicios que son adquiridos por la comunidad a diferentes precios, en este caso como unidad de tiempo tomaremos un mes. Debido a que es el tiempo en el que la comunidad se abastece de insumos para la clínica.	41.- ¿Que beneficios les da ese trato?

	D.3 Precios y Regimenes de incentivos (a qué precio y cómo pagar)	D.2 Oferta. Las cantidades que se ofrecen por un artículo en periodo de tiempo determinado, incluyendo todos los productores de este artículo en el mercado. D.3 Precios y Regimenes de incentivos (a qué precio y cómo pagar) El precio es el pago o recompensa que se asigna a la obtención de bienes o servicios. Incentivo, es aquello que mueve a desear o hacer algo. Puede tratarse algo real (como dinero) o simbólico) intencion de dar u obtener una satisfacción. https://definicion.de/incentivo/	D.2 Oferta: La cantidad o precio que se ofrece por un producto. D.3 Precios y Regimenes de incentivos: Lo que se tiene que pagar o lo que se tener que dar para obtener un producto, los precios que se cobran por ese producto.	
--	--	--	---	--

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
B. Características Organizacionales	B.1 Formas organizacionales B.2 Régimen de incentivos organizacionales B.3 Integración organizacional/ Fragmentación	B. Se denomina estructura organizacional a la manera elegida por una entidad para gestionar su actividad y sus recursos. Esta estructura está dada por una serie	En este aspecto nos referimos a la manera en cómo se estructura un financiamiento comunitario en salud.	Organizacion Estructura

		de relaciones formales e informales que la corporación desarrolla para alcanzar sus objetivos y cumplir sus metas. Internet tomado de https://definicion.de/estructura-organizacional/ , citado el (13.11.19).		
--	--	---	--	--

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
B. Características Organizacionales	B.1 Formas organizacionales: E.1 Relaciones contractuales	E.1 Entendemos a las relaciones contractuales que se establecen en los seguros de salud, tanto sociales como comunitarios, como la instauración de un documento legal que establece que los contratos otorgan derechos e imponen responsabilidades para las partes interesadas. (52)	E.1 La existencia de un contrato ya sea escrito o verbal donde se establezcan los derechos y obligaciones del financiamiento comunitario.	Contrato Documento Trato Derechos Obligaciones Preguntas: 37.- ¿Se estableció algún acuerdo con las personas para el pago de la consulta? 38.- ¿Esta escrito o solo fue de palabra? 39.- ¿Si es así cómo se estableció? 40.- ¿Quiénes forman parte de este acuerdo? 41.- ¿Este acuerdo ha cambiado, o se ha mantenido así? 42.- Si es que ha cambiado, ¿cómo es que ha cambiado este acuerdo? 43.- ¿Por qué cambió? 42.- ¿Tienen algún otro acuerdo o trato? 43.- ¿Si es así, con quién lo tienen? 44.- ¿En qué consiste este otro acuerdo?

Categorías de análisis	Subcategorías primarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
B. Características Organizacionales	B.2 Régimen de incentivos organizacionales	Un incentivo es aquello que induce a una persona o agente a actuar de una manera determinada, y puede ser una recompensa o castigo. En este aspecto un incentivo organizacional se basa en la estimulación que existe en la organización.	Si la organización del financiamiento comunitario cuenta con incentivos o estímulos.	Derechos Responsabilidades Reserva Subsidio Indigentes Preguntas: 45.- ¿Si la comunidad tiene una reserva para los recursos que juntan del pago que se da a la consulta? 46.- ¿Si es así, esta reserva tiene algún límite? 47.- ¿Si existe algún acuerdo donde estén las responsabilidades de quienes manejan los recursos? 48.- ¿Si reciben algún apoyo del gobierno o de alguna otra institución que les ayude a cubrir los gastos de quienes no pueden pagar?

Categorías de análisis	Subcategorías secundarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
B. Características Organizacionales	B.2 Régimen de incentivos organizacionales: F.1 Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales.	F.1. Preker , et al, subraya que los regímenes de incentivos en los financiamientos comunitarios incluyen: (a) derechos de decisión extensos, (b) acuerdos internos sólidos de	Si el financiamiento comunitario cuenta con derechos de decisión, con acuerdos internos sólidos o claros de responsabilidad con la comunidad o con sus miembros, si cuenta con una reserva ilimitada de recursos, y si cuenta con algún subsidio para la cobertura de la población que no tiene	Derechos Responsabilidades Reserva Subsidio Indigentes Preguntas: 49.- ¿Si la comunidad tiene una reserva para los recursos que juntan del pago que se da a la consulta? 50.- ¿Si es así, esta reserva tiene algún límite?

		responsabilidad con los miembros o la organización comunitaria de padres, (c) capacidad para acumular reservas limitadas si los esquemas son exitosos pero los no exitosos a menudo solicitan rescates a los gobiernos (d) factor principal -Exposición al mercado ya que pocos esquemas superpuestos compiten entre sí en el mercado de productos, y (e) alguna cobertura limitada para poblaciones de indigentes a través de subsidios comunitarios o gubernamentales. (38)	acceso al financiamiento como los indigentes.	51.- ¿Si existe algun acuerdo donde esten las responsabilidades de quienes manejan los recursos? 52.- ¿Si reciben algun apoyo del gobierno o de alguna otra institución que les ayude a cubrir los gastos de quienes no pueden pagar?
--	--	---	---	--

Categorías de análisis	Subcategorías Primarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
B. Características Organizacionales	<i>E.3- Integración organizacional</i>	Este apartado se refiere a la estructura de un sistema, la	La estructura que tiene el financiamiento comunitario, su división en jerarquías.	Jefe Lider Tareas Organización

	<i>fragmentación o diferenciación</i>	<p>cual es la resultante de la subdivisión o factorización de sus metas globales en una escala jerárquica de subsistemas menos complejos. Cada subsistema contribuye al logro de los fines del sistema inmediato superior, hasta concluir en el logro de las metas globales del sistema. (51)</p> <p>La estructura del sistema tiene dos elementos clave, la diferenciación o fragmentación y la integración.</p> <p>Existen tres tipos de diferenciación. Las empresas pueden subdividirse horizontalmente en un número creciente de posiciones distintas a un mismo nivel, verticalmente en un número creciente de</p>		<p>Preguntas: 53.- ¿Existe un encargado o los encargados que coordina todos los recursos que se dan para la clínica? 54.- ¿Si es así, quien es el que se encarga de hacer esto? 55.- ¿Cómo se organizan las tareas que hay que hacer? 56.- ¿Todos realizan las mismas tareas? 57.- ¿Cuáles son las tareas que tiene cada uno? 58.- ¿Las tareas se comparten? 59.- ¿Si es así cuáles se comparten y cuáles no? 60.- ¿De todas las tareas hay algunas que sean realizadas por alguien en especial? 61.- ¿Si es así, que tarea es?</p>
--	---------------------------------------	--	--	--

		<p>jerarquías, y espacialmente mediante un número creciente de situaciones distintas en el espacio. (52)</p>		
--	--	--	--	--

Categorías de análisis	Subcategorías Secundarias	Concepto	Definición Operacional	Palabras clave
B. Características Organizacionales	B.3- Integración organizacional/ fragmentación o diferenciación: G.1 Diferenciación horizontal G.2 Diferenciación vertical.	<p>G.1 Diferenciación horizontal</p> <p>Hace referencia a la división del trabajo en áreas y sub-tareas a un mismo nivel organizacional, y viene representada por un número de individuos o unidades que lo configuran. (52)</p> <p>G.2 Diferenciación vertical.</p> <p>Hace referencia a la división del trabajo según su nivel de autoridad, jerarquía o cadena de mando y es conocido como proceso escalar. Aquí el</p>	<p>G.1 Es la manera en como se divide el trabajo en el financiamiento comunitario en un mismo nivel de organización, donde se pueden representar a los individuos o unidades que lo componen. G.2 Es la división del trabajo o tareas que existen en el financiamiento comunitario según la autoridad que tiene cada persona sobre otra.</p>	<p>Palabras clave Jefe Lider Tareas Organización Coordinación Preguntas: 62.- ¿Quién es el que coordina todas las tareas? 63.- ¿Cuándo no está el, quien es el que se encarga de coordinar las tareas?</p>
		<p>trabajo se divide según la autoridad que tiene cada unidad o persona sobre otra unidad persona de la organización, estando ésta diferenciación representada por el número de niveles distintos en una empresa. (52)</p>		

ANEXO 2.-HISTORIA DEL FINANCIAMIENTO COMUNITARIO EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE PUERTO ARISTA, CHIAPAS.

