



Universidad Nacional Autónoma de México

Posgrado en Filosofía de la Ciencia

Más allá de las virtudes del diálogo:
La participación ciudadana en el sistema de
salud de la Ciudad de México

Tesis

que para obtener el grado de:

Doctora en Filosofía de la Ciencia

Presenta:

Luz Lazos Ramírez

Director: Dr. León Olivé Morett



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.

Agradecimientos

Esta tesis es el resultado de las contribuciones de muchas personas, a quienes quiero agradecer de todo corazón su apoyo y compañía durante este proceso.

En primer lugar, quiero agradecer a todas las personas que contribuyeron con entusiasmo y paciencia en las observaciones y entrevistas realizadas. Muchísimas gracias a todos por la valiosa información proporcionada, especialmente por la gran disposición y amabilidad para discutir temas de salud, democracia y vida cotidiana a temprana hora en los centros comunitarios de salud de la Ciudad de la Esperanza. Agradezco a la Secretaría de Salud del DF por las facilidades proporcionadas para llevar a cabo este estudio en sus instalaciones.

Agradezco al Posgrado en Filosofía de la Ciencia, el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM y la Facultad de Filosofía y Letras que hicieron posible el desarrollo de esta investigación, incluida una beca de la UNAM para la realización de los estudios de doctorado durante el periodo 2006 a 2008. También agradezco los recursos aportados por el proyecto Papiit No. IN402509 y el apoyo del Seminario Sociedad del Conocimiento y Diversidad Cultural. Por la dura labor de encontrar el sentido de los textos hasta que forman una tesis, le doy muchas gracias a Alicia Ziccardi, Laura Vargas, Verónica Montes de Oca y Sandra Ramírez. Especialmente, agradezco a León Olivé por su paciencia como director de este trabajo y a Alicia Ziccardi por la sugerencia de explorar un sistema de salud a la vuelta de la esquina. También quiero agradecer a Lepoldo Valiñas y Alfonso Rodríguez por sus valiosas indicaciones para realizar el estudio en los centros de salud.

Gracias a la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Facultad de Ingeniería, por el apoyo y la motivación para realizar los estudios de posgrado, especialmente a Enrique Fabián Cervantes, Araceli Larrión y Marco Aurelio Torres H. Muchas gracias también a Nohemí Vidal, Elizabeth Barajas del Posgrado en Filosofía de la Ciencia y Patricia Gamboa (SSDF) por su amabilidad y ayuda con todos los trámites que

han sido necesarios para llegar hasta aquí.

Todos sabemos que el agradable ambiente de trabajo y el acompañamiento intelectual son imprescindibles en estos procesos y por ello quiero agradecer a mis queridos amigos y compañeros del posgrado en el IIF, Xenia Rueda, Lidia Barajas, Juan Carlos García, Haydeé López y Luis Sánchez Graillet quienes a golpe de ideas y risas han participado en discusiones enriquecedoras. Un particular agradecimiento a Roberto Feltrero, Mónica Lozano y Mario Mendoza, por su complicidad en los más diversos proyectos, incluida la tesis.

Gracias totales a la querida banda del antro, Martha González, Nohemí Sánchez, Ivet Reyes, Karla Villanueva, Héliida Jordi, Gabriela Rivera y Adolfo Cisneros, quienes han estado ahí tan cerca, tan alegres y tan solidarios como siempre. Muchas gracias a Carlos Bravo por su apoyo y también por las figuras de este trabajo. Más allá de las gracias, están mis queridas Edith Ortiz y Zayil Salazar. Agradezco los buenos consejos que, como siempre, han estado a cargo de José Luis Ruvalcaba, Luis Rodríguez y Ángeles Ontalba.

Un agradecimiento muy especial a mis compañeros de siempre Gabriela Ortiz, Martha Medrano y Gabriel Ramírez quienes afortunadamente trabajan en el sector salud. Por este feliz reencuentro de los intereses comunes.

Infinitas gracias a mis padres Araceli Ramírez y Armando Lazos, mis seis hermanos, nueve sobrinos y algo más de un centenar de seres queridos, entre tías, primos e invitados permanentes.

Un agradecimiento muy especial y con todo cariño a mi abuela Teódula Benítez por sus agudos comentarios e impresionante generosidad que me han enseñado que lo más importante es reír y compartir.

Índice

Introducción	6
1. La Democratización de la Ciencia y la Tecnología	
1.1 Los orígenes de la democratización de la Ciencia y la tecnología	16
1.2 La legitimidad democrática de los expertos	22
1.3. El problema de la legitimidad epistémica y el problema de la extensión de la intervención ciudadana	32
1.4 El problema del conocimiento proposicional como única base del proceso de toma de decisiones	38
1.5 El pluralismo epistémico como base de la democratización de la ciencia	45
1.6 Conclusiones del primer capítulo	53
2 La participación ciudadana en los sistemas de salud	
2.1 La estructura de los sistemas de salud	56
2.2 La historia oficial de la participación en sistemas de salud	64
2.3 De la participación social a la promoción de la salud	73
2.4 Entre los servicios y los derechos: el papel del público en los sistemas de salud	87
2.5 Conclusiones del segundo capítulo	99

3 La participación ciudadana en el sistema de salud del gobierno del Distrito Federal

3.1 El sistema de salud del Gobierno del Distrito Federal	103
3.2 La Secretaría de salud del Distrito Federal	108
3.3 Las condiciones de operación	119
3.4 Ciudadanos en el primer nivel de atención del SSDF	133
3.5 Reflexiones en torno al proceso de participación ciudadana en el SSDF	162
3.6 Conclusiones del tercer capítulo	168

4. Reflexiones finales

4.1 Silencios y ausencias: Las dificultades prácticas de la participación ciudadana	172
4.2 La presencia y la práctica en la participación ciudadana	184

Bibliografía	193
---------------------	-----

Introducción

Desde hace cincuenta años, la aparición de conflictos relacionados con el ambiente, la energía y la salud han subrayado la necesidad de promover nuevas formas de organización institucional que permitan incorporar las preocupaciones, intereses y expectativas de los ciudadanos en la formulación de políticas públicas en ciencia y tecnología.

La participación ciudadana es considerada la principal vía para promover la intervención de los ciudadanos en el control de las instituciones, favoreciendo la construcción de objetivos comunes, incrementando la eficiencia de los servicios y generando mejores condiciones para la gobernabilidad y la justicia social. Los posibles beneficios de la participación ciudadana se esperan como resultado de cambios en la distribución del control, debidos al reconocimiento e inclusión de nuevas perspectivas y con ello, la construcción de nuevas relaciones entre los actores sociales involucrados.

El desarrollo de procesos de participación ciudadana en diversas áreas para el ajuste de políticas públicas ha sido analizado y discutido ampliamente. Cuestiones como los modelos de democracia, la representatividad, la legitimidad política, el balance de poder, las relaciones público-institución, la transferencia de información, entre otras, han sido abordadas para el diseño de modelos de participación, su aplicación y su evaluación en diversos contextos. Estos análisis se extienden a casos donde los procesos de

participación han resultado fallidos, llevando incluso a la manipulación de los grupos involucrados y a la imposición de medidas con efectos controversiales o francamente negativos, (Abelson, 2003; Cooke y Kothari, 2001; Keijzer, 2005).

En las discusiones en torno a aspectos de ciencia y tecnología, las altas expectativas que se encuentran asociadas a la participación de los ciudadanos, se enfrentan continuamente a las preguntas: ¿cómo el ciudadano puede intervenir activamente en un proceso que requiere del análisis de conocimientos especializados? ¿Cómo se pueden incorporar perspectivas diversas en la discusión sin disminuir la eficiencia del proceso?, ¿qué hacer cuándo diferentes perspectivas entran en conflicto con la visión del experto? La forma de responder a las preguntas anteriores depende en gran medida de la forma en que se plantee el papel de la ciencia y la tecnología en las discusiones y con ello, las posibilidades de intervención del ciudadano.

Es importante señalar que el cuestionamiento sobre la contribución del ciudadano puede seguir una tendencia que asume a la participación ciudadana en aspectos relacionados con ciencia y tecnología como un problema de información. En este caso, se plantea que en los procesos de toma de decisiones, los conflictos surgen porque el ciudadano no tiene los conocimientos o el acceso a los conocimientos científicos que dan lugar al establecimiento de ciertas medidas. En estos casos, los modelos de participación promueven acciones orientadas a proporcionar información, tratando de ofrecer un panorama que haga posible modificar las actitudes de resistencia hacia un problema o una acción propuesta y propiciando la disposición al diálogo. Por ello, es frecuente que los procesos de participación ciudadana están asociados con la educación y la comunicación de la ciencia, que tratan de aportar al ciudadano las herramientas para la comprensión del problema y así, contribuir al diálogo que dará como resultado la toma de decisiones y la ejecución de las medidas más adecuadas, tanto por su legitimidad epistémica como por su legitimidad política (López Cerezo y

Luján, 2000; Turner, 2002).

Una variante de esta tendencia asume que la participación ciudadana se enfrenta a la coexistencia de distintas propuestas para dar solución a un problema. En este caso, se plantea la participación como un proceso de deliberación que lleva al público a la toma de decisiones y a la elección de alguna de las propuestas. Como en el caso anterior, la forma de incorporar al público es a través de campañas de información para disminuir las resistencias y favorecer el establecimiento del diálogo.

Sin embargo, en asuntos de ciencia y tecnología, ¿es la participación ciudadana sólo un problema de información o distribución de conocimientos especializados para establecer el diálogo?

La respuesta a esta cuestión requiere del análisis de los supuestos teóricos en torno a la participación ciudadana así como del estudio de procesos establecidos en contextos específicos. En este trabajo, se aborda el estudio de sistemas de salud, considerando que en ellos se han establecido, desde hace varias décadas, diversas iniciativas para promover la participación ciudadana, y que se han enfrentado a preguntas sobre la contribución del público en un ámbito donde las discusiones están estrechamente ligadas con conocimientos especializados.

En los sistemas de salud, las iniciativas de participación han desarrollado distintas propuestas en relación al papel que se asigna al ciudadano (beneficiario, usuario, cliente), y además, coexisten diversas perspectivas sobre de la relación entre los conocimientos y las acciones de salud, que han quedado reflejadas en una amplia gama de experiencias y resultados.

En esta tesis se sostiene que considerar a la participación ciudadana como un problema de conocimientos especializados y su distribución asimétrica entre expertos y legos, que se atiende a través de procesos informativos, tiene como efecto la exclusión de grupos con perspectivas diferentes a las planteadas por los expertos, lo que significa pérdidas

importantes en términos epistémicos, éticos y políticos.

Abordar la participación como un problema de distribución de información, introduce una separación de los ciudadanos en dos grupos, expertos y legos, con base en sus diferencias en conocimientos especializados reconocidos oficialmente. Este es un esquema con serias limitaciones para incorporar efectivamente al público, especialmente para casos como el sistema de salud, donde existen diversas formas de enfrentar los problemas de salud, dentro y fuera del reconocimiento oficial de expertos. Cabe mencionar que en México, los procesos de participación basados en la separación experto-lego, han excluido perspectivas de salud, como la medicina tradicional, las medicinas alternativas y sus formas de organización civil, al no considerar su importancia y sus logros en la atención de la salud de amplios grupos de la población. Esta exclusión ha limitado el alcance de los procesos, minando las relaciones entre los participantes (Álvarez Enríquez, 2004; Cahuich, 2008).

En este trabajo se plantea que la participación ciudadana es un problema de interacción de diferentes perspectivas, lo que hace necesario:

- 1) Cuestionar las divisiones entre experto-lego, basadas en la distribución del conocimiento especializado, de las que parten muchos modelos de participación en ciencia y tecnología, y que se aplican en el ámbito de la salud.
- 2) Reconocer el carácter amplio de las discusiones de la salud, que no sólo involucran conocimientos especializados, sino también valores, intereses y compromisos diversos de los agentes, y que hacen de la participación ciudadana, un diálogo dirigido a la negociación y a la creación de acuerdos, y no sólo una cuestión de selección de información.
- 3) Evitar los procesos selectivos de inclusión, focalizados en ciertos grupos, que se basan en asignaciones unilaterales de su relación ante un problema, por ejemplo,

en procesos dirigidos a grupos de enfermos, afectados, víctimas, o grupos de atención especial, sin reconocer la diversidad de puntos de vista ante una situación, dentro y fuera de dichos grupos.

- 4) Establecer medidas dirigidas a reconocer las diferentes perspectivas y plantear formas de incorporarlas a la discusión, lo que hace necesario introducir una perspectiva pluralista epistémica, ética y política para abordar la participación ciudadana en sistemas de salud, que se puede ampliar a otros aspectos de ciencia y tecnología.

Los puntos señalados se exponen en los cuatro capítulos que forman este trabajo. El capítulo 1, inicia con un breve recuento histórico de las demandas de democratización de la ciencia y la tecnología, que surgieron a partir de conflictos que mostraban el carácter público de estas actividades y con ello, la necesidad de formas de control social de las mismas.

La intervención del público en asuntos de ciencia y tecnología ha recibido diferentes tipos de justificaciones por parte de los grupos que demandan que las políticas públicas relacionadas con estas actividades sean producto de procesos de diálogo entre los diferentes grupos involucrados. Sin embargo, satisfacer estas demandas plantea el dilema de hacer compatible la legitimidad política de las basadas en la intervención pública, con la legitimidad epistémica de las decisiones basadas en el conocimiento especializado. El dilema surge porque incluir al público, disminuye la calidad de las decisiones tomadas, pues los legos no tienen los fundamentos epistémicos adecuados, pero, si las decisiones sólo la toman los expertos calificados, la desigualdad en las posibilidades de intervención de los sujetos se mantiene como un obstáculo a la intervención democrática.

A partir de este dilema, en el capítulo 1 se hace el análisis de la visión que asume la

participación pública en ciencia y tecnología como un problema de información, o más directamente, como una cuestión que surge de la falta de información de los ciudadanos comunes. Esto ha establecido una tendencia muy importante en el diseño de los modelos de participación en aspectos de ciencia y tecnología, que están basados en una separación de los ciudadanos en expertos y legos. En esta tendencia, los modelos de participación tratan de resolver el problema por medio de mecanismos para promover el diálogo entre el público y el experto, y las acciones están centradas en campañas de información dirigidas al público, para reducir la asimetría informativa.

Una de las objeciones que puede hacerse a estos modelos es la validez de la separación entre expertos y legos considerando por un lado, situaciones donde coexisten diferentes prácticas, con formas propias de definir y solucionar un problema, y por otro lado, los casos, donde no se cuenta con el conocimiento suficiente para plantear propuestas, haciendo necesaria la intervención de diferentes perspectivas para la construcción de nuevos conocimientos (Wynne, 2002; Jasanoff, 2007; Olivé, 2007). Los sistemas de salud o las prácticas agrícolas son ejemplos de coexistencia de diferentes prácticas para la solución de un problema común; y las discusiones en torno a diferentes tipos de riesgos, son ejemplos de las situaciones donde se encuentran carencias en los conocimientos disponibles.

Como se muestra en el capítulo 1, incorporar las diferentes perspectivas frente a un problema dado es parte de los criterios de legitimidad epistémica que requiere el proceso de toma de decisiones, y con ello, se plantea la necesidad de abordar la participación desde una perspectiva pluralista epistémica, ética y política, que haga posible el reconocimiento de la diversidad de puntos de vista y su intervención en la construcción de conocimientos en un contexto dado.

La tendencia general en el establecimiento de procesos de participación en los sistemas de salud ha seguido modelos que marcan la separación entre expertos y legos, tratando

la inclusión del público como un asunto de información y diálogos informativos, como se muestra en el capítulo 2, donde se analiza el establecimiento de procesos de participación en salud promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la Declaración de Alma Ata, en 1978.

En este capítulo se muestra un panorama general de la estructura de los sistemas de salud, que se utiliza para la comparación del desempeño de los mismo, y que en este caso muestra las diferentes funciones y niveles donde podría darse la intervención del público. Es importante señalar que este trabajo se ha dirigido al primer nivel de atención, y por ello, en el capítulo 2, se sigue el desarrollo de los lineamientos generales de la OMS para promover la participación en dicho nivel.

Lo lineamientos generales de la OMS partieron de una visión plural e incluyente basada en el reconocimiento de diversas perspectivas e iniciativas comunitarias, que fueron transformándose, con el tiempo, en una visión focalizada a la contención de ciertos problemas de salud en grupos vulnerables, asociada a la tendencia generalizada de establecer la participación como un problema de información, mientras avanzaba la privatización de los servicios de salud en muchos países del mundo.

Este proceso ha tenido como resultado que la intervención ciudadana en las instituciones de salud se limita a promover campañas de información para que el individuo, como consumidor o usuario, elija entre opciones de servicio, con cierta posibilidad de intervención política, pero restringida a ciertos aspectos del sistema como son vigilancia financiera o evaluación de la calidad de los servicios. En este contexto de intervención, la contribución epistémica del público no forma parte de los objetivos de la participación, y termina por ignorar las diversas perspectivas y prácticas en torno a la salud que tienen diversos grupos. En muchos casos, los problemas de salud se reducen a problemas de falta de información entre los usuarios de servicios, una aproximación donde se simplifican los procesos en un grado extremo, y que desemboca en

interacciones fallidas entre las instituciones y los ciudadanos, donde las relaciones de mercado prevalecen sobre las necesidades de deliberación y establecimiento de acuerdos ciudadanos.

La brecha existente entre las expectativas de los procesos de participación ciudadana y los resultados obtenidos en su establecimiento también es evidente en el caso del sistema de salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF), que se presenta en el capítulo 3. En el sistema mencionado, a partir de una reestructuración institucional se establecieron varias intervenciones dirigidas a promover la participación ciudadana en los centros de salud comunitarios, esto es, en el primer nivel de atención del SSGDF.

La participación ciudadana se considera un aspecto relevante dentro del gobierno del DF por su potencial para la solución de problemas y el mejoramiento de las relaciones comunitarias e institucionales en la Ciudad de México. En el caso del sistema de salud del GDF, las intervenciones establecidas están orientadas a la mejora de los servicios, incorporando lineamientos generales comunes a otros sistemas, como son la promoción de cultura de la salud, por medio de campañas informativas dirigidas a los cambios de estilo de vida, y la atención focalizada a grupos vulnerables. Los problemas ya señalados para el establecimiento de este tipo de medidas en el sistema de salud también se identifican en este caso.

Las intervenciones mencionadas se complementan con la conformación de comités ciudadanos cuya función de evaluación de la calidad de los servicios, establece de forma incipiente una alternativa para la participación de los ciudadanos en el sistema de salud, que además, vincula varias iniciativas relacionadas con el desarrollo social. A pesar de los problemas que presentan estos comités, los riesgos de su integración y su todavía limitado impacto, son nuevos espacios que ofrecen posibilidades para el reconocimiento e incorporación de nuevas perspectivas y la construcción de relaciones entre los ciudadanos y las instituciones. En un contexto marcado por una historia de

exclusión, desconfianza, y resistencia ciudadana, este tipo de iniciativas dan cierto espacio a la esperanza.

En el capítulo 4 se presentan una serie de reflexiones en torno a la necesidad de considerar una perspectiva pluralista para la participación ciudadana en los sistemas de salud, para evitar los problemas que se han señalado en el desarrollo de procesos que asumen la participación como un problema de falta de información por parte del público, limitando la inclusión de perspectivas diversas, y con ello, sus aportaciones para dar solución a los problemas que afectan a distintos grupos.

En el capítulo 4 se retoman elementos de la discusión presentada en el capítulo 1, con relación a las ventajas que puede ofrecer la perspectiva pluralista al promover la participación como un problema de interacción entre diversas perspectivas, y que incorpora al público con base en el reconocimiento de la diversidad de conocimientos y de las contribuciones éticas, políticas y epistémicas que significa la intervención del ciudadano.