HISTORIA DEL FINANCIAMIENTO COMUNITARIO EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE PUERTO ARISTA, CHIAPAS.

En la Comunidad de Puerto Arista, Chiapas, surgió una alternativa para poder contribuir a la mejora de la clínica y las necesidades en salud de la población.

Esta alternativa es un financiamiento comunitario en salud, que funciona por medio de toda la comunidad, de un comité en salud asignado por votación de la población y del personal de salud perteneciente a la clínica de la comunidad.

Este financiamiento comunitario en palabras de uno de sus excoordinadores, tuvo sus orígenes *“Desde antes que yo llegaré aquí, yo ya tengo como ocho años acá, y pues son unos doce años ” (Entrevistado 3).*

En concordancia con los fundadores, se estima que el financiamiento comunitario en salud inició en el año 2007.

El financiamiento comunitario en salud, originalmente se creó a partir de que la Dra. C quien era la coordinadora del centro de salud de la comunidad en esa época, propusiera que la clínica necesitaba a una persona que se encargara de la limpieza de la unidad, pero que se le tenía que dar un pago por su trabajo y esta idea se la propuso a los restantes miembros del comité de salud que en esa época estaba conformado por:

“Y este como el comité nada más eran tres, la Dra. C, el agente Municipal en ese tiempo estaba Don O y Doña F una señora de la colonia, de ahí este era el comité”...(Entrevistada 4).

Por consiguiente los miembros del comité de salud convocaron a una junta con el resto de los miembros de la comunidad para comunicarles esta necesidad de la clínica, en esta reunión se propuso una cuota que se tenía que dar cada vez que se fuera a la consulta, la cual fue la siguiente:

“¿Y como cuánto se acordó de cuota en ese entonces?(Entrevistadora).

Lo mismo (Entrevistada 4)

¿Veinte pesos para los de aquí y treinta para los de afuera?(Entrevistadora).

No todo parejo antes veinte” (Entrevistada 4).

Sin embargo algunos pobladores de la comunidad no estaban de acuerdo en esta cuota, ya que pensaban que:

“Muchos dicen pero es que se cobra el medicamento, y decía la Dra. C, no, se cobra para que se le dé a la de limpieza, porque, se manda a lavar sábanas, se compra jabón, cloro todo eso dice, la de mantenimiento tiene que cobrar dice no va a venir gratis, y ya le gente ya a noo está bien, ya no había problema”(Entrevistada 4).

En esta reunión se logró establecer un acuerdo con la comunidad que consistía en que se les cobrara veinte pesos cada vez que se acudiera a la consulta y que este dinero se utilizaría para la limpieza de la unidad, y se firmó un acuerdo con los miembros del comité y los representantes de la comunidad.

Este acuerdo inicialmente estaba escrito, pero en la actualidad ya solamente es un acuerdo oral.

“No existe el acuerdo no más está verbal y ya no está escrito” (Entrevistado 3)

“¿Estaba escrito?”(Entrevistadora)

“Estaba escrito, si estaba escrito”. (Entrevistado 3)”.

Las personas de la Comunidad comenzaron a dar este pago al acudir a la clínica, poco a poco la Dra. C empezó a notar que los recursos que se lograban obtener superaban el pago asignado para encargada de la limpieza de la unidad, que era de cien pesos al día.

“Umm me pagaban poquito, lo justo, era de cien pesos al día, pero yo trabajaba de lunes a viernes todo el día, entraba a las ocho y salía a las tres”(Entrevistada 4).

Y secundario a esto, la Dra. C comenzó a destinar los recursos sobrantes para cubrir las necesidades de la clínica que no eran subsanadas por la Jurisdicción Sanitaria, en especial se asignaban los recursos para la papelería como recetarios, hojas de notas, laboratorios, hojas de referencia, y también en el mantenimiento y mejora de la estructuras básicas de la clínica.

“...y ya ella compraba lo que hacía falta, si no me decía compra tal, lo que falta y cuando se descomponía algo, puerta, clima, ventilador todo eso que le hacía falta, pilas para sus aparatos yo les compraba, hojas blancas”.

“Se pintaba, se pintaba, las sillas se cambiaban, esas sillas, habían antes unas sillas así blancas, pero con el dinero se hizo eso, la escalera que está también se puso”.

“Este había climas nuevos, se compraron varios climas”.

“Se pintaba todo lo que hacía falta, este hasta lámparas, porque creo que ya ni lámparas”(Entrevistada 4).

“Se han hecho algunos arreglos, como por ejemplo el drenaje que se arregló que se conectó al sistema de drenajes, este, se han compuesto algunos baños que estaban anteriormente este, inservibles y pues se han comprado algunas cosas.” (Entrevistado 1).

Debido a que la mayor parte del personal en ese momento eran pasants médicos y enfermeros de servicio social, y no residían en la comunidad, se acordó apoyarlos con sus alimentos y en determinados casos con el transporte.

“Se compraba todo lo que se tenía que comprar y ya este cuando iban a traer las enfermeras las vacunas, se les daba el pasaje, para las doctoras también que iban a jurisdicción a entregar papeles y

este a veces cuando no llevaban desayuno como en vacaciones que no tenían quién, se les compraba, yo lo que hacía era comprarle a Doña Romelia, que les diera desayuno a todos”.(Entrevistada 4).

Posteriormente para el año 2011, la Jurisdicción asignó a una nueva doctora, de contrato para dar consulta los fines de semana, la doctora A, no tenía una buena relación con la doctora C, debido a que cuestionaba la forma en que se manejaban los recursos de la clínica .

“Pue llegó un doctora, encajosa ella, no muy nadie la quería, ummm pues se quería quedar todo para ella, no más no quería soltar el dinero, pues decía ella que le tenían que dar algo, pero pue a ella se le pagaba se le daba su pago de la jurisdicción y pue se peleó con la Dra. C”.(Entrevistada 4).

“...Y ya un día la doctora C me dijo (L), yo de que pasó doctora, y ya me dijo, ya me voy, metí mi cambio a otra clínica y yo de cómo doctora, nos va dejar así, y ella de que ya no agudantaba la situación, ya no quería tener problemas..., y pues como era ella muy buena si se lo dieron luego luego y pue se fue... y nos dejó ya con la otra, pero pue no fue lo mismo, no ya no , ya todo era bien distinto...”

El acuerdo establecido con anterioridad continuó vigente, por lo que la comunidad seguía dando esta cuota, durante este período hubo dos cambios de comité de salud, debido a que está establecido una duración bianual del mismo.

Durante este mismo periodo hubieron algunos problemas entre la Doctora A que se encontraba coordinando la clínica y la comunidad.

Por lo que la comunidad solicitó un cambio de médico coordinador y secundario a esto se asignó un nuevo doctor a la clínica. La doctora A únicamente permaneció en la comunidad del año 2012-2012.

En el año 2012 se asignó al Doctor T. Durante el periodo de coordinador de este nuevo médico la comunidad ya no quería apoyar con los alimentos a los pasantes por lo que se actualizó el acuerdo establecido previamente, añadiendo que los médicos pasantes podían quedarse con la cuota recaudada de las consultas vespertinas y nocturnas y a su vez los pasantes de enfermería podían quedarse con el monto correspondiente al servicio de enfermería (Curaciones, inyecciones, toma de presión, etc.) Por lo que establecieron una tarifa por servicio para enfermería.

“Pues se les cobraban las inyecciones en quince pesos y en diez pesos todo lo demás, como la toma de presión, etc., ya las curaciones eran de veinte pesos”(Entrevistado 1).

Por otra parte la jurisdicción No.VIII, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, es la responsable de abastecer los insumos y medicamentos necesarios para la clínica de primer nivel de atención de la comunidad.

Sin embargo la clínica pasaba por periodos donde no solía tener los medicamentos e insumos necesarios para poder satisfacer sus necesidades básicas en salud.

“¿Entonces la falta de medicamentos que tenían era por un problema que había allá en la jurisdicción?” (Entrevistadora).

“...A nivel estado”.(Entrevistado 3).

Y ¿Qué era lo que hacían para cubrir estas carencias, sobretodo de medicamento?... (Entrevistadora).

Pue estaba yo de director mamita...más que nada que es como un lugar político, te da más prioridad a otras comunidades que no hay mucho turista, que no pueden levantar periodicosos, aquí, nos hemos mantenido bien, y más que yo estaba atrás, atrás de la doctora de jurisdicción para que me diera todo el medicamento que necesitaba. Ya después fue que pudimos hacer el trato...(Entrevistado 3).

Como se mencionó anteriormente la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, es la responsable de abastecer a la clínica, en este aspecto la Secretaría de salud tenía establecido un modelo tercerizado o subrogado para el proceso general de abasto de medicamentos. Donde se lleva a cabo la participación de distribuidores privados en el almacenamiento, la distribución y entrega de medicamentos a la clínica. Secundario a esto existía un personal de farmacia empleado por la farmacéutica privada, ubicado en la clínica. Este personal se encargaba de la organización de los medicamentos, que incluía la realización de un inventario con el mantenimiento y registro de las existencias del medicamento, así como el orden adecuado de los medicamentos en los estantes de la clínica por fecha de caducidad y junto con el personal de la clínica poder realizar los pedidos de medicamentos, basándose en las necesidades de la comunidad.

El Dr. T, junto con el comité de salud y los pobladores decidieron a partir de la escasez de medicamentos en la que se encontraban, establecer un acuerdo con la farmacéutica privada subrogada por el estado, que consistió en comprar el medicamento que no llegaba a surtirse a la clínica y que era necesario para cubrir las necesidades básicas en salud, directamente con los proveedores, con la premisa de los costos fueran menores a los de las farmacias privadas de Tonalá, cabecera Municipal de la comunidad de Puerto, Arista, Chiapas.

Es así como con el dinero recaudado del financiamiento comunitario se utilizaba principalmente para la compra de los medicamentos.

“Y ¿Cómo era el trato que acordaron?...”(Entrevistadora).

“Yo hablaba con los del comité y ellos mandaban a comprar lo que yo les pedía, que era lo que yo veía que hacía falta para la consulta y pue ya teníamos a quién nos surtía y nos daba los precios bajos, y ya venía el del comité de regreso y nos los entregaba. Yo no más me encargaba de hablar con el comité y ya ellos hacían todo...”(Entrevistado 3).

“Y la persona que les surtía los medicamentos al comité, ¿estaba contratada por la farmacéutica privada?”(Entrevistadora).

“Sí pue...él era un proveedor.”(Entrevistado 3).

Y ¿Qué era lo que más compraban para la clínica?”(Entrevistadora).

“Pue, se hacía lo que se podía, a veces se lograba tener la clínica bien surtida, hasta por dos o tres meses en lo que la jurisdicción volvía a surtir, pue se hacía más para las enfermedades infecciosas y tener a los diabéticos e hipertensos bien, y ya lo que sobraba era más para los casos de enfermedades especiales”. (Entrevistado 3).

Y “¿Cómo en cuánto les dejaban el precio de los medicamentos?” (Entrevistadora).

“Pue un poco más económicos que los de farmacias del ahorro o similares de por acá, pue ese era el trato...”(Entrevistado 3).

Y “¿En todo el tiempo que permaneció este trato usted piensa que mejoró la situación de la clínica?”(Entrevistadora).

“Teníamos suficiente medicamento, material de curación, llegaba a ver demasiada gente no solo de la comunidad...”(Entrevistado 3).

“Sí por que la clínica estaba mejor, la verdad sí, todo el tiempo había medicamento, vacunas, todo por que cuando yo dispensaba el medicameto, todo les daba yo, por que si no tenía les decía, tal día regrese se lo voy a dar, lo van a traer. Pero osea siempre había medicamento, no había problemas de que, no no hay y esto, no siempre había.”(Entrevistada 4).

Durante el periodo del 2016-2017, los integrantes del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA), para exigir a la Secretaría de Salud brindara solución a la falta medicamentos e insumos hospitalarios y de primer nivel y cumpliera con pagos pendientes que por ley corresponden al personal de salud. Se realizó la suspensión de labores de manera simultánea de diez jurisdicciones de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, entre ellas estaba la Jurisdicción

Sanitaria No. VIII, donde se inició una asamblea permanente y se suspendió el servicio de consulta médica a la población.

Sin embargo, la clínica de primer nivel de atención de la comunidad de Puerto Arista, Chiapas, continuó con las labores, pero en horarios de lunes a viernes, brindando servicio solo durante el turno matutino, y sin atender urgencias, esto debido a que la mayoría de las comunidades aledañas no contaba con servicio médico y sobre todo carecían de insumos y medicamentos.

“Y ¿Cómo funcionó la clínica durante el paro?” (Entrevistadora).

“Durante el paro pue la clínica siempre tuvo medicamento, estamos bien abastecidos en ese momento, porque yo había guardado suficiente para la comunidad, para Ignacio Allende, pero también teníamos para los que venían de Cacho y los de la veinte, y a veces nos llegaban de Belisario, Manguito, Boca, Ponte Duro, Palo Blanco, pero eso no era muy seguido, pero si les decía yo que priorizáramos a los de la comunidad y ya después los demás...y pue venía mucha gente.”(Entrevistado 3).

Durante los subsecuentes paros, la clínica de Puerto Arista continuó dando servicio hasta que se levantó la asamblea y se reanudaron las labores con normalidad. En este proceso el financiamiento comunitario continuaba funcionando como ya se había establecido y a pesar de que el trato con el proveedor privado se había suspendido por estas circunstancias, posterior a la reanudación de las labores se siguió ejecutando.

Un aspecto importante de las funciones de la clínica de Puerto Arista es que es responsable de la atención en salud de la Microrregión Ignacio Allende ubicada al oeste a 22 kilómetros de la comunidad de Puerto Arista, su localización vía terrestre es de difícil acceso debido a que el camino es de terracería y se encuentra a orillas del estero donde suele haber inundaciones que dificultan el camino. La microrregión cuenta con un total de 53 habitantes según el censo realizado en diciembre del 2019. Cada mes el responsable médico de la unidad de Puerto Arista en compañía de un enfermero de base y en ocasiones un pasante médico, acuden a dar consulta, a la comunidad, sin embargo, esta comunidad aún no cuenta con su propio centro de salud y tampoco cuentan con insumos ni medicamentos, por lo que es necesario llevarlos para la consulta, además de tratar de abastecer la comunidad lo mejor posible hasta la siguiente visita. En este sentido el financiamiento comunitario contribuía en cierta medida también a cubrir las necesidades de esta Microrregión.

Posteriormente, durante el mes de junio del año 2017 el Dr. T presentó su renuncia de ser el médico encargado de la clínica de Puerto Arista para pasar a ser únicamente el médico responsable de los fines de semana. Por consiguiente la Jurisdicción Sanitaria, asignó a un nuevo médico como director de la unidad, al Doctor G.

“¿Y Por qué fue que usted pidió su cambio para los fines de semana?”(Entrevistadora)

“Yo ya me quería regresar a Tuxtla, ya no quería vivir más por acá por Tonalá ya no me convenía eso de estar rentando, era algo que yo quería desde hace tiempo...” (Entrevistado 3).

El periodo de director de la clínica del Dr. T inició en el año 2012 hasta junio del 2017, cuando lo reasignaron como médico de la clínica, pero únicamente los fines de semana y continúa hasta la fecha actual.

Por otra parte durante periodo del nuevo coordinador de la clínica, el Doctor G, se continuó con la recaudación al financiamiento comunitario como se había establecido. No obstante posterior al paro de labores, la jurisdicción sanitaria dejó de subrogar el servicio con la farmacéutica privada y por lo tanto se canceló el trato acordado con la comunidad.

El Doctor G, permaneció solamente medio año como coordinador de la clínica (julio 2016-enero 2017) y se reasignó a una comunidad aledaña.

Por un tiempo la provisión de medicamentos se realizó de manera convencional, (enero 2017-julio 2017)es decir se encontraba en manos de los servicios públicos por parte del estado, pero aproximadamente medio año más tarde, (enero 2018), se renovó la contratación del servicio empero con una nueva farmacéutica privada, apesar de ello, no se reanudó el trato comunitario, esto secundario a que se asigna un nuevo médico, a la comunidad, la Doctora I para ser encargada de la clínica, y ella específica que no continuará con este trato comunitario, establecido previamente.

Al iniciar su periodo de directora de la clínica, en el año 2017, la Dra. I convoca a una junta con los pobladores donde da a conocer las nuevos términos de cómo se iba a dirigir el servicio de salud en la comunidad, enfatizando en que ella no se involucraría con el financiamiento comunitario, dejando en manos del comité el manejo del mismo, recalcando que ella no se quería involucrar en el manejo del dinero.

Posterior a esto comenzaron a presentarse dificultades, para el financiamiento comunitario, con los miembros del comité y con los nuevos pasantes asignados a principios del año 2018 , y posteriormente de la comunidad con el comité asignado.

“¿Y por qué empezaron a surgir los problemas en la clínica?”(Entrevistadora).

“Umm, este los problemas empezaron por Doña V, ella quería quedarse con todo lo que se ganaba de la clínica, y comenzó a meter a toda su familia para el comité pue...” (Entrevistada 4).

“¿Y Doña V, era del comité?”(Entrevistadora).