Como se plantea en la discusión teórica del capítulo 1, la perspectiva pluralista permite superar las tensiones entre experto y lego, favoreciendo la inclusión y el planteamiento de diálogos dirigidos a la construcción conjunta de soluciones, con la contribución de diferentes actores. Sin embargo, el análisis de los procesos de participación ciudadana que aquí se han abordado, señala la importancia de que este reconocimiento de la diversidad adquiera una expresión concreta, conformando nuevos espacios de interacción de perspectivas.

La reflexión final de este trabajo sobre la participación ciudadana apunta hacia la discusión en torno a la generación de espacios públicos como un complemento necesario al reconocimiento de nuevas perspectivas, de tal forma que la contribución epistémica, ética y política del ciudadano, se vea reflejada en nuevas presencias,

relaciones y acciones concretas dentro del espacio público. Para ello, es necesario abordar cómo se construyen nuevos criterios epistémicos, éticos y políticos a partir del reconocimiento de la diversidad de perspectivas y sus interacciones, y como las nuevas construcciones se manifiestan en espacios y acciones concretos.

Las discusiones mencionadas señalan también la necesidad de establecer nuevas aproximaciones para el análisis de la dimensión epistémica de la intervención ciudadana, un aspecto poco discutido, pero cada vez más necesario para abordar diversos problemas asociados con la ciencia y tecnología.

Estos puntos son muy importantes para formular nuevos planteamientos para el desarrollo de procesos de participación ciudadana que permitan generar las condiciones de eficiencia institucional, equidad y justicia social que se esperan de la democracia.

1

La Democratización de la Ciencia y la Tecnología

1.1 Los orígenes de la democratización de la ciencia y tecnología

Desde el siglo XIX, las dudas sobre el papel de la tecnología y el progreso surgieron como una reacción crítica al proyecto moderno de transformación de la sociedad. En algunos países, estas críticas llevaron a la formación de asociaciones como *la American Society for the Prevention of Cruelty to Animals* (en 1866) o grupos radicales como los luddistas en Reino Unido (Winner, 2001; Giugni, 2004).

Hacia 1927, las preocupaciones en torno a la ciencia se manifestaban en la reunión de la *British Association for the Advancement of Science*, donde se propuso una moratoria al descubrimiento científico para dar tiempo a la reflexión colectiva en torno al avance tecnológico y sus consecuencias sociales. Durante la Depresión Económica en EUA en 1929, se extendió ampliamente la llamada “frustración por la ciencia”, que consideraba el avance tecnológico como la causa básica del desempleo. Ante estas críticas, se plantearon discusiones sobre la responsabilidad social de los científicos y los beneficios sociales de la ciencia, (Turner, 2007).

Sin dejar a un lado estos antecedentes, se considera que las demandas actuales por una mayor intervención ciudadana en el control público de la ciencia y tecnología tienen su antecedente directo en los movimientos pioneros antinucleares y ambientalistas de los años sesenta del siglo XX, como resultado de un cambio notable en la percepción general de la ciencia y la tecnología.

Estos movimientos tuvieron como rasgo común ser una respuesta crítica a las consecuencias negativas del avance tecnológico, como son las armas nucleares o la contaminación ambiental, (Nelkin y Pollak, 1978; Winner, 1986; López Cerezo, 2003; Cutcliffe, 1997). Uno de los aspectos más notables de estos movimientos sociales fue su carácter masivo y popular. Millones de personas de clase media participaron activamente, transformando la crítica intelectual en una cuestión pública, que consideraba no sólo cambiar las decisiones de los políticos, sino involucrar al público en la discusión de las nuevas interacciones entre la ciencia, la tecnología y la sociedad, (Giugni, 2004, Haraway, 2005).

En estos movimientos se hizo explícita la demanda de mayor control público sobre la ciencia y la tecnología, por ser actividades prioritarias para la vida humana. A diferencia de movimientos anteriores, no constituían simplemente una oposición irracional, romántica, elitista o anticientífica que pretendiera una renuncia a la ciencia y la tecnología para que la humanidad volviera al pasado y viviera en condiciones más cercanas a la naturaleza. Por el contrario, el carácter crítico de estos movimientos dio lugar a nuevas preguntas y discusiones sobre la ciencia y tecnología, que llevaron incluso a plantear importantes cuestiones sobre la democracia (Cutcliffe, 2003; Winner, 2001; Broncano, 2009).

Los movimientos ambientalista y antinuclear no pueden considerarse reacciones aisladas a la ciencia y la tecnología, sino que surgieron ligados a otros movimientos como el feminismo y las reivindicaciones postcoloniales, que motivaron numerosas y

profundas reflexiones críticas en la historia, la filosofía y la sociología de la ciencia, dirigidas a la discusión en torno al poder político y su relación con el conocimiento, que destacaron el carácter social de la ciencia y la tecnología. En este contexto se conformó el campo denominado Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología (*Social Studies of Science and Technology*, SSST) (Harding, 1991; Cutcliffe, 2003; Golinski, 1998) .

Las dimensiones políticas, económicas y sociales de la ciencia y la tecnología, analizadas desde las perspectivas de los SSST, contribuyeron a comprender de cómo estas actividades y sus productos inciden en las vidas y las creencias de las personas. Pronto se incorporaron temas relacionados con la política pública en ciencia y tecnología en la agenda de investigación de los SSST, incluyendo aspectos como la evaluación de riesgos y la necesidad de la participación ciudadana.

En *La ballena y el reactor* (1987), Langdon Winner escribió:

Si observamos hasta qué punto están formadas nuestras vidas por los sistemas interconectados de la tecnología moderna, y la intensidad con que sentimos su influencia, respetamos su autoridad y participamos en su funcionamiento, comenzamos a comprender que, nos guste o no, nos hemos convertido en miembros de un nuevo orden en la historia de la humanidad (Winner, 1987: 11)

Una nueva forma de ver a la ciencia y la tecnología, y su relación con la sociedad comenzaba a plantearse con profundas consecuencias para la educación y la política pública, cuya discusión encontraría fuerte eco en el ámbito académico de los estudios sociales de ciencia y tecnología (Cutcliffe, 2003; López Cerezo, 2003; Haraway; 2004).

Los conflictos relacionados con ciencia y tecnología no eran simplemente problemas provocados por el mal uso del conocimiento y sus productos, las malas intenciones de ciertos grupos, o la ignorancia de las personas, sino el resultado de complejas interacciones que se producen en las sociedades. La solución de dichos conflictos requería de profundos cambios sociales, dando la pauta a numerosos planteamientos

críticos, muchos de ellos con resonancias activistas (Sismondo, 2009; Fuller, 1997; Sanmartín, J. et al. 1992).

En los años 70, tanto en Estados Unidos de América (EUA) como en Europa, los movimientos sociales antinuclear y ambientalista cobraron gran importancia, y lograron la incorporación de algunas de sus demandas dentro de la legislación, entre ellas, el reconocimiento institucional a la necesidad de involucrar al público en las discusiones sobre el impacto de nuevas tecnologías, con énfasis en las consecuencias de su implantación, las medidas a tomar en caso de problemas y la estimación de compensaciones para los afectados (Petersen, 1984).

Así, las legislaciones para la construcción de centrales nucleares, el manejo de desechos tóxicos o la disposición de terrenos para rellenos sanitarios fueron incluyendo las discusiones científico-tecnológicas en la agenda política y llevando paulatinamente al establecimiento de procesos participativos con el fin de incorporar las propuestas del público en las discusiones, con consideración especial de los grupos directamente afectados (Nelkin y Pollak, 1977; Petersen, 1984).

En EUA se crearon organismos públicos como la *Environmental Protection Agency* (EPA, Agencia de Protección Ambiental, 1970), *Office of Technology Assessment* (OTA, Oficina de evaluación de tecnologías, 1972) y la *Nuclear Regulatory Commission* (NRC, Comisión de Regulación Nuclear, 1975) para regular y evaluar el impacto de productos de la ciencia y tecnología. En estos organismos y sus contrapartes en otros países, la participación ciudadana fue considerada uno de los aspectos más relevantes para la gestión y evaluación tecnológica, organizada bajo la forma de comités de vigilancia ciudadana, foros de discusión y consultas públicas, dando los primeros pasos hacia la democratización de la ciencia y la tecnología (Petersen 1984; Hiskes 1998; Giugni 2004).

La creación de estos organismos marca para muchos, la institucionalización de las demandas del movimiento ambientalista y con ella, el inicio de una nueva etapa en la discusión pública de la ciencia y la tecnología que se consolidó en diversas políticas públicas. Sin embargo, para otros, la participación fue “domesticada” convirtiéndose en un asunto de relaciones públicas encaminado a la manipulación de la información, a la detección de grupos inconformes o como medio para legitimar el establecimiento de medidas (Beder, 2005).

Esta domesticación de la participación ha sido más notoria en movimientos sociales posteriores, especialmente asociados con problemas de ciencia y tecnología en países en vías de desarrollo.

Por ejemplo, en el caso del desastre químico de Bhopal (India, 1984)¹, la movilización social hizo posible la operación de clínicas de atención a las víctimas, el establecimiento de sistemas de vigilancia y monitoreo, e incluso se formularon propuestas ciudadanas dirigidas a la creación de un *People's Science Institute*. No obstante, el veredicto del tribunal de justicia indio estableció que la empresa, *Union Carbide*, no tenía responsabilidad criminal, haciendo caso omiso de las propuestas civiles. En casos como el mencionado cabe la pregunta ¿cómo pueden incidir diversos grupos en la toma de decisiones?, ¿dónde queda la contribución del público?, (Visvanathan, 1997)

El significado y alcance de la intervención pública llega hasta nuestros días como parte de las discusiones en torno a la regulación y control social de la ciencia y la tecnología por ser prácticas de suma relevancia en la sociedad (Foltz, 1999, Hiskes, 1998).

¹El desastre de Bhopal, se debió a una fuga de gases tóxicos, principalmente metil-isocianato, que provocó directamente la muerte de 6,000 personas en la primera semana, y otras 12,000 murieron posteriormente. Se estima que las víctimas fueron más de 600,000, de las cuales 150,000 presentaron secuelas graves. La fuga también afectó animales y cultivos. La Corte Suprema de la India aceptó 470 millones de dólares como compensación a cambio de absolver a la multinacional Union Carbide de cualquier responsabilidad criminal o civil (Raina,2009).

La demanda para democratizar la ciencia y tecnología muestra los efectos de los movimientos sociales mencionados en dos sentidos que merecen un análisis por separado.

En primer lugar, los movimientos sociales mostraron a la ciencia y la tecnología como cuestiones públicas, que involucran a muchas personas en forma colectiva:

Cuando las partes que intervienen en cualquier transacción tienen un estatus desigual, es previsible que sea una relación falta de equilibrio y que se resientan los intereses de una de las partes. Si las consecuencias parecen graves, en especial si parecen irreparables, el público ejerce un peso que equilibra las condiciones [...] es una cuestión con unas consecuencias indirectas tan graves para la sociedad que no es seguro dejarlo en manos de las partes directamente implicadas, porque una necesidad apremiante puede incapacitar a una parte de la transacción para una negociación eficaz (Dewey, 2004:90)

En segundo lugar, con estos movimientos se reconoció el riesgo como un problema asociado con la ciencia y la tecnología. El riesgo está directamente vinculado con la incertidumbre y por ende, con la imposibilidad de control total desde el punto de vista técnico que impide establecer *a priori* las consecuencias de la tecnología y sus productos y por lo tanto, hace imprevisibles algunos de sus efectos negativos. El análisis en torno al riesgo y sus efectos, entre ellos los conflictos públicos, ha llevado a planteamientos diversos en torno a la legitimidad epistémica de los expertos, la objetividad científica y la evaluación de los sistemas tecnológicos (Feenberg, 1999; Broncano, 2009, Wynne, 2005).

El movimiento antinuclear puso énfasis en el tema del riesgo y las consecuencias del mismo en la legitimidad de las decisiones tomadas por los expertos. Los primeros accidentes nucleares mostraron que nadie, ni siquiera los científicos u otros expertos podían calcular los daños provocados por la tecnología que, incluso en su forma

pacífica, podía causar efectos inesperados, no intencionales, incalculables y que afectaban de forma diferencial a los grupos humanos (Giugni, 2004).

Como lo señala Feenberg (1999):

La tecnología es poder en las sociedades modernas, incluso un poder mayor que el poder político mismo. Los dueños de los sistemas tecnológicos, líderes corporativos y militares, médicos e ingenieros, tienen mucho más control sobre los patrones de crecimiento urbano, el diseño de viviendas y sistemas de transporte, nuestra experiencia como trabajadores, pacientes y consumidores, que todas las instituciones públicas juntas (Feenberg, 1999: 131).

Siguiendo a este autor, dado el papel que desempeñan estas actividades en la sociedad, es necesario democratizar su regulación bajo estándares en los que se incluya la participación de los ciudadanos en todos los procesos relacionados con la ciencia y tecnología, y no sólo en los momentos posteriores al surgimiento de conflictos.

Desde esta perspectiva, el funcionamiento normal de los sistemas de ciencia y tecnología debe involucrar al público en la formulación de las políticas públicas, y considerar la participación ciudadana no sólo como una respuesta políticamente correcta ante las crisis provocadas por sus efectos, sino como una condición fundamental para el control social de su desarrollo en términos de justicia social (Winner, 1987; Feenberg, 1999; Olivé, 2000; Wynne, 2002).

1.2 La legitimidad democrática de los expertos

La democratización de la ciencia y la tecnología se refiere a un proceso que conduce de una situación centrada en la autoridad a un nuevo arreglo caracterizado por el pluralismo político y el reconocimiento del derecho de intervención de diversos actores en el proceso de toma de decisiones (Ornelas, 1998).

Los elementos fundamentales de la democratización son la intervención de los ciudadanos, la distribución de control, la descentralización administrativa y estructural y el fortalecimiento de la ciudadanía. La interacción entre estos elementos a lo largo del proceso tendrán como consecuencia la transformación del funcionamiento del Estado (Morlino, 2005; Cansino y Covarrubias, 2007). En este sentido, un proceso de democratización tendría como resultado cambios en las prácticas, transformando las relaciones jerárquicas, disminuyendo la autonomía de los diversos tipos de autoridades, fortaleciendo la ciudadanía con el reconocimiento de la pluralidad de perspectivas y favoreciendo el establecimiento de nuevas relaciones entre los ciudadanos y el Estado en la construcción del espacio público (Feenberg, 1999).

Es importante subrayar que la participación ciudadana es sólo uno de los elementos del proceso de democratización, aunque con frecuencia se les trata como términos equivalentes e incluso como sinónimos.

Una definición de la participación ciudadana que puede servir como punto de partida es:

la intervención (directa o indirecta) de distintos actores en la definición de las metas de acción de una colectividad y de los medios para alcanzarlas. Es un proceso social que genera la interacción o relacionamientos de diferentes actores (individuales o colectivos) en la definición de su destino colectivo. Esta intervención involucra, relaciones de poder que se presentan en todos los espacios donde se despliegan relaciones humanas y que tienen un incidencia mayor o menor según los intereses, las valoraciones y las percepciones de los involucrados en la interacción. (Arzaluz 1999: 4)

Es importante señalar que no todos los procesos de participación se dirigen a la transformación de las relaciones entre actores, y que en muchos casos, la participación es vista como un instrumento para obtener información o para involucrar a ciertos grupos en el establecimiento de acciones dirigidas por las autoridades (Beder, 2005).

En los modelos de sociedad democrática, la participación ciudadana tiene un papel fundamental porque hace posible que los grupos sociales intervengan efectivamente en

la toma de decisiones en asuntos públicos significativos para el bienestar de cada persona, y por ello, como ya se ha mencionado, la ciencia y la tecnología requieren de la intervención pública para su regulación.

Sin embargo, el conocimiento especializado que caracteriza estas actividades plantea algunos problemas en torno al papel del público, sus posibilidades de intervención y el alcance que pueden tener los procesos de democratización de los sistemas científicos y tecnológicos.

En primer lugar, la distribución del conocimiento especializado da lugar a una desigualdad importante entre los sujetos que poseen y tienen acceso al conocimiento, es decir, los expertos, y el público, esto es, las personas que no tienen dicho conocimiento o carecen de los medios para tener acceso o compartir dicho conocimiento. Es importante señalar que en este caso, el término experto será utilizado para hablar de las personas que tienen una certificación institucional de sus habilidades y conocimientos, y este término quedará identificado con los científicos y tecnólogos; cuando se hable del público, los no-expertos o las personas comunes, se considera que dichas personas tienen habilidades y conocimientos, muchas veces con alto grado de especialización, que vienen de su experiencia, pero que no tienen un reconocimiento o certificación oficial.

Así, si el conocimiento especializado es un obstáculo para las condiciones de igualdad que plantea la intervención democrática: ¿podemos pensar en la democratización de las actividades cuando es claro que el conocimiento necesario para su discusión está fuera del alcance de la mayor parte de los ciudadanos? (Feenberg, 1999; Turner, 2001).

Feenberg (1997) y Turner (2001), señalan que esta pregunta nos enfrenta con el dilema de la capitulación, que lleva dos soluciones: dejar la decisión en manos de los expertos (tecnocracia²) o en manos de la opinión popular (populismo).

Si bien, como se ha mencionado, diversos movimientos sociales en todo el mundo han establecido que no se pueden dejar las decisiones únicamente en manos de los expertos, la democratización de la ciencia y la tecnología debe justificar la racionalidad de involucrar al público, mostrando que la decisión política está sustentada por el peso de las razones, conjugando en la democracia dos fuentes de legitimidad, la política, basada en la decisión de los ciudadanos y la epistémica, derivada del análisis de la evidencia, y reservada para los expertos porque el público no tiene acceso al conocimiento que le permitiría intervenir (Broncano, 2009; Feenberg, 1999; Turner, 2001).

Puede considerarse que el problema del conocimiento especializado podría resolverse en la práctica facilitando el acceso al mismo, por ejemplo, a través de la educación, la comunicación, o la promoción de la asesoría especializada, con expertos financiados por el Estado, de forma que la distribución desigual del conocimiento disminuiría entre los diferentes sectores, haciendo posible la intervención en la toma de decisiones. Este planteamiento ha sido la base de numerosos programas e iniciativas para la generación

²La tecnocracia representa un orden que asume que los imperativos tecnológicos pueden guiar el manejo de la sociedad como un sistema, basado en la "racionalidad técnica" que está sujeto a decisiones neutrales e instrumentales, es decir sin sesgo cultural o social. Esto lleva a una vida social estructurada técnicamente, en la cual la jerarquía técnica se vincula con la jerarquía social y política, (Feenberg, 1999). Cabe mencionar que una de las características del trabajo de los expertos es la *autonomía* de su trabajo profesional basado en un *ethos* particular que da lugar a su autoregulación, que permite alcanzar logros técnicos importantes al evitar la interferencia de los intereses de los no-expertos (Merton, 2002).

de una “cultura científica-tecnológica” (*scientific literacy*) dirigida a la incorporación de diversos actores en la discusión y elaboración de políticas públicas ³.

Este planteamiento favorece la tecnocracia, porque en esencia promueve el conocimiento científico tecnológico como la base de la discusión, concediendo mayor peso a la visión del experto frente a la visión del público, lo que mantiene la asimetría en la distribución de poder. Es importante subrayar que desde esta perspectiva, el conocimiento especializado se asume como un bien que puede ser distribuido, y que la diferencia de opinión entre los grupos sociales frente a un tema concreto se debe a diferencias en la cantidad de conocimiento que poseen. En este caso, el conocimiento científico-tecnológico es considerado la única base para la toma de decisiones, debido a su legitimidad epistémica.

Si bien la distribución desigual del conocimiento especializado significa un obstáculo para la democracia, es claro que dicho conocimiento y los expertos asociados al mismo tienen un papel clave en los procesos de toma de decisiones dentro de una sociedad, entonces, cabe la pregunta: ¿la autoridad epistémica de los expertos es incompatible con los valores democráticos?

Por una parte, puede considerarse que el conocimiento especializado, por ser de cierta forma inaccesible para las personas en general, permite a los expertos llevar a cabo acciones más allá de las posibilidades de comprensión y control público. Incluso, puede pensarse que los expertos cuentan con la posibilidad de controlar y manipular al público, produciendo estructuras discursivas que son aceptadas por los ciudadanos que

³Una definición de cultura científica es: “comprensión de la dinámica social de la ciencia, de manera que se tejen, en una interrelación entre productores de conocimientos científicos y otros grupos sociales, todos ellos como partícipes del devenir de la cultura, produciendo significados cuyos orígenes y justificaciones provienen desde distintas prácticas, intereses, códigos normativos y relaciones de poder, entendiéndose como un devenir continuo.” (Vaccarezza: 2008:110). En este caso, los procesos de democratización vinculan estrechamente acciones de participación y de comunicación de la ciencia, para construir las competencias para la intervención pública.

reconocen la autoridad de los expertos, lo que llevaría a un escenario centrado en las decisiones de expertos, con muy pocas posibilidades de control democrático. Así, los expertos se convierten en un problema porque tienen las posibilidades para ejercer su autoridad en cuestiones relevantes de la vida pública, pero no se tienen los medios adecuados para que den cuenta de sus acciones públicamente, por lo que quedan fuera del alcance del control público, (Turner, 2001; Collins y Evans, 2002).

Sin embargo, es importante considerar que la validez del conocimiento que posee un experto depende de otros expertos, de forma que el experto es reconocido por su pertenencia a una comunidad, con la que comparte prácticas que le permiten identificar ciertos hechos, validarlos y en su caso, utilizarlos de forma efectiva. De esta forma, el reconocimiento de la experticia depende de un mecanismo de control social que le otorga su carácter de autoridad, lo que le da cierta legitimidad democrática:

La experticia es un tipo de posesión de conocimiento, certificada o no, que ha sido demostrada eficazmente y cuyo testimonio es ampliamente aceptado por una audiencia relevante. Pero si esto es la experticia, es difícil comprender por qué alguien podría considerar la experticia o el ejercicio de la autoridad del experto como un problema para la democracia. La autoridad concebida como algo basado en el testimonio ampliamente aceptado, al menos entre la audiencia relevante, de la eficacia del conocimiento que los expertos dicen poseer es en sí mismo un tipo de autoridad democrática y dicha aceptación otorga legitimidad democrática. (Turner, 2001:130)

La legitimación de los expertos viene de la esfera pública y los procesos orientados a la formación de consentimiento básico de las comunidades. En este caso se asume que la formación de los expertos en ciencia y tecnología está basada en procesos públicos en los que se presentan las razones que se evalúan con criterios epistémicos compartidos por otros expertos, y que se aceptan considerando el peso de sus evidencias y su coherencia lógica, (Broncano, 2009):

El modo habitual en las comunidades científicas es el reconocimiento de los expertos

basados, previamente, en una trayectoria cognitiva en la que los filtros se asientan sobre el juicio por iguales, atendiendo a la regla que maximice una propiedad epistémica dada (Broncano, 2009:18).

Esta forma en que los expertos adquieren la autoridad epistémica a través de procesos de evaluación entre audiencias relevantes, otorga un carácter público y democrático al reconocimiento de la experticia.

Turner (2001), propone que la autoridad epistémica del experto, depende de las audiencias que reconocen la experticia y cuya aceptación legitima sus testimonios, de forma que existen varios tipos de expertos con diferentes niveles de legitimidad, lo que plantea distintas formas de la relación experto-democracia. Turner distingue cinco tipos de expertos, en términos de audiencia y legitimación (Turner, 2001):

Expertos Tipo I: Aquellos cuyo reconocimiento parte de una audiencia establecida con autoridad aceptada de forma casi universal, esto es, cuyo conocimiento y eficacia es aceptada en círculos más amplios que su propia comunidad. Ejemplo: experticia de los físicos, cuyo conocimiento es avalado por su propia comunidad y su autoridad es reconocida por el público.

Expertos Tipo II: Aquellos cuyo conocimiento sólo es aceptado por la comunidad a la que pertenecen. Ejemplo: líderes de sectas religiosas.

Expertos Tipo III: Se trata de casos en que ciertas acciones les permiten crear sus propias audiencias, que les otorgan el carácter de autoridad. Ejemplo: profesionales cuyas habilidades son reconocidas sólo por su grupo de usuarios.

Experto Tipo IV: Expertos orientados a persuadir al público hacia cierto tipo de conducta o acción, dirigida desde organizaciones o instituciones que les otorgan el reconocimiento como expertos. Ejemplo: promotores de acciones comunitarias dentro de programas de desarrollo social.

Experto Tipo V: Expertos orientados a labores de asesoría para otros expertos o profesionales. En este caso, su audiencia relevante no es el público, sino grupos con poder en procesos de toma de decisiones. Su legitimidad depende de la aceptación del grupo de poder con el que se relacionan, y en general, su reconocimiento como expertos no es objeto de discusión pública. Este es el caso que representa más problemas para el control democrático de la experticia, pues en muchos casos su conformación, sus acciones e incluso su existencia no son conocidas por el público, pero tienen una gran incidencia política. Ejemplo: asesores gubernamentales para casos especiales, grupos de negociación o cabildeo.

A partir del análisis de los tipos de expertos, Turner propone que el conflicto entre el conocimiento especializado y los valores democráticos, no proviene del acceso del público al mismo, sino de las audiencias que otorgan reconocimiento y autoridad a los expertos:

En el caso de la ciencia existe un punto importante en cuanto al conocimiento experto que está ausente en el caso de los expertos que amenazan o compiten con los procesos democráticos de decisión: los científicos necesariamente tienen que legitimarse con el público en general. El experto que es una amenaza [para la democracia] es aquel que ejerce influencia pasando por la puerta de atrás, sin un proceso abierto de entrenamiento y validación profesional, y cuya autoridad es reconocida por otros burócratas y no por el público en general. La autoridad del experto cuya experticia no es validada públicamente es la autoridad que entra en conflicto con el proceso democrático (Turner, 2001:140)

De esta forma, Turner propone que la presencia de expertos en ciencia y tecnología no es incompatible con los valores democráticos, siempre que la autoridad epistémica sea avalada por una comunidad particular, que cuente con el reconocimiento del público en general. Y es importante señalar que además, este proceso de legitimación pública significa que la autoridad cognitiva puede ser cuestionada e incluso, cancelada por los

no-expertos. De esta forma, la experticia resulta de la discusión pública del conocimiento especializado y sus consecuencias, por lo que no entra en conflicto con los valores democráticos, e incluso, este tipo de experticia es una condición para la construcción del discurso público.

El papel central de los expertos en los procesos de toma de decisiones hace necesaria la creación de un sistema público de producción de expertos que proporcionaría los recursos humanos para los procesos de toma de decisiones, así como los medios para elegir públicamente a los expertos, que funcionarían como autoridades epistémicas. El control social del sistema mencionado sería una de las formas en que la autoridad sería devuelta al público (Broncano, 2009; Turner, 2001).

Esta posición en torno a la experticia, evoca en cierta medida la propuesta de Merton sobre la autonomía de la ciencia, al considerar que esta actividad no requiere control externo porque los científicos comparten un *ethos*, diferente al *ethos* ordinario de la vida política, que establece criterios impersonales, universales y desinteresados para su práctica (Merton, 2002).

Estas son las bases de la posición tradicional sobre la democratización de la ciencia y la tecnología, que asume que las mejores decisiones en cuestiones científicas y tecnológicas son aquellas tomadas por los expertos, quienes realizan mejor su trabajo en condiciones de autonomía profesional, y cuya ejecución involucra conocimientos y prácticas altamente especializadas, (Broncano, 2009, Merton, 2002).

La inclusión del público en el trabajo técnico ha sido considerada como una interferencia que disminuye la eficiencia del proceso. En otros términos, involucrar al público en el proceso se considera fuera de los criterios de racionalidad científica. La autoridad de los expertos, como una consecuencia de la división del trabajo cognitivo, se sostiene como una condición necesaria para mantener los niveles de eficiencia en las sociedades basadas en la ciencia y la tecnología. Por ejemplo, muy pocas personas en el mundo

están directamente involucradas en el debate en torno a los experimentos del gran acelerador de partículas sobre el origen de la materia y el Universo, así que no tendría mucho caso incluir en estos debates a personas sin los conocimientos adecuados para contribuir a la formación de consensos y propuestas en este campo científico, sobre todo si se considera que la falta de comprensión podría llevar a decisiones poco favorables para su desarrollo:

lo mejor que podemos hacer es decir que el tipo de sociedad que preferimos es aquella que considera que los científicos especialistas con experiencia son las mejores personas para hacer juicios sobre lo que cuenta como verdadero dentro de su especialidad (Collins y Evans, 2002: 243).

Sin embargo, una lista de desastres parece cuestionar los supuestos de neutralidad, desinterés y compromiso social de los expertos que justifican su autonomía, señalando que no es posible hacer generalizaciones, sino considerar la amplia gama de aspectos que convergen en toda discusión relacionada con la ciencia, la tecnología y la sociedad. Por ejemplo, difícilmente se pueden considerar análogas las controversias en torno a la construcción del gran acelerador con los conflictos y consecuencias que han tenido casos como el de Bophal:

Existe un contrato social implícito entre el estado y los expertos por su compromiso común con la búsqueda del bienestar, el desarrollo y la modernidad, pero lo que Bhopal mostró fue que esta pretensión era espuria, poniendo en tela de juicio tanto la competencia como la ética de estos expertos. En primer lugar, toda la información científica producida por laboratorios en torno al desastre fue considerada confidencial. Ningún científico oficial hizo una objeción pública al respecto. La ciencia, más que un conocimiento público, fue declarada un libro secreto. Nunca sabremos si los científicos se escondieron detrás de su ignorancia o de su inescrutabilidad. (Visvanathan, 1997:10)

A 25 años del caso de Bhopal, aún existen diversas visiones en torno al desastre y su seguimiento, y se mantienen vigentes muchas dudas en torno a la intervención pública y la rendición de cuentas por parte de los estados y las empresas, que además, han sido

reforzados por accidentes y desastres posteriores y sus resultados: ¿en qué medida la contribución de los ciudadanos habría marcado la diferencia? (Raina, 2009).

En este punto surge la pregunta; ¿cuál es la contribución de los no-expertos en el proceso de toma de decisiones? ¿la participación ciudadana amplía la discusión sólo en términos de legitimidad política o significa una contribución epistémicamente relevante?

1.3 El problema de la legitimidad epistémica y el problema de la extensión de la intervención ciudadana

Los argumentos a favor de la compatibilidad democrática de la figura del experto no resuelven cabalmente el problema de la legitimidad de las decisiones tomadas sólo por un pequeño grupo de expertos, técnicamente calificados, porque se mantiene una situación que excluye a los no expertos de la toma de decisiones importantes para su vida, dando lugar a la imposición unilateral de medidas en un proceso que no cumple con los valores democráticos. Sin embargo, la inclusión de los no expertos a través de la participación ciudadana puede conducir a la parálisis tecnológica, como resultado de la elección de acciones sin fundamentos epistémicos adecuados. En otras palabras, en la democratización de la ciencia y tecnología se presenta una tensión entre la legitimidad política y la legitimidad epistémica, pues al tratar de maximizar una de ellas, la otra, resulta afectada en forma negativa (Collins y Evans, 2002).

En general, dentro de los SSST, se considera que el problema de la legitimidad se resuelve con la participación ciudadana, es decir, al incluir a los no expertos en el proceso de toma de decisiones se dan pasos hacia la democratización, ampliando la

variedad de perspectivas en la discusión de asuntos de interés público como lo son la ciencia y la tecnología.

Uno de los argumentos a favor de la participación ciudadana en cuestiones de ciencia y tecnología, basado en Dewey⁴, explica:

...la diversidad cognitiva es un valor científico que señala la necesidad de internalizar valores democráticos como parte de la racionalidad científica. Uno de estos valores democráticos es que aquellos que enfrentan las consecuencias de decisiones en cuestiones científicas y tecnológicas estén incluidos en los procesos que llevan a la elección de las mismas. Es decir, una racionalidad científica acorde con ideales democráticos debe incluir la participación pública para tener la capacidad de auto-regularse adecuadamente” (Harding, 2000:256)

Cabe mencionar que este argumento marca una gran diferencia con la posición tradicional de la intervención pública en ciencia y tecnología, que plantea como una condición para participar, que el sujeto cuente con una cultura científica adecuada y disponer de criterios para la evaluación de evidencia para contribuir a la discusión pública de asuntos altamente especializados. En el argumento de la participación señalado por Harding, la intervención pública queda separada del manejo de conocimientos: la gente debe intervenir porque las decisiones afectan sus vidas, independientemente de su “cultura científica” o sus posibles contribuciones en términos epistémicos referidos a la racionalidad científica tradicional ⁵.

⁴Dewey señala que: “la línea entre lo privado y lo público debe trazarse sobre la base de la amplitud de las consecuencias de aquellos actos que son tan importantes que se deben controlar, sea a través de su constrictión o de su promoción.[...] El público lo componen todos aquellos que se ven afectados por las consecuencias indirectas de las transacciones, hasta el punto en el que resulta necesario ocuparse sistemáticamente de esas consecuencias” (Dewey, 2004: 65)

⁵ Cabe mencionar que a partir de la experiencia en diversos contextos se han formulado algunas críticas al argumento de Harding, entre las que destaca, en primer lugar que la participación depende del hecho de resultar afectado, lo que en ocasiones ha llevado al problema de

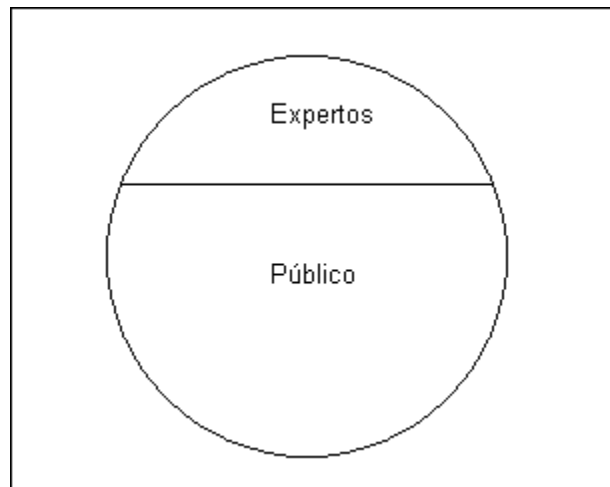
De acuerdo con Harding y desde una perspectiva democrática, es claro que, dada la influencia de la ciencia y la tecnología en la vida de todos los ciudadanos, todos tenemos que intervenir en su control social; sin embargo, sigue en pie la cuestión en torno a la contribución que hace el público no experto en los procesos de toma de decisiones, que plantea el problema de la extensión refiriéndose al establecimiento de criterios que permitan definir hasta dónde se puede ampliar la participación, considerando las posibilidades de hacer aportes significativos a la discusión de un tema, esto es, marcar criterios que permitan justificar la intervención de los participantes con base en su potencial contribución política y epistémica.

Como primera aproximación, para abordar el tema de la contribución de los ciudadanos en las discusiones de ciencia y tecnología se puede considerar el esquema (ver esquema 1.1) que proponen Collins y Evans para hablar de diferentes situaciones en función del grado de acuerdo entre los expertos acerca de un tema determinado: una situación en la que los expertos estén completamente de acuerdo frente a un problema específico, y otra, donde existen dos o más posturas frente a un problema dado, por lo que existen al menos dos líneas de acción alternativas para atender dicho problema.

En la figura 1.1, la parte superior del círculo representa a los expertos, es decir a la comunidad de especialistas de un campo científico, y en la parte inferior se muestra al público en general.

proporcionar evidencia, es decir, que el sujeto o la comunidad “*debe probar*” que la decisión afecta su vida, además de que este efecto es negativo y relevante, lo que conduce al problema de la evaluación de las evidencias, estrechamente asociado con la percepción del riesgo. Por otra parte, la participación parece quedar restringida sólo a los grupos afectados, lo que puede producir que en la discusión queden excluidos otros grupos relevantes, lo que en principio estaría en contra de los valores democráticos que tratan de promoverse.

Figura 1.1. Separación entre expertos y público. En este caso, los expertos establecen acuerdos, considerando las diferentes alternativas técnicas. Estos acuerdos se dan a conocer al público, para conseguir la aceptación y asegurar la legitimidad política de la decisión. Tomado de: Collins y Evans, 2002:250



Siguiendo este esquema, se puede pensar que en ciertos aspectos de un problema, hay discusiones y acuerdos generalizados entre los expertos, quienes serían los más adecuados para tomar la decisión con base en criterios epistémicamente relevantes. En este caso, la legitimidad epistémica de la decisión podría ser legitimada políticamente por la aceptación del público, que reconoce la autoridad de los expertos. En este caso, los expertos deben informar al ciudadano, a través de diversos medios de educación y comunicación, dando los elementos que le permitirán al ciudadano promedio comprender las decisiones y medidas propuestas (Briggle, 2008)⁶.

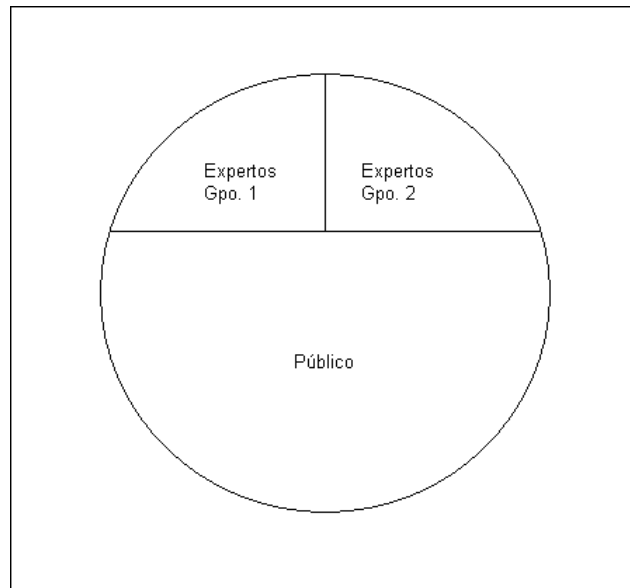
Una crítica a este primer esquema es la sobre-simplificación al considerar que hay una sola postura adecuada para todos los actores involucrados, y que se trata de un

⁶Este conjunto de supuestos para la relación experto-público es la base del llamado “Modelo de déficit” que ha sido utilizado en comunicación de la ciencia, asociado a procesos de participación ciudadana en ciencia y tecnología. Cabe mencionar que en este caso, puede pensarse en dos tipos de expertos, uno, identificado por el especialista en una disciplina dada, y otro, el comunicador, que puede fungir como experto en la mediación entre especialistas y público. El comunicador se considera, en general, como un portador de la postura del experto. (Bauer, Allum y Miller, 2007)

proceso informativo unidireccional. El esquema se puede modificar planteando que entre los expertos existen dos diferentes visiones del problema, cada una con diferentes propuestas frente a un asunto determinado, lo que podría señalarse como una división en la región del círculo que los representa, (figura 1.2).

Podría pensarse que estas visiones expertas no son equivalentes en términos epistémicos, así que en este caso, la función de los expertos es evaluar el peso de las evidencias desde un punto de vista técnico, para resolver la controversia. El público puede contribuir a la discusión de los aspectos políticos, dando elementos a favor de una de las visiones, pero sin intervenir en la evaluación técnica. El mejor resultado es aquel en que se obtiene un balance, resultado del equilibrio entre la legitimidad política y epistémica⁷.

Figura 1.2. Separación entre expertos y público, indicando la controversia científica entre dos grupos de expertos. Basado en: Collins y Evans, 2002: 250



⁷ Este planteamiento está asociado con el llamado “Modelo de déficit complejo” en la comunicación de la ciencia, que considera la discusión pública de temas en los que la toma de decisiones está asociada con controversias científicas (Nisbet, 2008)

Otra posibilidad es el caso de que existan varias visiones expertas alternativas y además equivalentes en términos epistémicos como, por ejemplo grado de verdad, peso de las evidencias, tradición, reconocimiento de la comunidad, etc. En este caso, la contribución del público es en torno a la elección de una de las visiones alternativas, a partir de las discusiones éticas y políticas de las propuestas y sus implicaciones sociales en un contexto determinado⁸.