Si, pue ella era la presidenta y ya luego su nuera era la que cobraba...(Entrevistada 4).

“ ¿Y que pasaba con los nuevos pasantes y el comité?”(Entrevistadora).

Uyy doctora si le contara...eran bien encajosos viera no más querían atender en la tarde para que se les quedara la paga, y ya les decían a los pacientes.. venganse en la tarde en la mañana ya no y pue los del comité no muy les gustaba eso por que ellos eran los que cobraban en la mañana y ya no les llegaba nadie. (Entrevistada 4).

Como anteriormente se mencionó un acuerdo interno que la comunidad y el personal de salud sonstenían con los pasantes médicos y enfermeros era que éstos podían quedarse con la cuota recaudada de las consultas vespertinas y nocturnas. Como resultado de suplir el apoyo de alimentación y vivienda que otras comunidades aledañas brindaban a sus pasantes.

“Pues está bien, es un apoyo más que nada para los pasantes que reciben una beca pero que realmente no les alcanza.” (Entrevistado 3).

No obstante, secundario a la dificultad que surgió de los pasantes con los miembros del comité. Estos decidieron establecer un horario más extendido para el cobro de las cuotas, esta vez abarcando el turno matutino y vespertino, de modo que únicamente dejaban el horario nocturno para los pasantes.

Doña V, permaneció aproximadamente dos años siendo presidenta en el comité de salud al igual que sus familiares.

“¿Y como cuánto tiempo duró Doña V en el comité?”(Entrevistadora).

“Umm este como unos dos años que estuvo ahí, pero no más no se quería ir...”(Etrevistada 4).

Durante el tiempo que permaneció este comité de salud, las condiciones de la clínica se fueron deteriorando, así como la relación con la comunidad. Sin embargo aunque la comunidad se quejó con la directora de la clínica por esta situación, no se hizo nada para reasignar un nuevo comité de salud.

“¿Cuándo estuvo Doña V en el comité, cómo se encontraba la clínica?”(Entrevistadora).

“Mal doctora, mal, Doña V, no más no daba pa nada, que si le pedían que este lo mínimo doctora, lo mínimo que pal jabón que pal cloro, umm bien poquito que compraba, ni alcanzaba, y pue su nuera que era la que limpiaba, umm cuál ni hacía nada no más le medio pasaba la escoba y luego ya regresaba a cobrar. AAA (Suspira)...pobre la clínica ya toda fea que la tenían ni pintura ya compraban...”(Entrevistada 4).

“¿Y en algún momento la comunidad llegó a quejarse por ese comité?”...(Entrevistadora).

Sí doctora sí la gente decía que se cambiara ese comité, que ya se quite decían en las juntas de Prospera, pero nadie quería proponer uno nuevo pue, umm ese era el asunto pue, por que es mucho trabajo doctora, mucha responsabilidad y luego ya la gente de todo se anda quejando, que por que piensan que uno se quiere quedar con el dinero.

“Y la doctora I, ¿en algún momento trató de cambiar al comité?...”

“Pue ella era muy seria, no muy le gustaba la comunidad, ella lo que quería era no tener problemas...”

A pesar de esta situación posteriormente se logró cambiar a ese comité de salud.

“...¿Y finalmente cómo se pudo cambiar ese comité de salud?” (Entrevistadora).

“umm lo que pasó fue este que se terminaron sus dos años que le tocaba pue y ya luego pusieron a un comité nuevo.” (Entrevistada 4).

La Dra. I, inicia su periodo de coordinadora en el año 2017 y finaliza en abril del 2019, permaneciendo dos años tres meses aproximadamente en la clínica.

En abril del 2019 se establece un nuevo médico en la comunidad, el Dr. Ar, que es el médico que permanece hasta la fecha.

Al comienzo del periodo del Dr. Ar, se suscitaron determinados problemás con la comunidad y el personal de salud, que terminaron repercutiendo considerablemente al financiamiento comunitario.

Para narrar como ocurrieron estos problemas debemos entender que un aspecto importante de la prestación de servicios de la clínica es que funciona como una unidad de urgencias. Este servicio está establecido desde el mes de abril del año 2010 cuando el gobernador del estado para ese entonces Juan Sabines, inauguro la unidad médica de urgencias, y desde entonces la clínica ha prestado sus servicios las 24 horas de lunes a domingo.

Donde la prestación del servicio de urgencias las 24 hrs es cubierta principalmente por los médicos y enfermeros pasantes, los cuales residen en la clínica y generalmente son los encargados del turno nocturno.

Se resalta este punto secundario a que los pasantes médicos que fueron asignados para prestar sus servicios a la clínica desde febrero del 2019 tuvieron problemas con la comunidad como consecuencia de que no cubrían las 24 horas del servicio establecido previamente, argumentando que la clínica al ser de primer nivel de atención debería de funcionar únicamente en turno matutino y vespertino.

La comunidad por su parte defendía que, si el servicio no se iba a prestar las 24 horas, entonces no continuarían realizando el pago para el financiamiento.

A causa de esto el doctor Ar convocó a una reunión con la comunidad donde estableció que él apoyaba a los pasantes en cuanto a que el hecho de que se quedaran las 24 horas en la clínica los exponía a situaciones de riesgo, por ello optó por que la clínica ya no brindara el servicio en turno nocturno, sin embargo si la comunidad quería continuar con el pago para el financiamiento comunitario únicamente ellos se hicieran cargo.

Esta reunión rompió todo lazo con el comité de salud y el personal sanitario, a pesar de ello, el pago para el financiamiento persistió, pero esta vez únicamente lo manejaba el comité de salud, ya sin el personal de salud involucrado.

“Doctor y ¿Cómo fue la relación de la comunidad y el comité de salud, desde su ingreso? (Entrevistadora)”.

“...Pues no fue muy buena, desde que yo llegué, cuando yo llegué ya había muchos conflictos al principio me empecé yo a pelear con el Agente Municipal por que pues, el me llamaba a la una o dos de la mañana para quejarse de que los pasantes no estaban, cuando solamente habían salido para cenar o algo y ya habían regresado a la clínica, o cuando solamente se tardaban en atender una llamada, y después de mucha insistencia, pues ya yo lo mejor que decidí fue que cortáramos relaciones, que los médicos atendieran solamente en la jornada que debían y ya, yo les dije que yo no quería meterme en sus problemas de dinero, que eso ya era decisión de ellos, que eso eran sus acuerdos internos pero que eso nada tenía que ver con el trabajo del personal de salud...”(Entrevistado 2).

“¿Qué pasó cuando ingresó este nuevo personal de salud?”(Entrevistadora).

“No pue, los doctores bien groseros, no nos respetaban, hacían lo que querían, , venían cuando querían y no se trata de eso por que la comunidad hace todo para apoyarlos...”

No pue nosotros nos dimos cuenta de que ya casi no había dinero para la clínica , porque pue ya casi no había gente y todo se lo quedaban los pasantes y ni siquiera hacían su trabajo, entonces fue por eso que nosotros pedimos al doctor que los dejara pa las urgencias que es lo que más se necesita, pero no mas no nos escuchó.”(Entrevistado 5).

“¿Y ustedes que decidieron hacer después de lo que les dijo el Dr. Ar?”(Entrevistadora)

“No pue, nosotros si queríamos colaborar con la clínica, pero los doctores ya no nos dejaban, no más no querían que disque involucrarse con el dinero, que por que eso solo les traía problemas, así que nos dejaron todo a nosotros...(Entrevistada 6)”.

“¿Doctor, y usted que pensaba de que las personas de la comunidad tuvieran este financiamiento?”(Entrevistadora).

“Pues a mí cuando llegué a la comunidad ya me habían advertido de que esta era una comunidad difícil, por que aquí se movía dinero y que mejor no me involucrara con con eso por que iba a tener problemas. Además yo siempre he creído que con el dinero no se juega... Y no quería entrar en mal habladas con la comunidad, por eso mejor así cada quién por su parte y así nos evitámos de andar ridiendo cuentas.” (Entrevistado 2).

Posterior a este suceso el financiamiento comunitario continuó pero únicamente en manos del comité de salud.

Para finalizar un suceso importante que fue clave y en gran medida determinó la continuidad o disolución del financiamiento comunitario fue que iniciando el año 2020, la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, en acuerdo a las nuevas políticas de administración en salud que impugnan un nuevo modelo de compras públicas de medicamentos, mandó un comunicado donde establecía que habría medicamentos e insumos gratuitos y suficientes para todas las comunidades, y que se tendrían bien abastecidos los almacenes para poder enviar el medicamento constantemente a las clínicas evitando así el desabasto.