Cabe señalar que los casos anteriores pueden considerarse variantes sofisticadas del modelo de Collins y Evans (figura 1.1), porque si bien consideran la existencia de controversias dentro de la comunidad de expertos, mantienen al conocimiento científico como única opción epistémicamente válida para la resolución de un problema así como varios puntos importantes de la tensión entre legitimidad epistémica y política: la distinción entre experto y público, la separación entre los aspectos técnicos y los aspectos socio-políticos de un asunto, así como la asignación estricta de los roles dentro de la participación: el experto enfocado a la discusión epistémica y el público como modulador ético-político. Nótese que en estos esquemas, no se considera que entre el público existan diferentes posturas, sino parece como si se hablara de una audiencia homogénea.

Las discusiones, para ir más allá del modelo de Collins y Evans (2002), tienen que considerar la construcción conjunta, entre expertos y público, de criterios de elección políticos y epistémicos para la comparación entre diferentes alternativas (Jasanoff, 2005), lo que lleva a reformular los problemas de legitimidad y de extensión en función de la diversidad de perspectivas y de la contribución del público: ¿cuál es el papel del conocimiento científico y tecnológico en el proceso de toma de decisiones?, ¿cómo se

⁸ Sin embargo, a quienes corresponde la decisión final de incluir o no la postura de los ciudadanos, será en función de la discusión entre los expertos, a pesar de que se reconozca que en ella intervienen aspectos políticos, éticos y sociales.

reconoce a los expertos y qué papel juega su intervención?, ¿cómo se puede controlar socialmente la ciencia y la tecnología?, ¿quién puede participar y cómo contribuye a la discusión pública?

1.4 El problema del conocimiento proposicional como única base del proceso de toma de decisiones

La posición tradicional del análisis de la participación ciudadana en ciencia y tecnología, parte de suponer que el conocimiento científico-tecnológico es la única base epistémicamente legítima para la toma de decisiones:

La ciencia y la tecnología son suministradores de soluciones a los dilemas de acción colectiva, en la medida en que presentan soluciones independientes a ciertos problemas sociales de suministro de bienes públicos que hacen que la democracia conduzca, en ausencia de una adecuada relación epistémica con el medio, a soluciones imposibles en la provisión de bienes públicos. (Broncano, 2009:12)

Sin embargo, diversos estudios han mostrado que los conocimientos extra-científicos⁹ suelen contribuir de manera importante en la generación de propuestas y la elección de acciones para resolver problemas relacionados con la ciencia y la tecnología.

Un ejemplo que puede apoyar esta discusión es el caso de la Controversia “Brent Spar”, una plataforma petrolera, propiedad de la compañía Shell. En 1994, con el visto bueno del gobierno del Reino Unido, Shell decidió hundir la plataforma y dejarla en el fondo del mar. Los activistas de Greenpeace tomaron la plataforma y a través de una campaña mediática señalaron la irresponsabilidad del hundimiento. Un boicot de consumidores de Europa en favor de Greenpeace, hizo que rápidamente Shell decidiera cambiar sus

⁹En este caso el término extra-científico se refiere a conocimientos surgidos de la experiencia, como puede ser el caso de grupos de los pacientes o sus familiares (Epstein, 1996), conocimientos locales, como en el caso del manejo de recursos por ganaderos, pastores o agricultores (Wynne, 1997), o conocimientos tradicionales (Verran, 2002).

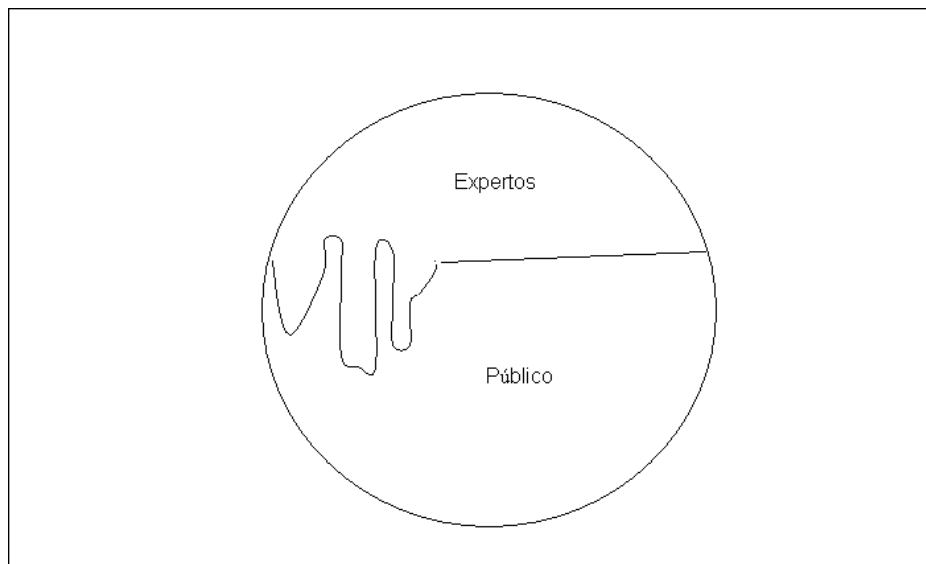
planes, dejando al gobierno de Reino Unido y a sus especialistas el papel de explicar las razones por las cuales una medida como el hundimiento de una plataforma petrolera en el Mar del Norte era científicamente aceptable. Posteriormente, Greenpeace fue acusada de presentar deliberadamente en su campaña una exageración de los riesgos de la plataforma, basados en análisis incorrectos de los desechos tóxicos de la plataforma, pero esto no afecta fundamentalmente el principal argumento de esta organización, y de la gente que brindó su apoyo, que señalaba que la cuestión de riesgo no era por el hundimiento de una plataforma, sino porque sería un antecedente importante que permitiría el hundimiento de más de 400 plataformas en el mar del Norte que pronto llegarían a su límite de explotación, sin contar las posibles iniciativas para depositar en el fondo del mar otros tipos de desechos, entre ellos los radiactivos. En este caso, la discusión parte del enfrentamiento de dos visiones diferentes sobre el riesgo, que da como resultado acciones que entran en conflicto.

Autores como Collins y Evans (2002) han propuesto, que, para la incorporación de conocimientos extra-científicos en la discusión pública de casos como el de Brent Spar, es necesario establecer procesos de reconocimiento de la experticia no certificada o informal, que puede contribuir a las discusiones científicas. Por ejemplo, en ciertos casos, entre el público pueden encontrarse personas con un amplio dominio del tema, que han adquirido “experticia por experiencia” debido al grado en el que están involucrados dentro de un problema, como ocurre en el ejemplo de los activistas de Greenpeace, los pastores de Cumbria o los pacientes con VIH-SIDA (Collins y Evans, 2002). En estos casos es posible identificar un pequeño grupo de personas con conocimiento tan calificado en el tema, como el de los científicos, y que podía emplearse en la generación de propuestas para atender los problemas, incluso, proponiendo hipótesis, y vías alternativas de investigación exitosas.

Collins y Evans (2002), proponen que una vez reconocidos los diferentes tipos de experticia y su autoridad en cierto tipo de discusiones, es posible identificar a los expertos certificados, a los especialistas no certificados y al público en general, como se muestra en la figura 1.3.

Con este reconocimiento, se procede a un proceso de discusión entre diferentes tipos de expertos, de donde saldrán las propuestas técnicas incluyentes.

Figura 1.3. Separación entre expertos y público, reconociendo la “experticia por experiencia” entre miembros del público. Tomado de: Collins y Evans, 2002: 250



Cabe señalar que este esquema introduce el reconocimiento de la diversidad de experticia, pero mantiene las separaciones entre experto y lego así como entre el ámbito epistémico y el político.

Como lo señala Wynne:

[Collins y Evans] se basan en el supuesto implícito de que el problema de la legitimidad de la ciencia tiene su raíz en la forma en que a la gente con experticia auténtica, pero no certificada, se le niega el acceso a las deliberaciones de los expertos acerca de las cuestiones proposicionales que dichos expertos han planteado previamente (por ejemplo,

“es seguro comer carne de Reino Unido”). Así, su objetivo es reconocer y admitir este tipo de experiencia práctica basada en la experiencia. En su lugar, sugiero que el problema multidimensional de la legitimidad se trata más bien del descuido institucional hacia el significado público de ciertos asuntos, y de la presunta imposición de significados e identidades en el dominio público (Wynne, 2002:402).

En muchas de las discusiones en torno a la experticia y la democratización de la ciencia y la tecnología, se asume que el conocimiento científico es únicamente proposicional, es decir, que consiste en un núcleo de enunciados que pueden ser calificados como verdaderos o falsos, y estos enunciados, organizados de una manera lógica, dan como resultado teorías que dicen algo verdadero o falso del mundo. Se asume que estas proposiciones lógicas se pueden desprender del contexto socio-cultural en que se produjeron y aplicarse en cualquier otro contexto, manteniendo el mismo contenido de verdad. Los enunciados verdaderos, pueden servir como un marco de referencia que no tiene sesgos políticos, de forma que puede abordarse por separado la evaluación de opciones por su validez epistémica (Olivé, 2000).

Es común encontrar controversias planteadas únicamente en relación a preguntas técnicas como si sólo se trataran de asuntos de información. Por ejemplo, en cuestiones de riesgos por productos agroindustriales, con frecuencia se plantea la búsqueda de evidencia siguiendo la pregunta ¿el producto X causa daños a la salud humana? y se presentan argumentos y cifras señalando su impacto cuantificable en la salud o el ambiente, dejando fuera de la discusión pública aspectos importantes relacionados con las prácticas sociales y su transformación, (Collins y Evans, 2002).

Los estudios sociales de ciencia y tecnología (SSST), en particular los estudios de riesgo, han mostrado desde hace varias décadas que el supuesto proposicionalista del conocimiento científico y tecnológico reduce las controversias a decisiones sobre lo verdadero o lo falso, negando por un lado, que en la ciencia y tecnología hay supuestos culturales y políticos que intervienen en la conformación del conocimiento, y por otra parte, ignorando por completo los procesos asociados a la reacción del público ante el

discurso científico y las decisiones tomadas por los expertos, acotado la interacción entre diferentes perspectivas sobre un asunto y sus efectos, sin dar lugar al cuestionamiento y a la negociación pública de significados,. Así, el privilegio que se otorga al conocimiento proposicional tiene como consecuencia reforzar las prácticas que imponen una visión particular del mundo, sin considerar las diferentes identidades, visiones y prácticas de los diferentes grupos que conforman al público (Cudd, 2000). Esto, se observa en el caso de Brent Spare, con la acusación de “mala ciencia” por “análisis incorrectos”, “exageración” que se hizo a Greenpeace, sin atender el argumento principal sobre el significado a largo plazo que tendría la decisión de hundir la plataforma y otras medidas relacionadas.

El supuesto de un núcleo básico de proposiciones técnicas, que está en la base de la idea dominante de autoridad epistémica, establece un límite a la democratización de la ciencia, al introducir una diferencia de autoridad entre el experto y el público, basada en el acceso al conocimiento especializado que resulta aún más asimétrica si se asocia a los expertos con la visión de la institución. En la práctica, este supuesto se refleja en una participación más orientada a la persuasión que al diálogo. Cabe añadir que también está asociado a la idea bastante extendida de que la resistencia del público ante la imposición de medidas se explica como resultado de la obstinación o la falta de comprensión pública¹⁰, y no como una expresión de rechazo a la imposición ilegítima de una visión institucional (Wynne, 2002).

El supuesto de conocimiento proposicional considera que éste surge del control de variables relevantes para la observación y experimentación en el laboratorio. Aunque

¹⁰La idea de “falta de comprensión pública de la ciencia” (public misunderstanding of science) llevó en el Reino Unido a la generación de políticas públicas denominadas “Comprensión Pública de la Ciencias” (PUS, por sus siglas en inglés: Public Understanding of Science), que ha derivado en un importante campo de estudios de la percepción pública, la comunicación y la educación en asuntos de ciencia y tecnología (Gregory, 2001).

esta percepción de la ciencia es dominante, resulta poco adecuada cuando lo que se discuten son situaciones fuera de los laboratorios, con menores posibilidades de control y con una complejidad que incluso dificulta la identificación de las variables y la definición misma del problema. Así, para la discusión de la construcción de instalaciones que significan un riesgo para la población, como pueden ser una planta productora de fertilizantes, un relleno sanitario o un reactor nuclear, no es suficiente con plantear el conocimiento científico detrás de sus objetivos, sino plantear abiertamente las posibles consecuencias, el reconocimiento de responsabilidades, así como los diferentes significados que tienen todos estos aspectos para los grupos involucrados y entonces, a partir de ello, establecer los criterios que serán empleados para definir qué cuenta como conocimiento adecuado para llevar a cabo las acciones definidas como importantes a partir de la discusión e incluso en algunos casos, asumiendo que la toma de decisiones se hace en ausencia de una base firme de conocimientos, con un amplio margen de incertidumbre e ignorancia.

En este sentido, lo que se plantea es establecer criterios epistémicos a partir de la deliberación entre diferentes perspectivas, negociando públicamente el significado de los conocimientos involucrados y la evaluación de los mismos, en lo que se ha denominado una “epistemología cívica”, aplicable a dominios como el riesgo, los asuntos ambientales, la informática y la salud, que rebasan a la epistemología tradicional basada en la precisión, el control y el conocimiento experto, las prácticas disciplinares tradicionales y su forma de interacción con la sociedad (Jasanoff, 2005).

En este caso, la contribución de los públicos a través de los procesos de participación es la construcción misma de los criterios epistemológicos adecuados para formular respuestas a ciertas cuestiones públicas que involucran ciencia y tecnología, en una epistemología conformada a partir de la interacción entre diversas visiones del mundo, entre ellas, la ciencia y la tecnología.

Cabe añadir que en este debate, los participantes adecuados son en principio todos los ciudadanos, no sólo los afectados o los grupos de expertos, sean certificados o no, (Wynne, 2002).

Si aceptamos que en un asunto determinado a menudo lo que está en juego es el discurso dominante sobre su significado, entonces podemos ver de inmediato que el problema de la legitimidad no sólo es acerca de quién es competente para participar en referencia a algún tipo de experticia relacionada con el asunto en cuestión, sino también acerca de cómo en primer lugar los actores dominantes han excluido ilegítimamente a las personas de la negociación para definir cuáles son las principales cuestiones que se van a discutir (Wynne, 2002: 410).

Considerando lo anterior, la forma de involucrar al público en la discusión de aspectos relacionados con la ciencia y la tecnología no se limita a la transmisión de información desde las comunidades expertas para facilitar la aceptación de medidas, a la evaluación de evidencias para resolver controversias científicas o a la validación de otros saberes por parte de los expertos reconocidos. En este caso, se trata de incorporar las diversas visiones e identidades en la discusión de asuntos públicos, de forma que los procesos de participación ciudadana tienen que articular el debate como la base para la discusión incluyente sobre el conocimiento, sus bases y sus prácticas, llevando con ello a replantear colectivamente las ideas y las acciones para transformar los espacios sociales (Harding, 1991).

Un principio de reconocimiento a la diversidad de perspectivas ante un problema es el punto de partida para abordar la democratización de la ciencia y la tecnología contribuyendo a nueva cultura científica y cívica orientada a resolver la crisis de legitimidad que ha sido provocada por una visión donde lo científico se asume como la única forma válida de conocimiento, apagando otras voces y avalando decisiones ilegítimas. La introducción de este principio para la diversidad hace necesario una perspectiva pluralista.

1.5 El pluralismo epistémico como base de la democratización de la ciencia

Los diferentes problemas que han llevado a la demanda de la democratización de la ciencia y la tecnología no son sólo un conflicto sobre el uso del conocimiento científico y sus consecuencias diferenciales para los grupos que conforman la sociedad. En gran medida, la base del conflicto entre diversas visiones está en la definición misma de los problemas, sus efectos y la forma en que afectan, directa o indirectamente, la vida de las personas (Harding, 1991; Cudd, 2000; Wynne, 2002).

La demanda de democratización de la ciencia y la tecnología parte de las críticas a la imposición de una visión hegemónica en problemas donde se confrontan varias perspectivas. En particular, se cuestiona una perspectiva que presenta a la ciencia como un estándar objetivo único, universal, válido y neutral en cuanto a valores e intereses políticos y culturales, para los procesos de toma de decisiones. Desde esta perspectiva, la ciencia, es resultado de un proceso de investigación que identifica y elimina sesgos culturales y políticos, a diferencia de otras actividades. Esta idea subyace en muchas de las discusiones en torno a la experticia, sobre todo al hablar de la autoridad y legitimidad de los expertos como participantes desinteresados con conocimientos objetivos sobre un aspecto en particular. Sin embargo, como se ha observado en diferentes estudios (Harding, 1991; Haraway, 2005; Hood, 2003; Visvanathan, 2008), la forma en que se alcanza esta objetividad, suprimiendo los intereses y valores sociales que pueden sesgar la investigación, sólo elimina los sesgos que son diferentes a los que comparte la comunidad científica que hace la investigación:

Si la comunidad de investigadores y críticos “calificados” sistemáticamente excluye, por ejemplo a los afroamericanos y a las mujeres de todas las razas, y si la cultura en general está estratificada por género y raza y carece de críticas poderosas a dicha estratificación, no es plausible imaginar que los intereses racistas y sexistas sean

identificados entre una comunidad de científicos formada por personas que se benefician -intencionalmente o no- del racismo y el sexismo (Harding, 1991: 143).

Si partimos que la investigación científica se basa en la reunión de toda la información y su análisis exhaustivo a favor o en contra de ciertas hipótesis, entonces, excluir ciertas visiones de la discusión y reflexión en torno a un problema tiene como efecto un resultado parcial. Por ello, para alcanzar la objetividad, es necesario incluir todos los puntos de vista en el proceso de generación del conocimiento (Harding, 1991). Los valores culturales y sociales determinan qué cuenta como hecho, como evidencia y como conocimiento, por lo que son determinantes en la dirección que puede seguir una investigación, y por ello dejar en manos del grupo de expertos las decisiones de qué y cómo investigan, puede excluir otras visiones del proceso, especialmente si el grupo de expertos pertenece a cierto grupo social que además determina quién puede o no ser reconocido como experto (Cudd, 2000). Desde esta perspectiva, dejar fuera de la discusión un punto de vista significa una pérdida de objetividad y de conocimiento.

Como se ha mencionado, la idea de democratización de la ciencia y la tecnología está estrechamente ligada a la discusión pública de las diferentes visiones sobre un aspecto dado y a la toma de decisiones orientadas por acuerdos que se establecen como resultado de la construcción de propuestas y su evaluación a través de procesos legítimos, que incluyen diferentes visiones. Por ello debe partir del reconocimiento de que existen varias perspectivas frente a un problema, relacionadas con las diferentes formas como las personas viven una situación dentro de un contexto social determinado. Cabe señalar que al reconocer la existencia de la diversidad de visiones se corre el riesgo de llegar a una postura relativista que, con base en el respeto a la diversidad, puede conducir al aislamiento de cada una de estas visiones, al negar la posibilidad de creación de estándares conjuntos para la evaluación de las mismas y la construcción de acuerdos.

Desde el relativismo, cada grupo social tiene una visión en la que se encuentran una serie de criterios sobre sus conocimientos, prácticas y los criterios de evaluación, que son el resultado de procesos históricos y sociales en los que se ha conformado esta visión. Por lo tanto, cada grupo social tiene un conjunto de criterios, normas y valores para emitir sus juicios que son relativos y su validez queda restringida al interior de dicho grupo. Así, lo que para algunos grupos puede ser relevante, para otros puede ser simplemente incomprensible, de forma que no se pueden emitir juicios adecuados fuera de los marcos establecidos al interior de cada grupo: un observador no puede emitir juicios de valor sobre los conocimientos, prácticas y acciones de un grupo al que no pertenece. Desde un relativismo extremo, el reconocimiento de la diversidad lleva a la idea de que un francés no puede entender a un chino, o que los hombres no pueden entender a las mujeres, (Harding, 1991; Olivé, 1999).

En cierta forma, parece que la alternativa al monólogo derivado por la imposición de una visión hegemónica a varios grupos es el relativismo, con discursos que sólo se escuchan al interior de cada grupo social, negando la posibilidad de diálogo y con ello, la posibilidad de interacción entre diferentes perspectivas.

Entre las visiones universalistas, que imponen visiones únicas, y el relativismo, que propicia el aislamiento de diferentes visiones, se propone una concepción pluralista como forma adecuada para abordar la democratización de la ciencia y la tecnología, no sólo desde el punto de vista del pluralismo político que implica la democracia, sino del pluralismo epistémico que permite reconocer la existencia de diversas formas de conocer, rechazando la idea de que un conjunto de conocimientos, valores y métodos pueda ser considerado como la única forma legítima de conocimiento (como en muchas ocasiones se ha postulado a la ciencia y la tecnología), y por otra parte, propiciando la discusión entre diferentes visiones para llegar a acuerdos y establecer criterios de

evaluación de las concepciones y las acciones, contribuyendo además a la generación de nuevos conocimientos a través de la colaboración constructiva (Olivé, 1999).

El modelo de pluralismo que se toma acepta que hay diferentes formas de aproximaciones a la realidad, que constituyen formas legítimas de construcción de conocimientos, con objetivos, valores, e intereses relativos a la comunidad en la que se han generado. Los conceptos son representaciones de la realidad que no tiene un significado absoluto, sino relativo al punto de vista, los intereses y propósitos específicos de un grupo, (Olivé, 2000). No existen razones para considerar que los conceptos generados por diferentes marcos culturales tengan que converger en una representación única, es decir, que no existen conceptos con significado absoluto :

...los hechos científicos tienen una génesis y un desarrollo, los hechos científicos no son dados ni tienen una existencia independiente de los sujetos, de sus prácticas y de sus aparatos cognoscitivos y herramientas conceptuales. Los hechos son construcciones sociales, son construcciones en las cuales siempre participa una comunidad, y no individuos aislados (Olivé, 1999: 114).

Esta concepción pluralista señala que si bien los conceptos son construidos dentro de los marcos conceptuales de una comunidad, estos conceptos pueden ser evaluados críticamente utilizando otros estándares, partiendo de la interacción entre los miembros de comunidades distintas que den como resultado el establecimiento de acuerdos mínimos de evaluación a utilizar en un marco conceptual ampliado:

...el reconocimiento de que todas las creencias humanas, incluso las creencias científicas están socialmente situados, requiere de la evaluación crítica para determinar cuáles de ellos cuentan realmente como conocimiento en un proceso (Harding, 1991: 142).

Así, a diferencia del relativismo, en el pluralismo es posible la evaluación entre miembros de comunidades diferentes, lo que abre la posibilidad de diálogo y permite la crítica dentro de marcos diferentes, de un marco conceptual a otro, o en un marco

conceptual ampliado, de forma que es posible establecer criterios para evaluar diferentes postulados (Olivé, 2000).

Lejos de conducir a una visión de las culturas como si cada una estuviera encerrada en su propio mundo y fueran incapaces de cooperar y de interactuar enriqueciéndose mutuamente, el pluralismo acepta que, en principio, es posible que los miembros de una comunidad o de una cultura interpreten a los de otra diferente y lleguen a acuerdos mínimos con ellos sobre cuestiones de interés común; y que lo mejor para todas las culturas es la interacción fructífera, a condición de que ninguna se arrogue la supremacía en el campo del conocimiento, ni en el campo de la moral (Olivé, 1999: 125).

La posibilidad identificar cuestiones de interés común y de llegar a acuerdos entre diferentes visiones es quizás una de las aportaciones más importantes que hace el pluralismo a la democratización de la ciencia y la tecnología, pues ello favorece la interacción entre diversos puntos de vista, y la inclusión de diferentes perspectivas en la definición de los problemas, la elección de métodos y la construcción de soluciones.

Es importante señalar que reconocer la existencia de diversas perspectivas asociadas a diferentes procesos históricos y sociales, no tiene como consecuencia considerar que estas perspectivas tengan que quedar permanentemente aisladas por la inexistencia de criterios comunes. Se espera que, mediante el diálogo, dichas perspectivas pueden ser enriquecidas por la interacción mutua, y además, dicha interacción puede generar nuevos conocimientos, prácticas y criterios comunes entre los participantes.

Plantear la interacción como la base para establecer criterios comunes que guíen los procesos en una situación dada, no significa que las personas tengan que participar en discusiones que las lleven a rechazar su punto de vista y escoger entre las opciones que ofrecen algunas de las visiones expuestas ante una situación, estableciendo la perspectiva elegida como un estándar para evaluar a las demás. Tampoco se espera

que a partir de la interacción se llegue a considerar que todas las perspectivas son equivalentes en todos los niveles de la discusión.

Desde una perspectiva pluralista, la interacción es un proceso en el cual, de forma incluyente, se establecen acuerdos y criterios comunes de evaluación que guían la realización de acciones conjuntas, manteniendo la diversidad de perspectivas, que posiblemente incorporarán algunas transformaciones y novedades en su interior.

Abordar la democratización de la ciencia y la tecnología desde una concepción pluralista, abre la posibilidad de establecer discusiones incluyentes que deriven en acuerdos legítimos política y epistémicamente. Esta posibilidad, en la práctica, depende de procesos que promuevan la interacción de las personas que sostienen diferentes perspectivas en torno a una situación dentro de un contexto determinado, ampliando la negociación de significados en diferentes niveles de conflicto (Wynne, 2008).

Por lo anterior, un proceso de participación efectivo debe promover no sólo la interacción entre diversos actores, sino el reconocimiento e incorporación de la diversidad de perspectivas en la formulación de propuestas, de forma que sea posible conseguir una redistribución de la autoridad.

Una propuesta cercana a este planteamiento es el llamado “modelo deliberativo situado” que, en la participación ciudadana en ciencia y tecnología, trata la relación experto-público dentro del contexto particular de sus interacciones, haciendo énfasis en el carácter dinámico y local del proceso. En este modelo se enfatiza el carácter flexible y contextual de las interacciones entre los actores, partiendo de una visión de ciencia y democracia que no busca soluciones universales o metas institucionales, sino desarrollar una discusión abierta y crítica entre los científicos, políticos y ciudadanos (Irwin, 2001: 16).

Desde esta perspectiva, el público no es un complemento o un modulador de las propuestas éticas, sino que está formado por varios actores que contribuyen no sólo

con valores, sino con conocimientos diversos, y múltiples formas de las relaciones sociales, en contextos específicos en los que se da la interacción con la institución y con otros actores.

Cabe añadir que se trata de una visión que reconoce la complejidad del conocimiento especializado como un producto socialmente elaborado y que por ello, aún entre los expertos, hay diferentes perspectivas y ninguna de ellas tiene una respuesta única y universal ante una situación determinada, sino que dicha respuesta debe ser construida con la colaboración de múltiples actores a partir del diálogo equitativo y continuo en contextos específicos. En este caso, la tensión entre autoridad epistémica y política se diluye al asumir que la legitimidad es un producto del diálogo (Harding, 2000; Olivé, 2000):

El gobierno de la mayoría, simplemente como gobierno de la mayoría, es algo tan estúpido como dicen sus críticos. Pero nunca es meramente el gobierno de la mayoría. Como dijo un político práctico, Samuel J. Tilden, hace tiempo: "Lo verdaderamente importante son los medios por los que la mayoría llega a ser una mayoría": los debates previos, las modificaciones de las posturas para atender las opiniones de las minorías, la relativa satisfacción que da a estas últimas el hecho de haber tenido una oportunidad y de que la próxima vez podrían llegar a convertirse en una mayoría [...] Es verdad que toda idea valiosa y nueva empieza con las minorías. Lo decisivo es que a esa idea se le dé la oportunidad de difundirse y convertirse en dominio público. Todo gobierno de expertos en el que las masas no tengan la oportunidad de informar a éstos cuáles son sus necesidades no puede ser otra cosa que una oligarquía gestionada en interés de unos pocos (Dewey, 2004: 168)

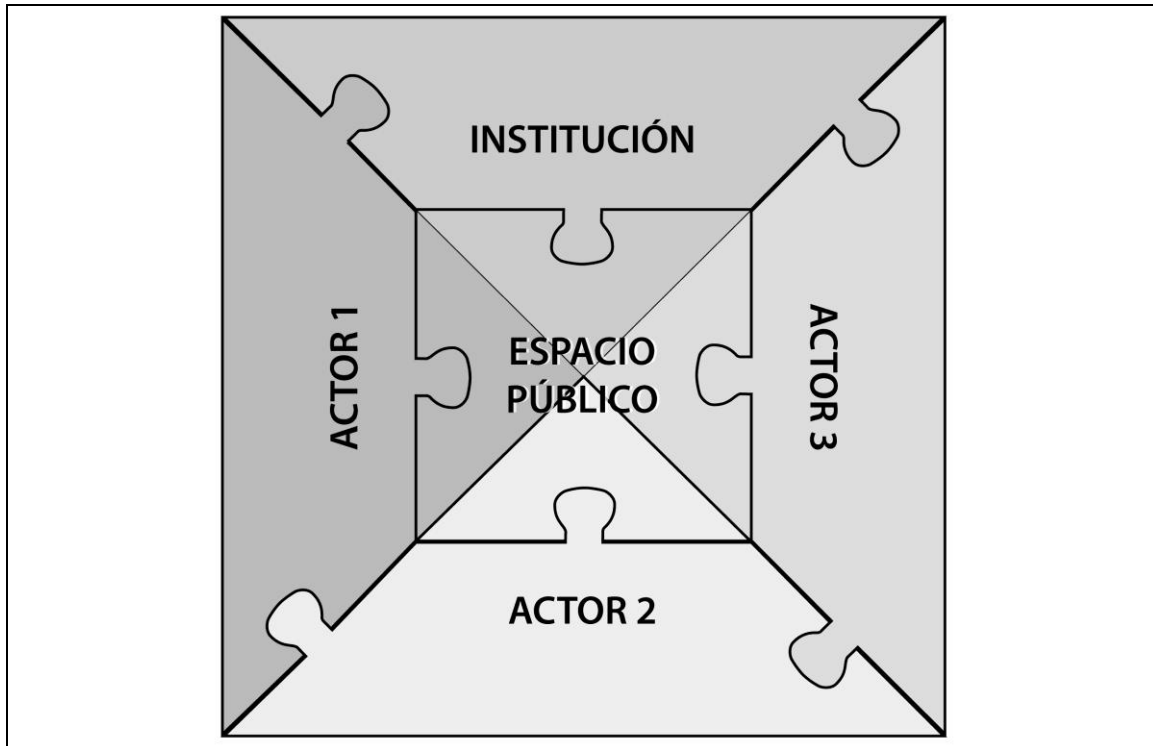
Considerando lo anterior, se ha planteado el diseño de los modelos deliberativos situados. En el esquema, que presenta los elementos que constituyen este tipo de modelos, en los que se incluyen:

- 1) el reconocimiento de la diversidad de perspectivas que tienen diferentes actores, dentro y fuera de la institución,
- 2) la posibilidad de incluir nuevos actores y sus contribuciones políticas y epistémicas, produciendo una distribución más simétrica de la autoridad,
- 3) la interacción directa entre diferentes actores, sin tener como intermediarios a los expertos o a la institución, y
- 4) la generación de un espacio público para la deliberación, propicio para la construcción y evaluación colectiva de propuestas, basados en el establecimiento de criterios y el planteamiento de acuerdos mínimos en torno a la elección de alternativas.

El modelo participativo situado incluye una perspectiva pluralista que abre la posibilidad de incorporar la diversidad de visiones, y por ello, resulta muy adecuado para el establecimiento de procesos de participación comprometidos con la noción de democratización de la ciencia y la tecnología.

¿En qué medida este tipo de modelos pueden establecerse dentro del funcionamiento institucional para hacer posible el control social de la ciencia y la tecnología? ¿cómo puede contribuir el público en los procesos orientados a la toma de decisiones e implantación de medidas en aspectos como la salud, el trabajo o la educación? ¿cómo construir alternativas basadas en diversos tipos de conocimientos ?

Figura 1.4. Modelo deliberativo situado. La interacción entre diferentes autores da como resultado la conformación del espacio público. Es importante señalar que la institución no es la instancia que centraliza el diálogo, sino que se trata de mantener el balance en la contribución de cada uno de los actores.



1.6 Conclusiones del primer capítulo

La respuesta a las preguntas sobre la participación ciudadana en ciencia y tecnología requiere, complementar el análisis de los supuestos básicos de los modelos de participación, con el estudio de procesos de participación establecidos en diferentes ámbitos donde la ciencia y la tecnología forman parte de las discusiones.

A lo largo de este primer capítulo se han explorado diferentes perspectivas en torno a la contribución del público en aspectos relacionados con la ciencia y la tecnología,

partiendo de considerar a la intervención ciudadana como un punto fundamental para alcanzar la democratización de estas actividades.

Como se ha visto, al abordar el problema de la intervención ciudadana surge la tensión entre la legitimidad epistémica y legitimidad política. Los modelos más utilizados para el establecimiento de procesos de participación consideran las discusiones de ciencia y tecnología como asuntos relacionados con una distribución asimétrica de la información entre los expertos y el público, que en general se resuelve a través de esquemas informativos y educativos.

Sin embargo, como se ha mencionado en los apartados anteriores, la separación entre expertos y legos ha sido cuestionada, especialmente cuando se consideran las múltiples facetas que tienen muchos de los conflictos que han llevado a replantear las relaciones entre los ciudadanos y los expertos.

Las perspectivas que cuestionan la separación entre expertos y legos tienen en común una visión de la ciencia y la tecnología que se basa en el reconocimiento de la diversidad de perspectivas frente a un problema dado, planteando la necesidad de considerar la participación como un proceso dialógico de negociación de significados. Como consecuencia, se requiere la elaboración de modelos para establecer en la práctica procesos de participación basados en dicho reconocimiento de la diversidad y la necesidad de la contribución de diversos puntos de vista, resolviendo la tensión entre expertos y legos.

Considerando lo anterior, en este trabajo se aborda el estudio en los sistemas de salud porque en ellos ha sido evidente la necesidad de intervención de los ciudadanos en diferentes acciones, de forma que la participación ciudadana ha sido promovida desde hace más de treinta años con el fin de incorporar prácticas diversas, que en su momento tuvieron éxito para resolver problemas de salud de ciertos grupos de población.

Es importante señalar que en relación con la salud, la contribución del público se ha planteado de diversas formas, ya sea como cliente, paciente, o beneficiario, dando como resultado el establecimiento de distintas relaciones entre el público y las instituciones, con grandes diferencias en las posibilidades de intervención ciudadana y control social. De hecho, a pesar de la variedad de formas de incorporación del público, su intervención como ciudadano ha sido en términos muy limitados, como la vigilancia financiera y la evaluación de servicios.

En los siguientes capítulos se aborda el estudio de la participación ciudadana en sistemas de salud en dos procesos distintos. En el capítulo 2 se presenta una aproximación a la iniciativa de participación promovida internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1978. En el capítulo 3, se presenta el estudio de las acciones participativas promovidas por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal a partir de 1997.

El contraste entre las visiones de la salud, y las posibilidades de intervención de público que se presentan en estos procesos ofrecen un panorama general de las posibilidades y limitaciones de la participación ciudadana, todos ellos relacionados con las discusiones que se han presentado en este capítulo.

2

La participación ciudadana en los sistemas de salud: Entre los servicios y los derechos

En este capítulo se muestran algunos aspectos generales de las propuestas internacionales orientadas a la promoción de la participación ciudadana en los sistemas de salud.

Estas propuestas surgidas en los años setenta del siglo XX, se enfrentaron a las reformas estructurales de los años ochenta y a las nuevas perspectivas sobre el Estado, el derecho a la salud y a la intervención ciudadana, dando como resultado diversos significados a los objetivos de la participación en los sistemas de salud, que incluyen tanto políticas para promover el control social de las instituciones, como acciones individuales dirigidas al autocuidado de la salud por medio de decisiones informadas que inciden en el estilo de vida.

2.1 Los sistemas de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como sistemas de salud “todas las actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar y mantener la salud de las poblaciones” (WHO, 2000). Una definición en función de las partes que conforman un sistema, sus relaciones y propósitos establece que un sistema de salud es la combinación de recursos, organización, financiamiento y gestión para proporcionar servicios de salud a una población (Frenk, 2009).

Cuando se trata de la evaluación de los sistemas de salud, la OMS se basa en las “acciones de salud” que consisten en las actividades cuyo objetivo principal es mejorar o mantener la salud de una población. A partir de esta definición, los sistemas de salud no sólo están relacionados con la provisión de servicios médicos, también incluyen estrategias de regulación relacionadas con el estilo y la calidad de vida, como por ejemplo, las dirigidas a aumentar la seguridad en carreteras o promover las leyes antitabaco (OMS, 2000).

Para la comparación de los sistemas de salud de un país a otro, la OMS ha establecido una serie de funciones, que son la base de la evaluación de los sistemas de salud y su impacto en la salud de las poblaciones. Las cuatro funciones incluyen: la provisión de servicios (atención clínica, promoción de la salud, salud individual y pública), el financiamiento (público, privado, mixto), la generación y gestión de recursos (equipo médico, personal de salud, conocimientos), y la rectoría¹¹ (políticas públicas, regulación, integración de sectores) (Figura 2.1) (Frenk, 2009).

La **provisión de servicios** es el producto más visible de los sistemas de salud. Los mejores sistemas de salud, también incluyen servicios preventivos así como amplias estrategias de promoción de la salud a través de la educación y la comunicación.

Los servicios de salud se dividen en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario. El primer nivel se refiere a las atenciones médicas generales para enfermedades comunes. El segundo y tercer nivel, son intervenciones de atención especializada, que requieren hospitalización. La diferencia entre niveles se basa en la especialización, magnitud y severidad del caso.

¹¹ La rectoría es la función del estado en la formulación de políticas de salud. Una función relacionada es la corresponsabilidad, que es el papel del estado en plantear estrategias que promuevan la responsabilidad social en el área de la salud (Saltman, 2002). En años recientes, se ha incluido la prevención de los gastos catastróficos, es decir, la prevención del impacto económico de las enfermedades en los hogares de escasos recursos, como parte de los propósitos de los sistemas de salud (Knaul, 2006).

Cuadro 2.1 Descripción de los niveles de atención de los sistemas de salud.

Nivel	Descripción	Unidades de atención
Primaria	Cuidados que proporcionan servicios de prevención y manutención básica de la salud, servicios médicos generales terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios comunitarios.	Centros de salud y clínicas comunitarias
Secundaria	Comprende la atención de naturaleza especial, generalmente compleja y que no puede ser administrada por el médico general. Cubre atención en cuatro especialidades troncales: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general y Gineco-obstetricia.	Hospitales pediátricos, materno-infantiles, Hospitales generales
Terciaria	Comprende servicios altamente especializados como: neurocirugía o cirugía cardíaca	Hospitales de especialidades, ej. cardiología, oncología, neumología, etc

Fuente: Biblioteca virtual de la salud, OMS

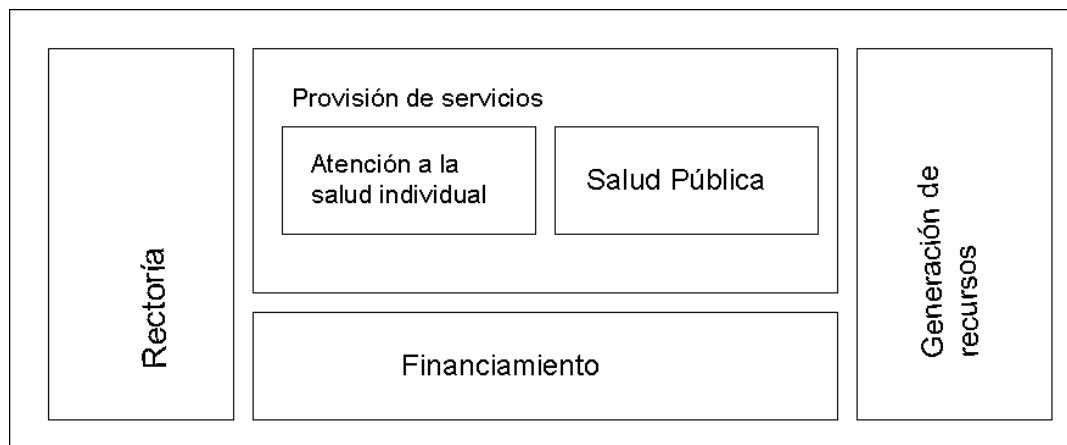
La **gestión de servicios de salud** integra en la práctica los recursos relacionados con la provisión de servicios, como son los recursos humanos, medicamentos, conocimientos y equipos médicos. En general, estos recursos se producen fuera del sistema o con muy poca injerencia del mismo, como en el caso de los medicamentos o los recursos humanos, más bien ligados con los sistemas de investigación o educativos, respectivamente.