Como consecuencia el Dr. Ar. dispone a una junta con el comité de salud para anular el pago que se otorgaba al financiamiento comunitario, argumetando que ya no era necesario que se siguera pagando más la cuota establecida, por que ya se tendría el medicamento y los insumos suficientes para la clínica, y finalmente decide disolver el financiamiento comunitario.

“¿Doctor, y usted por que decidió que se dejara de dar el pago al financiamiento?”(Entrevistadora).

“Pues más que nada a mí no me gustaba estar lidiando a cada rato con los problemas del comité, y que mandaran este comunicado para mí fue un alivio, por que ya no tenemos que estarnos preocupándonos por los medicamentos y sobretudo estar con lo del dinero a cada rato viendo que se necesita que se compra y que la comunidad nunca este de acuerdo, al final son los médicos los que estamos aguantando todo, cuando deberíamos solo hacer nuestro trabajo...”(Entrevistado 2).

La suspensión del financiamiento fue presentada a la comunidad por parte del Dr. Ar, como una orden del comunicado que se habia enviado de la jurisdicción, donde se establecía que ya no se tenía que cobrar por el medicamento o los insumos para la atención en salud, puesto que ya se tendrían los suficientes para abastecer a la clínica.

La suspensión del financiamiento suscitó una gran conmoción en la comunidad, debido a que por una parte, el cambio de la nueva administración sensibilizó mucho a la población de Puerto Arista debido a que la mayoría de los pobladores eran partidarios y defendían esta causa, y por otra parte los pobladores estaban de acuerdo en continuar el pago para el financiamiento. Sin embargo la decisión ya estaba tomada.

“¿Y como reaccionó la gente después de que ya no se les cobraba?”(Entrevistadora).

“Umm pue la gente venía y este quería seguir dando el pago y pues el doctor, nos mando a pegar unos carteles en la clínica y en toda la comunidad de que ya no se iba a cobrar que por lo de la 4t...”(Entrevistada 6).

“¿Y que pasó con las personas que venían a la clínica despues de ver esto?”(Entrevistadora).

Este....pue, bajo la consulta, y mucha gente que viene nos dice que por que ya no se paga...(Entrevistada 6).

“¿Y usted que piensa sobre que quitaron el financiamiento?”(Entrevistadora)

“Hay doctora, pues es una lástima, viera cuando estuve yo umm mucho que servía, la gente no sufría ya doctora a todos se les daba el medicamento y la clínica estaba bonita, viera usted, pintada y bien limpia... hay noo doctora uno si esta bien preocupado, que dicen que van a traer medicamentos y todo que por lo de la 4t y ya hasta pegaron sus carteles pero, pue hay doctora no se sabe, Dios quiera que sí sea cierto que ya no estemos así doctora...”(Entrevistada 4).

ANEXO 3.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUALITATIVO

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE FINANCIAMIENTO COMUNITARIO EN SALUD

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar (Ciudad y sitio específico): _____

Entrevistador:

Entrevistado (nombre, edad, género, ocupación):

Introducción:

Este proyecto tiene como propósito conocer el funcionamiento del pago que se da en la clínica, la información que nos proporcioné será utilizada para una tesis de maestría. Por otro lado su nombre será confidencial, esto quiere decir que nadie sabrá quién dio la información.

Se le hará una entrevista de 80 preguntas, con una duración aproximada de una hora, en cualquier momento usted puede decidir continuar o no con las preguntas.

PREGUNTAS:

A.- Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario

Subcategorías Primarias:

A.1 Mecanismos de Recaudación de Ingresos (A.1.1)

Fuentes de financiamiento:

- 1.- ¿Quiénes pagan la consulta?
4. ¿Todos los que se atienden en la clínica pagan la consulta?
5. ¿Quiénes no pagan la consulta?
6. ¿Por qué no pagan la consulta?

Mecanismos de contribución:

7. ¿Cómo pagan la consulta?
8. ¿Se paga con dinero o de alguna otra manera?
9. ¿Cuánto dinero se tiene que dar?
10. ¿Cada cuando tienen que dar ese pago?
11. ¿Usted cuánto estaría dispuesto a dar?
12. ¿De ese dinero que dan, están de acuerdo con esa cantidad?
13. ¿Si, o no y por qué?
14. ¿Se les hace mucho, poco o más o menos para su economía?
15. ¿Es la misma cantidad para las personas que no viven en la comunidad?
16. ¿Cuánto es para ellos?

Agentes de recaudación:

17. ¿Quién o quienes cobran?

18. ¿Quiénes son los encargados de administrar ese pago?
19. ¿Quiénes compran las cosas que necesita la clínica, como los medicamentos, etc.?

A.- Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario

Subcategorías Secundarias:

A.1 (B.1) Nivel de prepago comparado con tarifa por servicio, (B.2) Medida en que las contribuciones son obligatorias en comparación contra las voluntarias, (B.3) Grado de progresividad de las aportaciones y (B.4) Subsidios para cubrir a los pobres.

20. ¿Se tiene que pagar al momento de la consulta?
21. ¿Existe algún pago o contribución que se dé antes de la consulta?
22. ¿El pago que se da es obligatorio para recibir la consulta?
23. ¿El pago que se da ha aumentado?
24. ¿Cuánto ha aumentado?
25. ¿Desde cuándo?
26. ¿Por qué aumentó?
27. ¿El gobierno proporciona alguna ayuda?
28. ¿Reciben apoyo de algún otro lugar, como empresas, instituciones, escuelas, etc.?
29. Si es así, ¿Qué tipo de ayuda les da?
30. ¿Cada cuánto les da esa ayuda?

A.- Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario

Subcategorías Primarias:

A.2 Arreglos para mancomunar los ingresos y compartir los riesgos

31. ¿Qué sucede con lo que recolectan de la consulta?
32. ¿Lo juntan todo?
33. ¿Lo dividen?
34. ¿Lo guardan en algún sitio?

Subcategorías Secundarias:

A.2 (C.1) Tamaño del fondo, (C.2) Número de fondos y (C.3) Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos.

35. ¿Todas las personas de la comunidad pagan la consulta?
36. ¿Cuándo juntan todos los recursos de la consulta lo guardan todo junto o lo separan?
37. - ¿Si es que lo separan cuántas veces lo separan?
38. ¿Cómo lo separan?
39. ¿Cuándo juntan todo el dinero lo usan para todos por igual?

A.- Características Técnicas del Diseño del Financiamiento Comunitario

Subcategorías Primarias: A.3 Asignación de recursos o acuerdos de compra + Subcategorías

Secundarias: C.1 Tamaño del fondo, C. 2 Número de fondos y

C.3 Redistribución de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de empleados remunerados a inactivos.

40. ¿Con lo que se junta de la consulta, se compran cosas para la clínica?
41. ¿Qué es lo que se compra?
42. ¿Cómo eligen lo que se compra y qué no?
43. ¿Les alcanza para comprar todo?
44. ¿Cuándo no les alcanza qué hacen con lo que no pueden comprar?
45. ¿Compran para todos?
46. ¿Cada cuándo se tiene que comprar?
47. ¿Con quién o quiénes compran?
48. ¿A qué precio les venden los productos?
49. ¿Existe algún trato con ellos para comprar los productos?
50. ¿Si existe ese trato en qué consiste?
51. ¿Desde cuándo tienen ese trato?
52. ¿Ese trato ha cambiado?
53. ¿Qué beneficios les da ese trato?

B. Características Organizacionales

Subcategorías Primarias: B.1 Formas organizacionales + Subcategorías Secundarias (E.1) Relaciones contractuales.

54. ¿Se estableció algún acuerdo con las personas para el pago de la consulta?
55. ¿Está escrito o solo fue de palabra?
56. ¿Si es así cómo se estableció?
57. ¿Quiénes forman parte de este acuerdo?
58. ¿Este acuerdo ha cambiado, o se ha mantenido así?
59. Si es que ha cambiado, ¿cómo es que ha cambiado éste acuerdo?
60. ¿Por qué cambió?
61. ¿Tienen algún otro acuerdo o trato?
62. ¿Si es así, con quién lo tienen?
63. ¿En qué consiste este otro acuerdo?

B. Características Organizacionales

Subcategorías Primarias: B.2 Régimen de incentivos organizacionales + Subcategorías Secundarias (F.1) Decisiones de derechos, exposición al mercado, responsabilidad financiera, rendición de cuentas, funciones sociales.

64. ¿La comunidad tiene una reserva para los recursos que juntan del pago que se da a la consulta?
65. ¿Si es así, esta reserva tiene algún límite?
66. ¿Existe algún acuerdo donde estén definidas las responsabilidades de quienes manejan los recursos?
67. ¿Si reciben algún apoyo del gobierno o de alguna otra institución que les ayude a cubrir los gastos de quienes no pueden pagar?
68. ¿La comunidad tiene una reserva para los recursos que juntan del pago que se da a la consulta?
69. ¿Si es así, esta reserva tiene algún límite?
70. ¿Si reciben algún apoyo del gobierno o de alguna otra institución que les ayude a cubrir los gastos de quienes no pueden pagar?

B. Características Organizacionales

Subcategorías Primarias: B.3 Integración organizacional/ Fragmentación + Subcategorías Secundarias (G.1) Diferenciación horizontal + (G.2) Diferenciación vertical

71. ¿Existe un encargado o los encargados que coordina todos los recursos que se dan para la clínica?
72. ¿Si es así, quién es el que se encarga de hacer esto?
73. ¿Cómo se organizan las tareas que hay que hacer?
74. ¿Todos realizan las mismas tareas?
75. ¿Cuáles son las tareas que tiene cada uno?
76. ¿Las tareas se comparten?
77. ¿Si es así cuáles se comparten y cuáles no?
78. ¿De todas las tareas hay algunas que sean realizadas por alguien en especial?
79. ¿Si es así, que tarea es?
80. ¿Quién es el que coordina todas las tareas?
81. ¿Cuándo no está él, quién es el que se encarga de coordinar las tareas?

ANEXO 4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN CUANTITATIVO

CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Identificación del Hogar	
NOMBRE DEL INFORMANTE	
EDAD	
SEXO	
ESCOLARIDAD	
RELIGIÓN	
DIRECCIÓN	
PROPIA/RENTA/PRESTAMO	
NUMERO DE INTEGRANTES	
EDADES	
NUMERO DE FAMILIAS	

COMPOSICIÓN DEL GASTO DEL HOGAR

Gastos Compartidos	
Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para todo	
Solo para alimentos	
Cuántas personas u hogares tiene gastos separados para comer	
Personas que rentan en la vivienda	

Servicios contratados para el hogar (Trabajador doméstico, niño, lavadero, chofer, cocinero, jardinero, etc.)				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS

GASTO CORRIENTE MONETARIO

Gastos generales del hogar				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
PREDIAL				
IMPUESTO POR COMERCIO				
RENTA				

LUZ				
AGUA				
GAS				
INTERNET (PAQ)				
CELULAR				
TENENCIA				

Alimentos y otros				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
ALIMENTOS				
DULCES				
BEBIDAS				
TABACO				

Limpieza y otros				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
LIMPIEZA DEL HOGAR				
CUIDADOS PERSONALES				
CORTE DE CABELLO/ SALON DE BELLEZA				
VESTIDO Y CALZADO				

Escuela

CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
INSCRIPCION				
CUOTAS				
MENSUALIDAD				
UTILES				
UNIFORMES				
SALIDAS				
FESTIVALES				
Transporte				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
GASOLINA Y COSAS DEL CARRO				
TRANSPORTE PUBLICO				
CAMIONES				
AVIONES				
Bebes/ menores				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
PAÑALES				
FORMULA				
MAMILAS				
ROPITA				
JUGUETES NIÑOS				

Recreación				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
RESTAURANTES				
CINE				
PLAZA				
MAQUINITAS				
FIESTAS/ ANTROS				

Gastos grandes del hogar				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
REPARACIONES				
MUEBLES				
ELECTRONICA				
VENTILADORES / CLIMA				
ELECTRODOMÉSTICOS				

Gastos diversos		
CONCEPTO	GASTO TOTAL	FORMA DE PAGO
SERVICIOS PROFESIONALES		
FUNERALES Y CEMENTERIOS		
PAQUETES DE FIESTAS (XV, XVIII)		
VACACIONES		
FIESTAS DEL PUEBLO		
DONACIONES (DIEZMO/CRUZ ROJA)		
SEGURO DE CARRO		
CONTRIBUCION PARA LAS OBRAS PÚBLICAS DE LA LOCALIDAD		

GASTO CORRIENTE NO MONETARIO

Erogaciones financieras y de capital totales				
CONCEPTO	FRECUENCIA	PRECIO TOTAL	FORMA DE PAGO	OTROS
PRESTAMOS				
DEUDAS				
AHORROS				
INDEMICACIONES				
PERDIDAS O ROBOS				

AYUDA A FAMILIARES				
DONACIONES (DIEZMO/CRUZ ROJA)				
DOCUMENTOS PÚBLICOS				
TRAMITES DE VEHICULOS				

GASTOS EN CUIDADOS EN SALUD

ATENCIÓN MEDICA	
AFILIACIÓN	
USO	
MORBILIDADES EN EL ÚLTIMO MES EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS	
ENFERMEDADES CRÓNICAS	
EMBARAZO	
DISCAPACIDAD	

GASTOS DIRECTOS EN SALUD (EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES)					
CONCEPTO	FRECUENCIA	GASTO TOTAL	FORMA DE PAGO	LUGAR	OTROS
CONSULTA GENERAL					
CONSULTA ESPECIALIZADA					
MEDICAMENTOS					
VITAMINAS					
HOSPITALIZACIONES					
CIRUGIAS					
RAYOS X					

LABORATORIOS					
LENTES					
CONSULTA DENTAL					
CONTROL DE PESO					
DISCAPACIDADES					
REHABILITACIÓN					
MEDICINA TRADICIONAL					
MEDICINA ALTERNATIVA					

PAGOS DIRECTOS EN SALUD Y FINANCIAMIENTO EN SALUD

CONCEPTO	FRECUENCIA	GASTO TOTAL	FORMA DE PAGO	LUGAR	OTROS
CUOTAS A LA CLÍNICA					
CUOTAS A HOSPITALES					
CUOTAS VOLUNTARIAS A SEGUROS					
CUOTAS OBLIGATORIAS					

RECURSOS FINANCIEROS PARA GASTOS EN SALUD (12 MESES)

AHORROS (CUENTAS BANCARIAS, TANDAS)					
VENTA DE PROPIEDADES, MUEBLES O ANIMALES					
EMPEÑO DE BIENES					
PRESTAMOS					
CREDITO BANCARIO					
OTROS					

INGRESOS DEL HOGAR

CONCEPTO	TOTAL	TIEMPO
NO. PERSONAS QUE TRABAJAN EN EL HOGAR		
OCUPACIONES		
INGRESO POR FAMILIA		
INGRESO POR VIVIENDA		
GIROS/REMESAS		
JUBILACIÓN/PENSIÓN		
RENTA DE LA PROPIEDAD		
TRANSFERENCIAS		

APOYOS SOCIALES		
TIPO DE APOYO	FRECUENCIA	CANTIDAD
BIENESTAR		
BENITO JUÁREZ		
JOVENES CONSTRUYENDO EL FUTURO		
APOYO A LAS EMBARAZADAS		
DESPENSAS		
PENSIÓN ALIMENTARIA		
ADULTOS MAYORES		
SISMO		
ONGS		
OTRO		

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	
TECHO	
PAREDES	
PISO	
NUMERO DE DORMITORIOS	
NUMERO BAÑOS	
COCINA APARTE	
TIPO DE COMBUSTIBLE PARA COCINAR	
ELECTRICIDAD	
AGUA ENTUBADA	
ABASTECIMIENTO DE AGUA	
DRENAJE O FOSA SÉPTICA	

EXCUSADO	
BASURA	
CALENTADOR DE AGUA	
TINACO	
CISTERNA	
MEDIDOR DE LUZ	
AIRE ACONDICIONADO	
USTEDE O ALGUIEN MÁS DE ESTE HOGAR TIENE...	
CASA	
TERRENO	
AUTOMOVIL	
CAMIONETA	
MOTOCICLETA	
CUATRIMOTO	
LANCHA	

ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL COMPONENTE CUALITATIVO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, _____ a _____ 20__.

Por medio de la presente, yo _____ acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“El financiamiento comunitario en salud de una farmacia en el primer nivel de atención, como alternativa en la reducción del gasto de bolsillo en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas”

Conozco que el objetivo de este estudio es describir cómo se organiza el financiamiento para la clínica así como su diseño.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder preguntas acerca de estos temas las cuales serán grabadas con una grabadora de audio y acepto responderlas y me sea grabado.

Se me ha indicado que ni mi participación en el estudio, ni las visitas del investigador y su equipo a la comunidad tendrán costo para mí, los datos proporcionados así como las grabaciones serán confidenciales y anónimos.

Declaro que se me ha informado sobre los beneficios derivados de la participación en el estudio, que son principalmente: dar herramientas para que el personal de la clínica y las autoridades puedan gestionar lo que se necesita para mejorar la atención que de la en la misma.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que esto tenga alguna repercusión.