El **financiamiento del sistema**, consiste en los recursos económicos que sostienen sus funciones. Por su forma de financiamiento, los sistemas de salud se pueden clasificar en públicos, privados o mixtos. En los sistemas mixtos, el financiamiento proviene de los impuestos, la seguridad social (con las contribuciones de empleadores y trabajadores), y la contribución directa de los individuos.

La **función rectora del Estado**, incluye la elaboración de estrategias de regulación de las funciones antes mencionadas y también, la formulación de políticas que guíen hacia el mejoramiento en la salud de la población. Es una función independiente del financiamiento, de tal forma, que aún en sistemas con financiamiento privado, existen la regulación y vigilancia por parte del estado (World Bank, 2007). En años recientes, esta función se ha orientado a plantear estrategias dirigidas a promover la responsabilidad social en el área de la salud, principalmente, en lo que se conoce como corresponsabilidad, donde el estado tiene un papel coordinador más que rector o vigilante.

Estas cuatro funciones se muestran esquemáticamente en la figura 2.1..

Figura 2.1 Las cuatro funciones del sistema de Salud. Basado en Murray y Frenk, 2000:723.



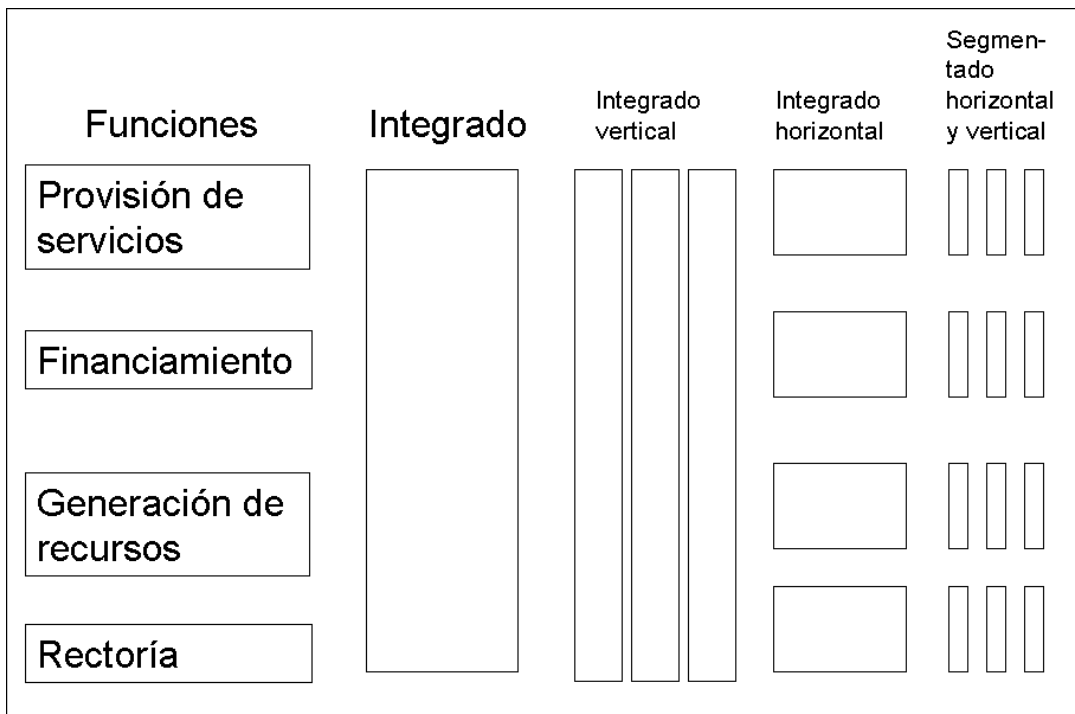
El funcionamiento de los sistemas de salud depende de la relación entre estas cuatro funciones. La integración de dichas funciones genera diferentes escenarios en los cuales se establecen las políticas con mayor o mejor grado de éxito.

En la figura 2.2, se muestran diferentes formas de organización de los sistemas de salud que representan diferentes ejemplos de la integración o segmentación de

funciones dentro de un sistema. Las secciones verticales, representan una institución u organización que toma una o varias funciones. Las secciones horizontales representan la cobertura entre la población.

En primer lugar, el caso extremo de integración de funciones es una institución que cubre todas las funciones y alcanza a toda la población. Otro caso, es la integración vertical de funciones en varias instituciones, cada una de las cuales cubre diferentes grupos de población. También se puede dar el caso de integración horizontal y segmentación vertical, en el cual, cada función está a cargo de diferente institución, pero cada una de estas instituciones cubre a toda la población. Finalmente, el caso extremo de segmentación en un sistema de salud, es aquel donde diferentes instituciones se encargan de diferentes funciones y grupos de población.

Figura 2.2 Modelos de sistemas de salud de acuerdo a los tipos de integración. La cobertura está ejemplificada considerando tres grupos de población. (Basado en Murray y Frenk, 2000: 727)



Los sistemas totalmente integrados son bastante escasos, si bien algunos de ellos han tenido notables logros, en el mejoramiento de la salud de la población, como es el caso de Cuba y Costa Rica. En América Latina, en general, los sistemas de salud siguen un modelo segmentado, donde varias instituciones están encargadas de los diferentes grupos de población, contemplando además varias formas de financiamiento. La integración horizontal con segmentación vertical, es una forma de organización que en años recientes se ha promovido desde varios organismos internacionales, y han tenido diversos niveles de impacto en la salud. Los países que han seguido este modelo son Australia, Colombia y algunas comunidades autónomas de España.

Cada sistema de salud tiene como problemas básicos el diseño, la implantación, evaluación y la reforma de organizaciones e instituciones que facilitan las cuatro funciones. Las soluciones se pueden comparar utilizando tres categorías principales: diseño estratégico, arreglos estructurales y gestión para la implantación, las cuales abarcan desde las directrices políticas más amplias, hasta los atributos operativos específicos, En el cuadro 2.1 se presenta una descripción de los niveles de atención que forman parte de los sistemas de salud.

Los indicadores construidos dentro de los esquemas mencionados son la base del “Reporte 2000. Los sistemas de salud en el mundo” de la OMS, cuyos resultados subrayan la gran diversidad de estructuras y formas de organización para llevar a cabo las funciones de los sistemas de salud en los 193 estados miembros de la OMS. Estos análisis muestran que aún entre países con condiciones similares en el nivel de ingreso, gastos en educación y salud, existen grandes diferencias en el estado de salud de sus poblaciones (WHO, 2000).

Si bien estos esquemas de organización han sido útiles para el establecimiento de indicadores de desempeño de los sistemas de salud, uno de sus puntos más débiles de este tipo de evaluación es que excluyen factores sociales determinantes, lo que deriva,

a la larga, en una falta de integración entre diferentes sectores relacionados con la salud. Por ejemplo, a pesar de que se defina un bajo impacto en la provisión de servicios, los indicadores son insuficientes para dar pautas que permitan identificar las causas de dicha situación (Navarro, 2001).

Las diferencias observadas se deben a los determinantes que se encuentran fuera de control de los sistemas de salud, y que están más relacionados con las condiciones de pobreza, empleo, inequidad o biodiversidad (ambiente) en un contexto determinado. En dichos casos, el impacto de los sistemas de salud depende de su posibilidad de intervenir en dichos determinantes, que están relacionados con el funcionamiento integral de diferentes sectores dentro de las naciones. En este sentido, se ha propuesto que la salud y la equidad sanitaria deben contemplarse como prioridades en las políticas públicas de todos los sectores (Navarro, 2001).

Este es un punto central en la discusión en torno a los sistemas de salud, como se verá a lo largo de este trabajo. Por un lado, están quienes proponen una visión basada en las funciones del sistema, y que están directamente relacionadas con la provisión de servicios y la salud pública. En el otro lado, se encuentran quienes señalan la importancia de ampliar la visión de salud incluyendo sus determinantes sociales, de tal forma que la salud se aborda como un problema intersectorial, (Castro, 2002).

Por ejemplo, las críticas al Reporte 2000 y las medidas que propone la OMS para los sistemas de salud en el mundo, señalan el énfasis en disminuir el impacto económico de las enfermedades a través de diversas estrategias (como el seguro popular en México), sin discutir a fondo el origen de las desigualdades económicas y los determinantes sociales que se hacen evidentes en la salud de la población (King, 2009).

¿En qué medida puede considerarse un sistema de salud únicamente como “el conjunto de actividades encaminadas a promover, restaurar y mantener la salud” sin considerar los factores asociados a la salud como son el empleo, la protección ambiental, la

nutrición? ¿Cómo las funciones asignadas a los sistemas de salud se enfrentan con problemas relacionados con las desigualdades sociales? (Navarro, 2001).

Éste es el marco en el que se han insertado las iniciativas de participación ciudadana dentro de los sistemas de salud. En el fondo, lo que se discute es la forma de organización del sistema y la medida en que el público puede contribuir en las funciones. En general, el análisis de los sistemas de salud está más enfocado a la parte relacionada con las instituciones, e incluye al público en forma de beneficiario, usuario, cliente, corresponsable o ciudadano, muchas veces, utilizando éstos términos en forma indistinta.

Sin embargo, cuando se habla de participación ciudadana es importante establecer las diferencias, especialmente si la pregunta es ¿en qué medida las acciones basadas en la participación, pueden dirigirse hacia los objetivos planteados en los sistemas de salud? ¿en cuál de las funciones puede contribuir la participación del público?, ¿qué pasa cuando las expectativas de los ciudadanos involucran acciones que inciden en aspectos más amplios, relacionados con la atención de otras demandas sociales?

Como se muestra en los siguientes apartados, la intervención del ciudadano se ha contemplado desde hace tiempo desde los inicios de los sistemas de salud. En 1978, la participación comunitaria se incorporó como base de los sistemas de salud, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, celebrada en Alma Ata, con el objetivo de mejorar los sistemas de salud y alcanzar la meta “Salud para todos en el 2000”.

En este largo proceso, el papel del público y su intervención dentro de los sistemas de salud, ha adoptado varias formas, en medio de la confrontación de diferentes visiones en torno a la salud.

2.2 La historia oficial de la participación en sistemas de salud

2.2.1 La Declaración de Alma Ata

Desde hace treinta años, la Declaración de Alma Ata es el punto de referencia común de diversos autores, organizaciones y gobiernos para abordar las principales discusiones en materia de salud en los países asociados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2008; Werner 2000; Londoño and Frenk 1997; Keijzer 1992).

Esta declaración es el producto de la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud realizada en Alma Ata (Kazajastán, URSS) en 1978, en la que participaron 134 países, 67 organismos internacionales y numerosas organizaciones no gubernamentales. Los acuerdos de dicha conferencia forman la base de los lineamientos internacionales que se implantaron en sistemas de salud en los años posteriores con la meta "Salud para todos en el año 2000" (WHO 2000; Tejada de Rivero 2003; Werner 2000).

La declaración de Alma Ata contiene tres puntos esenciales¹²:

1) Se reitera la definición de salud como "*estado absoluto de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*" y se agrega que "*es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo*".

Indicando que el ejercicio del derecho a la salud "*exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud*" (OMS, 1978: punto I) .

2) el fortalecimiento de la atención primaria a la salud (APS) como compromiso básico de los Estados (punto VI y VII)

¹² Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud, Vol. 8, Núm. 2, 2003.

3) el establecimiento de la participación de los individuos y comunidades como una estrategia central para el funcionamiento y la organización de los sistemas de salud (punto VII-5)

En ese momento, los tres puntos mencionados significaban un cambio radical en el funcionamiento de los sistemas de salud, hasta entonces basados en un modelo de atención a las enfermedades, y que serían transformados por la interpretación de la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, vinculando la salud pública y el bienestar individual. El modelo médico se ampliaba para incluir los factores sociales y económicos, reconociendo además a la sociedad civil como un activo promotor de la salud (Chan 2008).

En la declaración de Alma Ata destaca el esfuerzo por promover la inclusión de los puntos de vista de diversos sectores, lo que dio como resultado la incorporación de experiencias alternativas, basadas en una idea comunitaria de la salud, contemplando también las aportaciones de *“personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el “adiestramiento debido” en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad”* (OMS, 1978: punto VII-7).

Algunos autores señalan que el énfasis de la Declaración de Alma Ata en la participación como base para la atención de salud comunitaria, es un reconocimiento a los resultados de experiencias en diversos países de Asia, África y América Latina durante los años 50, conocidas como Programas de Salud Basados en la Comunidad, promovidos por organizaciones no gubernamentales asociadas, en muchos casos, a diversos movimientos políticos y sociales (Tejada de Rivero 2003)¹³.

¹³ Entre estos movimientos de participación comunitaria destacan los trabajadores de la salud llamados “Médicos descalzos” de China, la “Medicina popular” en México y Centroamérica, así como la “Medicina social” en Chile, Brasil y Argentina. Ver: Illich, Ivan (1973) y Waitzkin et al (2001)

Los resultados de dichos programas y sus aportaciones potenciales al campo de la salud pública fueron estudiados y dados a conocer por antropólogos y sociólogos médicos quienes durante los años 60 y 70 desarrollaron de manera importante la llamada medicina social, estrechando las relaciones entre las ciencias sociales y la medicina, mostrando el potencial de las prácticas médicas alternativas y tradicionales usadas por amplios sectores de la población (Tejada de Rivero 2003; Castro 2003). Cabe mencionar que durante esos años, varios representantes del movimiento de la medicina social latinoamericana ocuparon puestos de alto rango en organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, lo que tuvo gran influencia en el desarrollo de la medicina social en América Latina (particularmente en México y Brasil) (Waitzkin et al 2001)¹⁴.

La Declaración de Alma Ata marca el inicio de un movimiento global denominado “*Salud para todos en el 2000*”, basado en los objetivos de acceso, participación, solidaridad, equidad y justicia social, promovido desde la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales. El enfoque centrado en la Atención Primaria de Salud (APS) daba la pauta para organizar la atención desde los hogares hasta los hospitales, considerando la prevención y la curación, compartiendo con las comunidades los esfuerzos para mejorar la salud (Chan 2008).

El papel otorgado a la atención primaria de la salud exigía una serie de reformas sustanciales en los sistemas de salud de forma que su funcionamiento incluyera las

¹⁴ La medicina social latinoamericana es un campo de investigación y práctica clínica, bien establecido y reconocido desde 1940. Sus bases teóricas y metodológicas difieren de la tendencia dominante de la salud pública, principalmente al incorporar el papel de los determinantes sociales en el establecimiento del proceso “salud-enfermedad”. Varios de sus miembros han ocupado puestos políticos importantes estableciendo políticas de salud acordes con los principios de este movimiento, en países como Chile, Argentina, Brasil y el gobierno del Distrito Federal, México.

expectativas de las personas sobre la salud y los modos de vida deseables. Como lo señala la OMS, al hacer un análisis retrospectivo de la atención primaria de la salud:

Para lograr ese objetivo, son necesarios compromisos que deben comenzar por tener en cuenta las expectativas sobre la salud y la atención sanitaria de los ciudadanos y garantizar que su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan los servicios de salud...En la APS se expresa esta perspectiva como el derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible, con la mayor equidad y solidaridad considerando la necesidad de dar respuesta a las necesidades de salud de la población (OMS, 2008: 6).

2.2.2 Alma Ata en la práctica

La ambiciosa meta de “Salud para todos en el año 2000” se consideró como un compromiso para la OMS, la UNICEF y varias agencias financieras internacionales. Numerosos programas, basados en la atención primaria de salud se pusieron en marcha para elevar el nivel de salud en todo el mundo, con el fin de “garantizar la vida social y económicamente productiva de cada individuo” (WHO 1998: p.132).

Muchos recursos financieros se dirigieron a impulsar la ampliación de cobertura de salud, considerando además la necesidad de transformar las condiciones sociales que mantenían en la exclusión a una gran parte de la población, especialmente en los países pobres (WHO, 1998).

Sin embargo, la implantación de las medidas tuvo problemas desde el inicio. Algunos países atrajeron fondos internacionales para establecer programas de atención primaria, adoptando el lenguaje de participación comunitaria y decisiones locales, sin transformar la estructura de los sistemas de salud, dando como resultado una mayor burocratización de los sistemas sin efectos positivos en el nivel de salud de la población. En otros casos, el énfasis en la atención primaria se tomó como una salida de bajo costo, dirigida sólo a sectores desfavorecidos de la población, lo que disminuyó su impacto en la

transformación de las condiciones económicas y sociales de los países (Chan 2008; Tejada de Rivero 2003; López Arellano, 2001; Werner y Sanders; 2000).

La multiplicidad de significados de la participación se hizo evidente y el establecimiento de las iniciativas participativas abarcaba alternativas organizativas y operativas dirigidas a la salud fuera del ámbito institucional, medidas dirigidas a la vigilancia financiera e incremento de la eficiencia institucional por medio de la asignación de prioridades, e incluso procesos orientados a la descentralización como parte de las preocupaciones de las agencias internacionales para el establecimiento de la gobernabilidad y democracia en ciertas regiones del mundo (González Montes, 1999).

En muchos lugares, el establecimiento de programas centralizados de “promoción de la salud”, significó un obstáculo al trabajo de las organizaciones civiles, llegando incluso a convertirse en una competencia desleal por los recursos financieros destinados a la salud, minando el potencial de iniciativas no gubernamentales, (Werner y Sanders, 2000; Keijzer 1992).

En los años ochenta, a la confusión de interpretaciones e intenciones en la implantación práctica de Alma Ata se sumaron los efectos de la recesión económica de esa década:

Tampoco hubiera podido prever el más clarividente pensador, en 1978, los acontecimientos mundiales que se avecinaban: una crisis del petróleo, una recesión mundial y la introducción, por parte de los bancos de desarrollo, de programas de ajuste estructural que retiraban los presupuestos nacionales de los servicios sociales, incluida la salud. A medida que disminuían los recursos para la salud, los enfoques selectivos en los que se empleaban paquetes de intervenciones ganaron aceptación con respecto al objetivo previsto de reconfigurar fundamentalmente la atención de salud. La aparición del VIH/SIDA, la reaparición asociada de la tuberculosis y un aumento de los casos de paludismo desplazaron la atención de la salud pública internacional fuera de los programas de base amplia hacia la gestión urgente de las situaciones de emergencia de alta mortalidad (Chan, 2008).

Dadas las circunstancias, se replanteó la propuesta de la atención primaria de la salud, por considerar que la atención integral era demasiado costosa y poco eficiente para ser

atractiva para los gobiernos y las empresas. Así, con el fin de optimizar las estadísticas de salud, se comenzó a implantar la llamada “*Atención Primaria de Salud Selectiva*” (APSS), que consistía una serie de intervenciones de alta prioridad dirigidas a grupos de alto riesgo.