Conozco que en caso de alguna duda puedo llamar al siguiente teléfono:

Perla Giovanna Trinidad Maya

55 14 92 54 32

Acepto todo lo anterior

Nombre y firma

Huella

ANEXO 6.- CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL COMPONENTE CUANTITATIVO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, _____ a _____ 2019.

Por medio de la presente, yo _____ acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“El financiamiento comunitario en salud de una farmacia en el primer nivel de atención, como alternativa en la reducción del gasto de bolsillo en salud de la comunidad de Puerto Arista Chiapas”

Conozco que el objetivo de este estudio es conocer los gastos e ingresos del hogar y cómo repercute la cuota de la clínica en la economía familiar.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder preguntas acerca de estos temas las cuales serán grabadas con una grabadora de audio y acepto responderlas y me sea grabado.

Se me ha indicado que ni mi participación en el estudio, ni las visitas del investigador y su equipo a la comunidad tendrán costo para mí, los datos proporcionados así como las grabaciones serán confidenciales y anónimos.

Declaro que se me ha informado sobre los beneficios derivados de la participación en el estudio, que son principalmente: dar herramientas para que el personal de la clínica y las autoridades puedan gestionar lo que se necesita para mejorar la atención que de la en la misma.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente, sin que esto tenga alguna repercusión.

Conozco que en caso de alguna duda puedo llamar al siguiente teléfono:

Perla Giovanna Trinidad Maya

55 14 92 54 32

Acepto todo lo anterior

Nombre y firma

Huella



México, Chiapas, Puerto Arista; a 20 de diciembre del 2019

C. Adolfo Morales Moguel
Agente Municipal de Puerto Arista, Chiapas.

PRESENTE

Estimado Agente Municipal

Mi nombre es Perla Giovanna Trinidad Maya y soy médico, estudiante de la maestría de Gestión y Políticas en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Hacer 3 años fui pasante médico en la clínica de la comunidad y actualmente realizo un proyecto de investigación sobre la misma; el cual consiste en conocer el diseño, la organización del financiamiento comunitario en salud de la comunidad y el impacto de las cuotas que se dan al financiamiento, en la economía de los hogares.

Por lo cual me dirijo a usted para solicitarle amablemente su permiso para poder realizar entrevistas a las personas de la comunidad.

Aunado a esto, se le otorgará una carta de consentimiento informado a cada persona para preguntar si quiere o no participar en el estudio; y toda la información será confidencial.

ATENTAMENTE

Perla Giovanna Trinidad Maya

15.-BIBLIOGRAFÍA

1. - Kutzin J. Policy & practice. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 2013; (91). Pp.602–611 doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.113985>.

2.- OMS. Resumen. Informe sobre la salud en el mundo. LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD. El camino hacia la cobertura universal. 2010.

3.- OMS. [Internet] Recuperado a partir de https://who.campusvirtualesp.org/mod/scorm/player.php?a=23¤torg=pp6427_55af9b7e238c6_EN_01&scoid=82&newattempt=on, citado el [25/04/2019].

4.- OPS. [Internet] Recuperado a partir de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973:health-financing&Itemid=2080&lang=es. Citado [28/05/2019].

5.- Preker, AS; Carrin, G; Dror, D; Jakab, M; Hsiao, W; Arhin-Tenkorang, D . Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bull of the World Health Organ* 2002; 80 (2). Pp. 143-50. ISSN 0042-9686. [Disponible en <http://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/17963>].

6.- Jakab M y Krishnan C. Community Involvement in Health Care Financing a Survey of the Literature on the Impacts, Strengths, and Weaknesses. *HNP. Discussion paper. IBRD / the World Bank* 2001. 1818 H Street, NW Washington, DC 20433. ISBN 1-932126-04-X.

7. - Preker, Alexander S.; Carrin, Guy. Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing. *Washington, DC: / the World Bank*. 2004. [Disponible en <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15019> Licencia: CC BY 3.0 IGO].

8.- Caseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, Proyecto AdaptA. GPS. Participación Comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza. *Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social. IACS.*, 2018. 65 p.

9. - Mac Pake B, Hanson K & Mills A. Community Financing of Health Care in Africa: An Evaluation of the Bamako Initiative. *Soc. Sci. Med.* Vol. 36, No, II, pp. 1383-1395, 1993. Printed in Great Britain.

10.- UNICEF. *The Bamako Initiative*. [Internet] Recuperado a partir de https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf. [Citado el 20/12/18].

11. - Yuanli Liu et al. Financing Transformation of China's Rural Health Care Financing. *Soc. Sci. Med.* 1995. Vol. 41, No. 8, pp. 1085-1093. Disponible en [[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00428-A](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00428-A)].

12.- Robayo Montaña. C.L. Zhōnghuá Rénmín Gònghéguó República Popular China y su sistema de salud. [Diapositiva electrónica]. fecha de acceso 27 marzo 2019. URL Disponible en [<http://slidegur.com/doc/1278934/sistema-de-salud-en-la-republica-popular-de-china>].

13.- Aguirre I. et al. El sistema de salud de China: entre la privatización y los servicios de salud pública. [Blog en internet [Ivan G Aguirre A](#)]. *Corporación Universitaria Remington Medellín*. 2014. [citado

27/03/2019]. Disponible en <https://felipemolina525.blogspot.com/2014/03/resumen-de-el-sistema-de-salud-de-china.html>.

14.- Carlos A. Agudelo C. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD. CONCEPTOS Y CRITERIOS DE VALORACION. *Bol Of Sanzt Panom* 95(3). 1983.

15. - Dave-Sen and McPake B. Planning and management of community financing: a review of NGO approaches in the health sector. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 1993 Vol. 4, No. 3, pp. 345-371 Published by: Springer Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/27927392> Accessed: 13-03-2019 03:02 UTC.

16. - Björn Ekman. Review article Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *HEALTH POLICY AND PLANNING*; 2004, 19(5): 249–270.. [doi: 10.1093/heapol/czh031].

17. - Carrin G, Waelkens M-P & Criel B. Community-based health insurance in developing countries. *TM & IH* 2005.Vol. 10 no 8 pp 799–811.

18.- Secretaría de Salud. Sistemas de Protección Social en Salud Elementos conceptuales, financieros y operativos. 1ra Ed. México. 2005 D. R. ©

19. - Mossialos E y Dixon A, Chapter one: Funding Health Care: an introduction. Edited by Mossialos E y Dixon A, Figueras J. & Kutzin J. Funding health care: Options for Europe. *WHO European Observatory on Health Care Systems*, 2002. p. 3-30.

20.-SSA. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Programa de Acción: PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD. México 2001.

21.- OCDE 2016. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016 ©. Disponible en [2016 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>].

22.- Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Borja C, Torres A. El Sistema De Protección Social En Salud De México: Efectos Potenciales Sobre La Justicia Financiera Y Los Gastos Catastróficos De Los Hogares. Knaul FM, Nigenda G (Eds.) *Caleidoscopio de la Salud. De la Investigación a las Políticas y d*, 2003. 18 p.

23.- Cruz Vargas, JC. *México último lugar en recaudación de impuestos: OCDE*. [Internet Rev. Proceso.com.mx] 3 dic, 2015. Citado el [31/03/19] disponible en <https://www.proceso.com.mx/422518/mexico-ultimo-lugar-en-recaudacion-de-impuestos-ocde>.

24.-Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex* 2011; (53) supl 2:S220-S232.

25.- Wilson Center. Financiamiento del Sistema Único de Salud Reflexiones y propuestas para la planeación del Sistema Nacional de Salud. *México Instituto. El Economista*. CDMX. México. 2019. V.18.02.19.