En términos prácticos, este cambio de orientación en la atención primaria de la salud significó una atención limitada a “paquetes de bajo costo” como el monitoreo del crecimiento infantil, la inmunización, la rehidratación oral y materna, promoción de la lactancia, alfabetización sanitaria orientada al cuidado de las mujeres y, en algunos casos, planificación familiar. A mediados de los ochenta, prácticamente todos los países subdesarrollados habían lanzado sus campañas de salud basadas en la aplicación de paquetes de atención primaria de salud selectiva. De esta forma, los aspectos considerados esenciales en la Declaración de Alma Ata tales como el desarrollo social y económico, la relación con otros sectores y la participación de las comunidades en la planificación y control de la atención primaria, incluyendo prácticas tradicionales, quedaron fuera de las prioridades de los sistemas de salud (Tejada de Rivero 2003; Werner y Sanders, 2000).

Para 1994, los reportes de la OMS indicaban claramente que los propósitos formulados 16 años antes no se alcanzarían para el año 2000, siendo las principales causas de esta situación (WHO, 1998):

- a) La crisis financiera y la reducción de los recursos destinados a los sistemas de salud
- b) La emergencia de nuevas epidemias de tuberculosis y malaria
- c) La aparición del VIH-SIDA
- d) La transición epidemiológica, que marcaba un cambio importante en el perfil de las poblaciones de las enfermedades infecto-contagiosas a las enfermedades crónicas características del envejecimiento poblacional.

En definitiva, la meta “*Salud para todos en el año 2000*” no fue alcanzada:

Hoy día, los objetivos de Alma-Ata parecen incluso más lejanos de lo que estaban hace un cuarto de siglo. Las profundas desigualdades económicas y las injusticias sociales siguen negando a muchos una buena salud y persisten como obstáculos a los avances continuos de la salud a escala mundial.

Por impresionantes que sean los logros alcanzados en investigación sanitaria, no se reflejan en el estado actual de la salud global. Mientras una quinta parte de la población mundial disfruta de una esperanza de vida de unos ochenta años (de una vida comparativamente exenta de enfermedades), dos tercios de la población mundial que vive en los países menos acomodados de África, Asia y Latinoamérica sufren preponderantemente el peso mundial de la enfermedad y la muerte prematura. Cada año se estima que quince millones de niños (cuarenta mil niños al día) mueren de infecciones y malnutrición. La esperanza media de vida ha bajado a menos de cuarenta años en algunos países africanos por causa del SIDA/VIH. (OMS, 2004:2-3)

Después de 30 años, se considera que la declaración de Alma Ata fracasó desde que se puso en práctica y que muchos de sus objetivos siguen sin alcanzarse, pues persiste una extrema desigualdad sanitaria, tanto entre los países como al interior de los mismos; Los sistemas de salud no se han transformado para hacer frente a problemas emergentes como la seguridad alimentaria y las tensiones sociales, asociados al cambio climático, y permanece sin resolver el reto de garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a toda la población, (WHO, 2000).

De acuerdo al informe sobre la salud 2008:

En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir. Hoy en día está claro que, si los sistemas de salud son abandonados a su propia suerte, no se encaminarán de forma natural a los objetivos de la salud para todos como se establece en la Declaración de Alma Ata. Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los

mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos (OMS, 2008:7-8)¹⁵.

A pesar del fracaso, los objetivos esenciales de Alma Ata han sido ratificados una y otra vez en diversos foros internacionales de salud y continúan siendo el punto de referencia para la organización de los sistemas de salud como puede verse en las propuestas del “Informe sobre la salud 2008” de la OMS:

Si bien nuestro contexto sanitario mundial ha sufrido grandes cambios durante las últimas seis décadas, los valores centrales de la Constitución de la OMS y los que dieron forma a la Declaración de Alma Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos. Sin embargo, pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención (OMS, 2008: 2)

Cabe señalar que el informe 2008 de la OMS considera la Atención Primaria de Salud como la base para las reformas que requieren actualmente los sistemas de salud del mundo. Dentro de estas reformas, continuamente se menciona la necesidad de la inclusión del público, con el fin de establecer “*sistemas centrados en torno a las necesidades y expectativas de las personas...intervención de todos los sectores en la formulación de políticas públicas saludables y el liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud* (WHO, 2008: 6).

En esta ocasión, el plazo establecido por la OMS para alcanzar estos objetivos es el año 2038 (WHO, 2008; Chan 2008).

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca.

Cuadro 2.1. Resumen ejecutivo de la Declaración de Alma Ata. Tomado de la Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud, Vol. 8, Núm. 2, 2003. http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_3.htm

DECLARACIÓN DE ALMA ATA

RESUMEN EJECUTIVO

1. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.

2. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.

3. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.

4. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

5. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.

6. La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.

7. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.

8. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.

9. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.

10. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

"La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo...con el espíritu y contenido de esta Declaración."

2.3 De la participación social a la promoción de la salud: más que un problema de interpretación

En la sección anterior se han descrito en forma breve algunos aspectos sobre el origen, establecimiento y resultados de la iniciativa más reconocida dentro de la OMS para llevar a cabo una reforma en los sistemas de salud: la Declaración de Alma Ata. Como se ha visto, la participación pública dentro de la declaración mencionada tiene un papel central, y sigue siendo considerada un punto de referencia, a pesar de que los resultados obtenidos distan significativamente de las expectativas planteadas hace treinta años.

Muchas de las explicaciones que se han formulado a partir del análisis retrospectivo de la Declaración de Alma Ata y su establecimiento en diversos sistemas de salud alrededor del mundo coinciden en señalar que los resultados observados se deben a que el plan quedó inconcluso, debido a la falta de voluntad política, las malas interpretaciones, y particularmente a las reformas estructurales que se tradujeron en significativos recortes presupuestales en los sistemas de salud. (Chan 2008; Tejada de Rivero 2003; López Arellano, 2001).

En general, estas explicaciones parten de considerar la participación como un proceso lineal formado por etapas sucesivas que, en el caso mencionado, fueron limitadas por las circunstancias y por ello, los resultados obtenidos representan una versión incompleta del proceso. En este esquema, los fundamentos teóricos y los procedimientos para participación resultaban adecuados, pero en la práctica no se presentaron las condiciones propicias y a esto se deben las fallas observadas en el proceso.

Sin embargo, desde otra perspectiva, se plantea que los resultados obtenidos son el producto de las tensiones entre dos visiones de la salud y la práctica médica, con

perspectivas muy diferentes sobre la organización de los sistemas de salud y la función de la participación del público.

A partir del análisis documental de la noción de participación en sistemas de salud y sus cambios desde la Declaración de Alma Ata hasta el año 2000, en esta sección se muestra cómo la propuesta de promover la participación en los sistemas de salud, generó un confrontación entre perspectivas de salud pública con visiones distintas sobre la salud, el papel del Estado y el significado de la intervención del público, mostrando que los acuerdos y rupturas entre estas perspectivas han sido fundamentales en la conformación de lo que actualmente se considera participación ciudadana en la práctica de los sistemas de salud.

2.3.1 Rumbo a Ottawa

Una de las características notables de la mayoría de sistemas de salud en los años setenta fue su concepción de salud como un bien público y como una responsabilidad de los Estados. En ese momento, la organización de los sistemas de salud se orientaba por conceptos como eficiencia, eficacia, programas locales, libre elección, participación comunitaria, que pretendían dar como resultado instituciones estatales eficientes, garantizando la salud como un derecho social (Iriart et al 2000)¹⁶.

Este es el contexto en el que se trató de incorporar la participación bajo la figura descrita en la Declaración de Alma Ata que, en su conjunto, se dirige a acciones de inclusión y empoderamiento del público y al establecimiento de nuevas relaciones tanto en los

¹⁶ Un panorama de estos aspectos y sus efectos en los sistemas de salud de diferentes países puede verse en: Iriart, Celia; Merhy, Emerson Elías y Howard Waitzkin (2000) La Atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 16(1):95-105, jan-mar 2000.

espacios dedicados a la salud como en otros ámbitos de la vida colectiva, comenzando con la atención primaria de la salud¹⁷.

Estos objetivos de la participación están descritos en los puntos IV y VII de la Declaración de Alma Ata.

El punto IV establece:

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (OMS, 1978).

En el punto VII-5 se señala que la atención primaria de la salud:

exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. (OMS, 1978).

Algunos autores señalan que la ausencia de procedimientos explícitos para el establecimiento de procesos de participación para alcanzar estos objetivos, dejó la elección de los mismos a los gobiernos y las autoridades correspondientes, de acuerdo a las condiciones de contexto. Como era de esperarse, las respuestas y ajustes de la declaración dieron resultados diversos, que dependían de los marcos de referencia que tuviera la práctica médica dominante, reflejada en la organización de los niveles de atención y la relación con el público con las instituciones (Tejada de Rivero 2003; Werner y Sanders, 2000).

¹⁷ La atención primaria de la salud es el primer nivel en la provisión de servicios de salud, y se considera "la puerta de entrada" del usuario al sistema. Su asociación con servicios básicos y generales ha dejado al margen la importancia de este nivel en la integración intersectorial, y con frecuencia sus objetivos son principalmente contención de los problemas de salud de grupos vulnerables.

Por ejemplo, Tejada (2003) señala que la falta de comprensión de la noción de “salud”, asociada a las distorsiones de la “atención primaria de la salud”, generó confusiones casi desde el momento en que se estableció:

Lamentablemente, y en la práctica, las personas siguieron siendo consideradas como receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica orientada a enfermedades específicas... En cuanto a “atención”, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (care), y no “atención”. El “cuidado” tienen una connotación mucho más amplia e integral que la atención. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos, (Tejada, 2003: 2-3)

Más que un problema de interpretación o falta de voluntad, los resultados obtenidos corresponden a la visión de la salud dentro del marco bio-epidemiológico de la Salud Pública, que se caracteriza por intervenciones de tipo médico e institucional enfocado a un nivel de análisis individual.

Si bien dentro de este marco se asume que las condiciones socioeconómicas se concretan en la salud individual, la forma de incorporarlas es como “factores estructurales” o “variables demográficas”, fuera de su contexto social y temporal (Infante, 2000, Walt y Mills, 2001).

Bajo estas consideraciones, se diseñan estrategias tendientes a disminuir la influencia de estas variables demográficas, por ejemplo, en la forma de intervenciones para favorecer a quienes tienen más necesidades de salud que permitan un ajuste entre las necesidades, las demandas y los recursos disponibles en un contexto:

esta visión se caracteriza por aislar fenómenos de salud-enfermedad (ejemplo, nutrición) de sus causas estructurales (ejemplo, pobreza) y explicarlos en función de sus factores inmediatos (dieta balanceada), dejando al individuo la responsabilidad primordial de su salud (autocuidado, adherencia a prescripciones médicas). (Infante, et al, 2000: 163)

La gran influencia de la visión bio-epidemiológica en los sistemas de salud en el mundo hizo que la APS se interpretara como una estrategia de intervención orientada a la prevención y disminución de riesgos para evitar padecimientos específicos, sin incorporar la idea de fondo de la “atención integral” , como lo menciona Tejada (2003), en la que se trata de incidir en aspectos sociales relacionados con el trabajo, la pobreza y las condiciones de vida, incluyendo al ambiente.

Incluso la OMS, señala que el principal problema que tuvo la implantación de los programas asociados con Alma Ata, fue considerar la APS como una solución de bajo costo, dando a la participación un lugar secundario e instrumental, ligado con la movilización y gestión de recursos a través de comités locales, sin incorporar efectivamente a la población en procesos de diálogo encaminados a la intervención y vigilancia del sistema de salud (WHO, 2008).

Diversos autores coinciden en señalar que los puntos que acabaron con Alma Ata fueron 1) considerar a la atención primaria como una estrategia de bajo costo, 2) quitarle sus ventajas para replantear la organización del sistema de salud 3) considerar que la participación se reduce al autocuidado y la autorresponsabilidad (Keijzer 2005, Iriart et al 2000).

En la práctica médica de los sistemas de salud del mundo, esto se tradujo en que pronto las consideraciones sobre la atención integral de la salud y la importancia de los aspectos sociales en la misma quedaron fuera de los objetivos principales, desvaneciendo el significado de la salud como un derecho social y con ello, dirigiendo los procesos de participación hacia intervenciones particulares con impacto en el estilo de vida o conducta de los individuos (Keijzer 1992; Navarro, 2001; Lawn, et. al. 2008) .

El advenimiento de la crisis financiera, introdujo un cambio adicional: la salud dejaba de ser considerada una obligación del estado y pasó a ser un servicio que generaba gastos públicos excesivos, que tenían que controlarse (Iriart et al 2000).

Las reformas estructurales de los 80's no sólo consolidaron el cambio de perspectiva respecto a la APS, con la necesidad de enfocar los limitados recursos disponibles, sino también contribuyó a la adopción de la llamada Atención Primaria Selectiva de Salud (APSS), en un marco de sistemas de salud regulados por el mercado (Iriart et al 2000; Londoño y Frenk, 1997)

La participación comunitaria de Alma Ata pasó entonces a ser concebida como la promoción de la salud, basada en autorresponsabilidad y solidaridad, orientada hacia intervenciones particulares de salud, de índole local, burocráticas y verticales, y enfocada en las decisiones individuales o en el nivel familiar de los llamados “grupos vulnerables”, sin extenderse a otros niveles, y sin pretender cambios radicales en la organización de los sistemas de salud, más allá del incremento en la eficiencia en acciones específicas orientadas al cambio de estilo de vida (Keijzer 2005; Tejada de Rivero 2003; Carpiano, 2006).

A pesar de las numerosas críticas y protestas contra la APSS (Tejada de Rivero 2003), en 1986, en la Carta de Ottawa, la participación ciudadana quedó identificada con la “promoción de la salud” entendida como *“el proceso para capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”*.¹⁸

Algunos elementos fundamentales de la Declaración de Alma se mantuvieron en la carta de Ottawa, lo que ha sido considerado una muestra de la continuidad del movimiento “Salud para todos en el año 2000”, como ha sido señalado en diversas referencias:

La carta de Ottawa es generalmente considerada como el heraldo de la nueva salud pública y ha permeado significativamente en políticas internacionales y nacionales, y continúa teniendo una fuerte influencia en la práctica de la promoción en salud. La carta apoyó el proceso de capacitar a la gente para incrementar el control para mejorar su salud, y además estableció un fuerte vínculo al ajuste estructural por medio de cambios políticos, sociales y económicos que son relevantes para enfrentar algunos de los retos que enfrenta

¹⁸ OMS, Carta de Ottawa, 1986

la salud a nivel global (Scriven 2005)

Sin embargo, a pesar de las semejanzas discursivas, la implantación de la APSS y la focalización de la atención a grupos vulnerables, significan rupturas importantes con la perspectiva de la salud como un derecho para todos, un bien público y de responsabilidad estatal.

Esta ruptura es particularmente importante para la participación en sistemas de salud, pues de ser un proceso dirigido a la transformación y empoderamiento, con el objetivo de dar al público la capacidad de incidir en los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, adquiere finalmente la forma de “promoción y educación para la salud”, encaminada a las acciones individuales y que en muchos casos, por las acciones emprendidas, quedó plenamente identificada con la legitimación institucional (Bronfman, et. al; 1997).

2.3.2 Las críticas a la Carta de Ottawa

El objetivo “Salud para todos en el año 2000”, quedó ratificado en la 1er. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud (Ottawa, 1986), a pesar de que la reinterpretación del papel de la intervención del público y su relación con los profesionales de la salud generó críticas desde el borrador mismo de la Carta de Ottawa, como lo describe Raeburn (Raeburn 2007):

El proceso vertical de la propia conferencia no contribuyó a despejar la sospecha de que “las personas” (en este caso los participantes) no iban a tener mucho que decir en la futura PS (Promoción de la Salud)... En los talleres, había una serie de temas que surgían continuamente. Probablemente, el más importante tenía que ver con la relación entre personas/comunidades y profesionales/burócratas, y a estos últimos se les consideraba inevitablemente como los que controlaban los recursos y la toma de decisiones de la promoción de la salud. En efecto, de los proyectos mencionados de los 38 países participantes, pocos verdaderamente ayudaban a potenciar la autonomía y la capacidad de decisión de las personas (Raeburn, 2007:58).

La Carta de Ottawa establece una figura de la participación, minimizada a promoción de la salud individual y programas de educación en salud para el autocuidado, propiciando su uso como un instrumento de persuasión, control y legitimación de medidas centralizadas, que en algunos casos llevó a la eliminación de las alternativas de organización comunitaria que funcionaban con éxito y que incluso habían inspirado la Declaración de Alma Ata (Werner y Sanders, 2000, Saan, 2007, Raeburn, 2007; Keijzer, 1992):

Así, en la década de los 80's y primera mitad de los 90's, en forma paralela a un discurso oficial que proclama la universalidad, la equidad y la solidaridad en la atención a la salud, los servicios y programas transitan de propuestas integrales, incluyentes e intersectoriales a planteamientos de acción selectiva y focalizada a través de medidas epidemiológicas puntuales dirigidas a la población pobre. (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001: 48)

La meta "Salud para todos en el 2000" quedó restringida hacia 1986 a "atención selectiva de urgencia para grupos vulnerables" lo significaba una ruptura en puntos esenciales con Alma Ata por las siguientes razones:

1) La noción de participación, quedó comprometida con la promoción de la salud, una estrategia centrada en la transmisión unidireccional de información sobre padecimientos específicos, y sin mayor conexión con los aspectos sociales y económicos del contexto que la referencia al cambio de estilo de vida y el cuidado del ambiente, como parte de la responsabilidad individual en el autocuidado de la salud.

2) La selectividad fue la base para definir diferentes tipos de servicios de acuerdo al poder adquisitivo de la población. En muchos países (entre ellos México), la APSS se tradujo en sistemas mixtos de salud, en los cuales se dispuso de dos tipos de servicios de salud de diferente perfil de acuerdo al nivel adquisitivo de los usuarios. El primero, consiste de servicios sujetos a las leyes del mercado destinado para la población que tiene los recursos para pagar su atención, y el segundo, de tipo asistencial, con paquetes de atención básica, para la atención de los grupos vulnerables. Así, la población queda

dividida en consumidores y beneficiarios, lo que refuerza la exclusión social en el acceso y la atención establecidas por las categorías sociales (Frenk 2009; Ornelas 1998; Gerschman 1999)

3) La APSS abandona la idea de atención integral de la salud contenida en la APS integral, al focalizar la atención primaria a los “grupos vulnerables”, es decir, niños y mujeres. Con la APSS esta atención, dirigida sólo a parte de la comunidad, pierde su significado como derecho social de todos los ciudadanos, y se convierte en un servicio especial para un sector de la población.

4) La estrecha relación causal que se establece entre la educación como transmisión de información especializada y la participación, como capacitación para el autocuidado, refuerza la autoridad médica y con ello, las relaciones jerárquicas del sistema, manteniendo las decisiones en la institución.

5) El empoderamiento de los grupos, como aspecto fundamental de los procesos de participación, queda limitado en términos de derecho a la información y consentimiento informado en padecimientos específicos, lo que prácticamente elimina la posibilidad de formular y llevar a la práctica propuestas alternativas de atención dentro del sistema, especialmente si van en direcciones distintas a los cambios en estilo de vida individual dictados desde la autoridad institucional. La idea de la participación comunitaria como eje de transformación de las relaciones sociales dentro y fuera del sistema de salud no tiene un sitio en los programas de atención selectiva (Iriart 2000; Moreno Santos 1992).

Más allá de las buenas intenciones respecto a la prevención de enfermedades, en muchos casos esta “educación” se convirtió en lo que Keijzer (2005) denomina “evangelización sanitaria”, que por su contenido y organización mantiene la subordinación del público, al excluirlo de procesos de toma de decisiones en niveles institucionales, identificando la participación con el consumo adecuado de los servicios que proporciona la

institución, dejando al diálogo, al intercambio o a la evaluación participativa totalmente al margen, (Keijzer 2005).