- 26.- Franco-Marina F, Tirado-Gómez LL, Venado-Estrada A, Moreno-López JA, Pacheco-Domínguez RL, Durán-Arenas L, López-Cervantes M. An indirect estimation of current and future inequalities in the frequency of end stage renal disease in Mexico. *Salud Pública Mex* 2011; (53) suppl 4:S506-S515.
- 27.- Laurell Asa Cristina. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires: Ed. CLACSO; 2013. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/ImpactodelSeguroPopular.pdf>.
- 28.- [Internet] disponible en: <https://www.mexicodestinos.com/lugares/puerto-arista>, citado el 10/08/2019.
- 29.-Trinidad Maya PG. PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DEL CENTRO DE SALUD RURAL DE PUERTO ARISTA, CHIAPAS. ESTUDIO DE COMUNIDAD. *INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS. JURISDICCIÓN SANITARIA NO. VIII. PUERTO ARISTA, TONALÁ CHIAPAS, México. 2016-2017.*
- 30.- Secretaría del Bienestar. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2019 ESTADO DE CHIAPAS. Citado el: [17/ 08/2019]. Disponible en [\[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/432091/Chiapas.pdf\]](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/432091/Chiapas.pdf).
- 31.-SEDESOL. Catálogo de localidades. (2011). Citado el: 17/08/2019. Disponible en: [\[http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=07&mun=097\]](http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=07&mun=097).
- 32.- CONAPO. UNIDAD DE MICRORREGIONES (2011). Citado el [17/08/2019]. Disponible en: [\[http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indiMarginacLoc.aspx?refnac=070970002\]](http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indiMarginacLoc.aspx?refnac=070970002).
- 33.- COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 668/18 20 DE DICIEMBRE DE 2018 PÁGINA ½. SEXTA EDICIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (ENESS). INEGI. [Internet].2018. Disponible en [\[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENESS2018.pdf\]](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENESS2018.pdf)
- 34.- Alarcón Espinoza, G. Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. Bethesda, MD: *Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.* 2009.
- 35.- OCDE/Eurostat/World Health Organization (2017), "Classification of Health Care Financing Schemes (ICHAHF)", in A System of Health Accounts 2011: Revised edition, *OECD Publishing*, Paris.
36. - Gottret P. & Schieber G. Health Financing Revisited a Practitioner's Guide. *The World Bank.* 2006 NW. Washington DC. Disponible en: [\[https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6585-4\]](https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6585-4).
- 37.- Preker AS, Carrin G, Dror D, Jakab M, C Hsiao W & Arhin-Tenkorang D. PART 1 GLOBAL AND REGIONAL TRENDS. CH 1. Rich-Poor Differences in Health Care Financing. Editors Preker AS & Carrin G. *Health Financing for Poor People. Resource Mobilization and Risk Sharing.* Washington, D.C.: *World Bank.* 2003. P 1-44.

38. - Mills A. & Bennett S. Chapter nine. Lessons on the sustainability of health care funding from low-and middle income countries. Edited by Mossialos E, Dixon A, Figeras J & Kutzin J. *Euro WHO*. Great Britain. P 207-226.
39. - Abel-Smith B. The Rise and Decline of the Early HMOs: Some International Experiences. LSE. *The Milbank Quarterly*, Vol. 66, No. 4. 1989.
- 40.- Leticia Ávila Burgos L, Cahuana Hurtado L, Pérez Núñez R, Aracena Genao B y Vázquez Meseguer V Ma. Desarrollo del subanálisis de cuentas en salud. El caso de las cuentas en salud Reproductiva y equidad de género en México. Ed. Felicia Marie Knaul, Stefano M. Bertozzi y Héctor Arreola Ornelas. 1ra Ed. México. INSP. 2006. P 6-55.
40. - Alfaro Jiménez V M. *GLOSARIO DE TERMINOS DE DERECHO FISCAL. 1 DERECHO FISCAL*. [Internet]. Citado el [16/07/2019] disponible en: [\[http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/358/GLOSARIO_DE_DERECHO_FISCAL.pdf\]](http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/358/GLOSARIO_DE_DERECHO_FISCAL.pdf).
- 41.- Melitta Jakab M & Krishnan C. PART 1 GLOBAL AND REGIONAL TRENDS. CH 2. Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing. (Revisión de las fortalezas y debilidades del financiamiento comunitario). Editors Preker AS & Carrin G. Health Financing for Poor People. Resource Mobilization and Risk Sharing. Washington, D.C.: *World Bank*. 2003. P 54-117.
- 42.-OMS [Internet] Recuperado a partir de <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/>. [Citado 02/10/18].
- 43.- Gottret P. & Schieber G. Chapter 3 Risk pooling mechanisms. Health Financing Revisited a Practitioner's Guide. NW. Washington DC. *The World Bank* ©2006. P 73-115.
- 44.- [Internet] Diccionario de Black de Leyes. Disponible en: <https://espanol.thelawdictionary.org/transferecia-del-riesgo/>. Citado el [16/07/2019].
- 45.- Huidobro Ortega. M A. Tesis. Economías de escala y de alcance en el sector asegurador mexicano. Maestro en economía aplicada: CDMX. *Tecnológico de Monterrey*. 2002. 93 P. (51)
- 46.- Internet disponible en <https://espanol.thelawdictionary.org/relacion-contractual/>. Citado el: 23/07/2019.
- 47.- Zalazar RJD. Unidad V: La Organización como Sistema. Introducción a la Administración: Paradigmas en las Organizaciones. Enciclopedia virtual. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011e/1090/estructura.html>. Citado el [31/07/2019].
- 48.- Sesión 3: Estructura Organizacional. Organizaciones Achatadas Cursos: Administración y Organización. GP-123. [Diapositiva Internet]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/foreguer/estruturas-organizacionales>.
- 49.- Hernández Sampieri, R. et al. Metodología de la investigación, cap. 8. Sección 8.8. ¿CÓMO SON LAS MUESTRAS NO PROBABILÍSTICAS?" México: *Mc Graw Hill*, 1991.

- 50.- [McPake B](#), [Hanson K](#) y [Mills A](#). Financiación comunitaria de la asistencia sanitaria en África: una evaluación de la iniciativa Bamako. *Soc Sci Med.* 1993 Jun; 36 (11): 1383-95. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90381-D](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90381-D).
51. - Jakab M y Krishnan C. CHAPTER 2 Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing. En: S. Preker and G. Carrin. Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing. *Commission on Macroeconomics and Health*; 2002. 53-100p.
- 52.- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. Cap. 14. Recolección y análisis de datos cualitativos. En Metodología de la Investigación (6ª ed., pp. 394-466). México: *McGraw-Hill*. (2014).
- 53.- Ke Xu, “Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos – Metodología,” Discussion Paper Number 2-2005. *OMS*, 2005.
- 54.- Vázquez Fonseca A. DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNITARIO DE PUERTO ARISTA, MUNICIPIO DE TONALÁ, CHIAPAS; 2020. *INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS*. JURISDICCIÓN SANITARIA NO. VIII. PUERTO ARISTA, TONALÁ CHIAPAS, México. 2019-2020.
- 55.- [Morones R y Morones D](#). [Taller de apoyo a la formación crítica de la madre educadora del centro comunitario Montessori Manantial](#). [Lic. Pedagogía]. *Universidad Pedagógica Nacional*. Ed: *Eva Rautemberg y Petersen*; México, D.F. 2010. 197p
- 56.- William C. Hsiao. Experience of Community Health Financing in the Asian Region. CH 3. Editors Preker AS & Carrin G. Health Financing for Poor People. Resource Mobilization and Risk Sharing. Washington, D.C.: *World Bank*. 2003. P 119-135.
- 57.- Comprenda los planes de salud. [Internet]. Health partners.2020 c. citado el [01/05/2020].Disponible en: <https://www.healthpartners.com/es/recursos-en-espanol/terminos/>
- 58.- - Definición de copago. [Internet]. Definición. DE. 2008-2020 c. citado el [01/05/2020].Disponible en: <https://definicion.de/copago/>
59. - Hsiao, WC. Unmet Health Needs of two billion: Is Community Financing a Solution? Preliminary draft for the Commission on Macroeconomics and Health, *WHO*. 2001. P 1-33.
60. - Jütting J. Do Community-Based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence from Rural Senegal. *World Development*. 2004. VL 32 (2):273-288.Disponible en [DOI: [10.1016/j.worlddev.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.10.001)].
61. - Atim, C. Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care. Synthesis of Research in Nine West and Central-African Countries. Technical Report No. 18. Bethesda, MD. *PHR. Abt Associates*. 1998. P1-52.
62. - Bennett S, Creese A, Monasch R. Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment. *WHO*. 1998.ARA paper no. 16.
63. - Dyna Arhin-Tenkorang. CHAPTER 4 Experience of Community Health Financing in the African Region.

64. Instituto de Salud para el Bienestar [Internet] Gobierno de México. 2020. citado el [08/07/2020] Disponible en: [<https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>].

65.- Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Martínez-Monroy T, Lemus-Carmona E. Gasto privado en salud por entidad federativa en México. *Salud Pública de México*; 2005. Vol. 47

66.- Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano C, Gómez-Dantés O. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*; 2005. Vol. 47.

67.- Secretaría de Salud de México. Gastos Catastróficos por motivos de salud. Desempeño de los sistemas de salud. Salud: México 2002.

68.- Luna Ruiz, G. LOS GASTOS CATASTRÓFICOS POR MOTIVOS DE SALUD EN MÉXICO, LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS Y LA POLÍTICA EN SALUD. [Tesis de Maestría].Ed: Mella Márquez JM, Universidad Autónoma de Madrid, 2013 .202p.