Como ejemplo de lo anterior, están los puntos considerados como participación en el Programa Nacional de Participación de la Comunidad en Salud, en México (SSA, 1984):

- a) Hacer uso adecuado de los servicios de salud, una vez recibida la información pertinente, b) conocer la ubicación de las unidades de salud a la que debe acudir en razón de su domicilio, así como su módulo, consultorio y equipo de salud que le atiende (citado por Keijzer, 1992:236)

La promoción y la educación para la salud como formas de fomentar la autorresponsabilidad y el autocuidado, fueron establecidas en numerosos países en programas diversos basados en la transmisión de información médica en “forma accesible” para el público en general, pero principalmente orientados a la atención de grupos vulnerables, reduciendo los problemas de inclusión a términos de cobertura y acceso a la atención, simplificando el significado de la salud como un derecho social, y convirtiéndola en una cuestión de beneficencia y populismo que iba de la mano con los lineamientos de los proyectos económicos de la década de los ochenta, como se observa para el caso de México, con relación al Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) establecido en el sexenio 1988-1994:

La acción del ejecutivo responde a las demandas populares pero los beneficios son materializados como dádivas y no como derechos. Se legitima el discurso de “combate a la pobreza” y, en salud, se refuerza la atención masificada y barata dirigida a los grupos marginados rurales y urbanos, que no garantiza sino parte de los servicios del primer nivel de atención. En “compensación” es en estos grupos donde se focalizan los programas de autocuidado y de educación para la salud (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001: 48)

Esta forma de ver la promoción para la salud, establece un nivel de intervención individual, sólo en términos de autocuidado y autorresponsabilidad, dejando a un lado la posibilidad del diálogo y la intervención colectiva en la planificación, organización, funcionamiento y

vigilancia del sistema bajo la idea de la salud como un derecho social, como propone la Declaración de Alma Ata.

Cabe mencionar que, en México, la compensación en programas de promoción y educación para la salud no tuvo gran significado en las tendencias generales del sistema de salud, marcadas por sus estrategias dirigidas a la curación de padecimientos específicos y sobrecarga burocrática:

La utilización del presupuesto en el propio sector salud, a pesar de lo “importantes” y “prioritarias” que pueden ser la educación y la prevención, también refleja otra concepción de fondo en la que 70% del presupuesto se dirige a la atención curativa, sólo 6% a la preventiva y un magro 1% a la “capacitación de la población” (Keijzer, 1992:240)

2.3.3 La respuesta para el siglo XXI: Atención gerenciada

En la década de los noventa, los sistemas de salud de los países en desarrollo tuvieron que adecuar su organización a los lineamientos recomendados por el Banco Mundial y otros organismos internacionales en las llamadas reformas estructurales, que implicaron la reestructuración del Estado vía privatizaciones y disminución de gastos sociales (Gerschman 1999).

En América Latina, la disminución del gasto en salud como parte de los ajustes para enfrentar la crisis es parte del discurso que justificó la introducción de las reformas financieras y administrativas, que al concretarse en normativas legales transformaron profundamente la vinculación entre la salud y el Estado, que pasó a ser una modalidad de gestión de servicios con mayor intervención privada (Iriart et al. 2000).

Desde entonces, los sistemas de salud en América Latina se han ido transformando en sistemas mixtos públicos/privados, en las cuales se establece una libre elección de los servicios por parte de los usuarios, de acuerdo a su capacidad económica para tener

acceso a la atención. La población por debajo del nivel de subsistencia es atendida por medio de paquetes básicos de servicios de salud (Gerschman 1999).

Si bien diferentes medidas han sido introducidas como parte de los procesos de reforma en el sector salud, como los procesos de descentralización, focalización de la atención, o co-participación; en esta década, los principales programas se centran en la llamada atención médica gerenciada (Iriart et al 2000; Gerschman, 1999).

La atención médica gerenciada consiste en establecer servicios de salud basados en la regulación de servicios a través de la regulación de mercado, en la cual los consumidores conscientes hacen una elección libre entre los planes de atención alternativos ofrecidos por los prestadores de servicios. La competencia generada a través de estos mecanismos, tendrá como resultado un incremento en la eficiencia de los servicios, porque se espera que los prestadores se verán obligados a reducir sus costos y mejorar la calidad del servicio (Londoño and Frenk 1997).

En este sistema, la población se convierte en un sujeto activo de la regulación de costos y calidad, especialmente porque al pagar por su atención, estará en condiciones de elegir de acuerdo a sus preferencias al prestador (público o privado), considerando los costos, las condiciones y los resultados. En este tipo de sistemas, la promoción de la salud se considera como un aspecto fundamental para que el consumidor tenga los elementos que le permitan tomar las mejores decisiones al elegir un servicio.

Desde el punto de vista de la organización del servicio, el público en su intervención como consumidor estaría activamente involucrado en la regulación de la calidad y eficiencia de servicios al elegir entre diversos proveedores, en el espacio de elección individual de acuerdo a sus preferencias y condiciones particulares, como se muestra la figura 3.1

(intervención del consumidor). Como puede apreciarse, el consumidor no incide en otros niveles del sistema, como su organización o su sistema de administración¹⁹.

Estas reformas son acordes con los marcos normativos establecidos por agencias internacionales como son “Los objetivos de desarrollo para el milenio”, el documento formulado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2000) que establece nuevas metas para la salud, el desarrollo y la erradicación de la pobreza.

Como en su momento lo fue la Declaración de Alma Ata, actualmente este documento es la referencia para los sistemas de salud en el mundo, con el acuerdo de la OCDE, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, e incluye, como parte de las estrategias para mejorar las condiciones de salud, una serie de puntos sobre la promoción de la salud, la participación ciudadana y el empoderamiento de la comunidad (Scriven 2005).

Los gobiernos de la región se han adherido por completo a “Los objetivos de desarrollo para el milenio”; a pesar de que las reformas introducidas en los sistemas de salud han tenido un resultado poco alentador, en los países de América Latina y el Caribe:

América es la región del mundo que presenta mayor inequidad, y es en el estado de salud en la que se presentan las más severas expresiones. En toda la región existen los medios para alcanzar una vida más saludable, pero están fuera del alcance de los más pobres y los grupos más vulnerables. Un análisis reciente de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe concluyó que ninguno de los países de la región está en vías de poder alcanzar los objetivos del milenio para 2015. Algunos, como Bolivia, podrían incluso tener un incremento en inequidad, mientras otros, como Nicaragua, están muy atrasados en la reducción de la pobreza. Ningún país parece en condiciones para alcanzar dos de los objetivos más importantes: disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil (Kickbusch, 2004: 1)

¹⁹ Un ejemplo de este tipo de medidas es el Seguro Popular introducido en el Sistema de Salud de México en el año 2000 y cuyos efectos han sido evaluados recientemente desde diferentes perspectivas. Ver: Frenk 2009; King et al. 2009; Victora and Peters 2009.

A pesar de los numerosos términos en común con las propuestas generadas hace treinta años, la orientación de los sistemas de salud en el mundo está basada actualmente en una visión de la salud que marca una gran diferencia del contexto en el que se promueven las iniciativas relacionadas con la intervención del público:

Salud para todos en el año 2000 es una frase que ya se volvió a revisar. Y efectivamente los últimos 10 años han sido salud para menos y menos. Lo que eso expresa es que los que formularon ese pronóstico (la Organización Mundial de la Salud) han perdido totalmente el liderazgo en el campo de la salud. Y lo han perdido, desde luego, en manos del Banco Mundial. (Laurell, 1999) ²⁰

Cuadro 2.2. Comparación de la carga de morbilidad en 1978 y 2008 (WHO, 2008).

1978	2008
<i>Enfermedades agudas:</i> Tuberculosis, malaria, neumonía e infecciones respiratorias agudas	<i>Enfermedades agudas:</i> Tuberculosis, malaria, neumonía e infecciones respiratorias agudas
<i>Enfermedades crónicas degenerativas:</i> Cáncer, problemas cardiovasculares, desórdenes mentales	<i>Enfermedades crónicas degenerativas:</i> Cáncer, problemas cardiovasculares, desórdenes mentales
	<i>Riesgos asociados con la globalización:</i> SIDA Pandemias (Influenza, SARS)

²⁰ “Lo último que nos abandona es la esperanza”. Entrevista de Mundo Hospitalario (1999). <http://www.medicos-municipales.org.ar/repor0999.htm>

2.4 Entre los servicios y los derechos: El público en los sistemas de salud

En el apartado anterior se mostraron diversas interpretaciones dadas a la participación en los sistemas de salud y el establecimiento de la misma en países miembros de la OMS. El proceso que inició con una aproximación integral de la salud llevó a la identificación de la participación con el autocuidado individual y el establecimiento de campañas de promoción de la salud dirigidas al cambio de estilos de vida, sin considerar la intervención del público en otras funciones de los sistemas de salud.

En este apartado se analiza la participación a partir de los papeles que se otorgan al público dentro de los sistemas de salud de acuerdo al nivel de su intervención en las funciones del sistema. En el fondo de esta discusión está el papel del ciudadano en el control de las instituciones.

Los argumentos básicos para promover la participación ciudadana que se han planteado dentro de los sistemas de salud se pueden dividir en dos grupos (Florin 2004), dentro de los cuales conviven objetivos políticos y económicos, cuyo efecto esperado es el mejoramiento de los servicios de salud:

Grupo I. Aspectos económicos del sistema de salud.

El público paga por los servicios de salud ofrecidos por el estado y por ello los ciudadanos deben participar en dar forma a los aspectos de atención relacionados con la transparencia en la distribución de recursos.

Dentro de este argumento se asume que a mayor participación de los ciudadanos hay un mayor control de las finanzas y se asegura que la política de salud refleje los valores éticos de la comunidad.

Grupo II. Aspectos sociales del sistema de salud.

La participación pública hará a los servicios de salud más flexibles y adecuados a las expectativas de los ciudadanos, como individuos y comunidades.

En este argumento se asume que las decisiones hechas por profesionales sólo pueden ser respuestas parciales dados los diversos componentes sociales que intervienen en los problemas de salud y que sólo los usuarios locales pueden conocer sus necesidades y prioridades.

Ambos grupos de argumentos consideran, por lo menos a un nivel teórico, que la participación pública incrementará la eficiencia porque la consulta con el público permite responder a las necesidades puntuales que la sociedad plantea (Frenk, 2009). Pero se puede ir más allá del sondeo de opinión y pensar que la participación pública puede permitir la discusión entre sectores con intereses y valores variados y que con ello se pueda llegar a acuerdos legítimos y aceptables, al establecer mecanismos que permiten la inclusión de diferentes opiniones, lo que tiene un efecto positivo en los aspectos relacionados con la equidad y justicia del sistema al hacerlo más incluyente, plural y transparente (Olivé 2010; Caltkhan 1991).

Estos dos grupos de argumentos para la participación ciudadana en salud son la base para establecer el papel del público y la contribución que se espera de su intervención. Los argumentos económicos de la participación definen al público como cliente-consumidor o usuario de los servicios ofrecidos por la institución, que puede llegar a desempeñar funciones de vigilancia en la asignación de prioridades o en el manejo de recursos financieros. Los argumentos sociales amplían la intervención del ciudadano hacia aspectos relacionados con el acceso a la salud y la equidad.

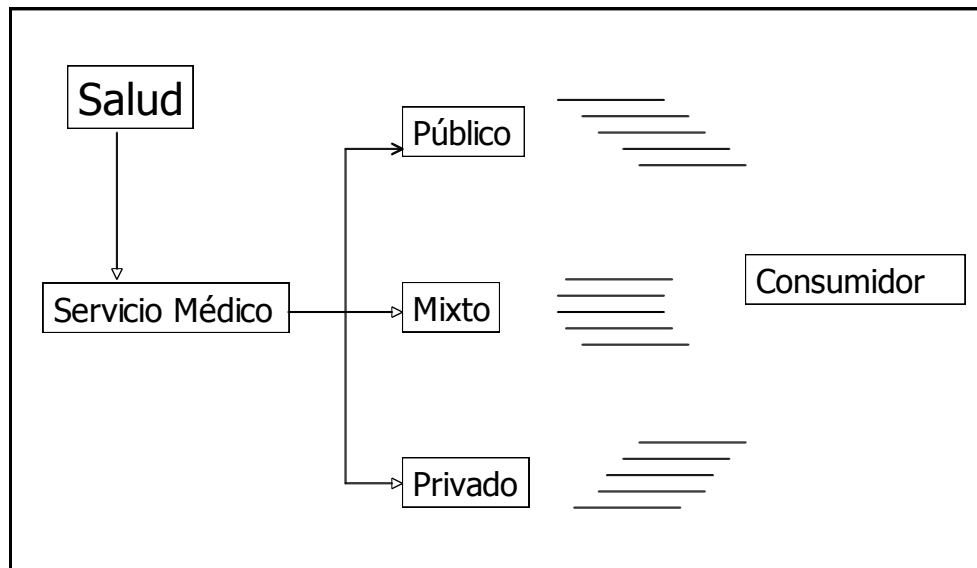
En los siguientes apartados se verá con más detalle el papel que se asigna al público y su intervención en los sistemas de salud.

2.4.1 La participación del público como consumidor

En muchos países, la organización del sistema de salud se conforma con base en servicios que se ofrecen en un sistema de libre mercado, convirtiéndose en un espacio donde las necesidades de salud se resuelven con la adopción de medidas técnicas adecuadas y optimizadas en relación costo-beneficio, orientadas por criterios de eficiencia de la acción pública basados en indicadores, (Frenk, 2001). Cabe mencionar que esta es la tendencia dominante para la organización de sistemas de salud que se dirige desde la OMS.

En estos sistemas se dice que la participación ciudadana incrementa la eficiencia al permitir canalizar los recursos de forma adecuada para resolver las necesidades puntuales que la sociedad demanda, y que esta mejora en la asignación de prioridades, ayuda a resolver los problemas de equidad en la medida que la participación del consumidor hace posible incluir al mayor número de perspectivas en la toma de decisiones para el establecimiento de políticas justas, legítimas y aceptables, favoreciendo la reestructuración administrativa, reduciendo la intervención del Estado (WHO, 2000).

Figura 3.1. Intervención del consumidor en el sistema de salud. En el esquema se muestra que la salud está identificada con los servicios médicos ofrecidos por diversos proveedores, en el esquema de servicios públicos, privados o mixtos. Los consumidores pueden elegir entre los proveedores de acuerdo a sus preferencias, considerando la información disponible sobre los productos, su calidad y costo. El poder adquisitivo es el principal factor para el acceso diferencial a servicios de salud.



La participación del público como consumidor consiste en elegir entre las alternativas ofrecidas por el sistema, y por ello, en estos modelos se subraya la necesidad de contar con mecanismos de acceso a información adecuados para que el consumidor pueda hacer elecciones informadas. Se plantea que en el mercado de salud, las alternativas están incluidas en un sistema de oferta-demanda, y las elecciones dependen del poder adquisitivo o situación laboral del consumidor así como de la información disponible acerca de las opciones existentes.

Dentro de estos modelos, no es de extrañar que los procesos de participación están asociados con mecanismos aplicados en estudios de mercado, que principalmente son de tipo consultivo, orientados a detectar resistencia o inconformidad sobre medidas

específicas acerca de la dotación del servicio, donde el público participa de forma individual. Las encuestas de opinión, los foros consultivos y los mecanismos de salida, como el consumo diferencial, están entre los más utilizados en sistemas de salud (Irwin 2001; López Cerezo, 1998). Estos modelos siguen esquemas que los identifican con la relación unilateral entre experto y público que se encuentra en el llamado modelo de déficit (ver capítulo 1).

Los mecanismos mencionados, al ser establecidos dentro de los sistemas de salud, centran la autoridad en el personal médico de la institución, en cuyas manos expertas quedan todas las etapas del proceso de elaboración, aplicación e incluso evaluación de los planes y programas en contextos específicos. Así, el objetivo de la participación pública es detectar las necesidades de salud y el nivel de satisfacción que se alcanza para cierto grupo de usuarios. La relación principal entre la institución y el público corresponde al establecimiento de una serie de medidas por parte del proveedor que le permitan ofrecer los servicios adecuados para el usuario (Keijzer 2005; Loewe 1992).

En este caso, desde el punto de vista institucional se considera como “participación pública” que un usuario de forma individual responda un cuestionario o que permita que se le realicen mediciones objetivas de la función física (p. ej. análisis de sangre), con el fin de detectar las necesidades de salud. Un punto que cabe mencionar es que los datos aportados por el público en conjunto con los resultados de investigación, se consideran **evidencia** para la toma de decisiones, una labor asignada a los expertos, en los que pueden encontrarse planteamientos como el siguiente:

Se diseñó un cuestionario que contenía los indicadores seleccionados, y que se aplicó en forma de entrevista al **paciente** en espera de consulta con el médico familiar o en el domicilio; la información fue complementada con el expediente correspondiente. Por otra parte, se estructuró un instrumento para coleccionar

información del **proveedor**, también validado en su contenido con base en el estado del arte actual propio del área bajo estudio (Salinas et al 2001).

Asimismo, es común la propuesta de incrementar el flujo de información hacia el usuario, con el fin de promover la práctica de conductas favorables y el uso oportuno de los diferentes servicios ofrecidos por la institución para la prevención y atención.

Para diversos autores, este tipo de propuestas son propias de sistemas de salud “centrados en la enfermedad”, cuyo funcionamiento está orientado hacia la atención y que no consideran los diferentes niveles de complejidad de los procesos salud-enfermedad que llevan a la discusión de la salud como parte de las condiciones de vida dentro de contextos particulares (Mercado, et al. 2000; Castro 2002).

Las principales críticas a este tipo de modelos de participación parten de los problemas de exclusión económica y cultural que impone la organización de mercado, especialmente en relación con el acceso a la atención de la salud.

En primer lugar, se da la exclusión económica, dadas las condiciones de desigualdad y pobreza, debido al acceso diferencial a los servicios que tiene la población, y a la estratificación de los mismos de acuerdo al público al que van dirigidos. Por ejemplo, el caso del sistema federal de salud en México con servicios de alto nivel y bajo nivel.

En segundo lugar, la interpretación del derecho a la salud exclusivamente como un compromiso en la prestación de asistencia médica, da lugar a una simplificación de las relaciones sociales involucradas en la discusión en torno a la salud, reduciéndolas a una interacción de proveedor-cliente, lo que puede generar diversas formas de exclusión de actores cuyas relaciones no se ajustan a una definición técnico-científica de la práctica médica, ya sea como usuario o como prestador de servicio (Kuruvilla 2005; Cooke and Kothari, 2001).

La salud queda limitada al consumo de servicios y a prácticas individuales orientadas al autocuidado, dejando fuera de la discusión los aspectos relacionados con la diversidad de prácticas médicas, sin alcanzar las metas de empoderamiento, equidad y aceptabilidad social. La vinculación de la salud como un proceso social estrechamente asociado con las condiciones de vida pasa desapercibida (Rowe and Frewer, 2000).

En estos modelos, la intervención del público está basada en el derecho a la información sobre las medidas establecidas en la institución y a las cuales se dedican recursos en forma de campañas de educación y comunicación. Sin embargo, para el público la posibilidad de intervención queda limitada por el diseño unilateral del proceso, pues se carece de mecanismos para elaborar propuestas y discutir las alternativas posibles para un problema de salud concreto.

Cabe mencionar que, en este modelo, las propuestas que sean consideradas ajenas a la práctica oficialmente reconocida no serán presentadas en dichas campañas, como por ejemplo, tratamientos basados en medicinas alternativas, tradicionales, o las opciones de atención no institucionalizadas, como puede ser la medicina popular o los servicios de ONG. Incluso, en algunos casos, se establecen campañas de información orientadas a transformar las concepciones populares, pues se considera que la resistencia ante las medidas establecidas o la apatía en los procesos de participación se deben a visiones que difieren notablemente de las concepciones institucionales al estar basadas en creencias, valores e intereses extracientíficos. Si bien estas prácticas suelen justificarse por sus fines informativos, en varios casos se ha señalado su uso con fines de persuasión y manipulación (Loewe, 1992; Leal y Martínez 2002).

Las críticas en relación con la participación basada en este tipo de mecanismos señalan su uso potencial en la legitimización de decisiones unilaterales y en la imposición de medidas justificadas con referencia al conocimiento científico, con lo que se da un efecto

paradójico de los procesos de participación: la validación popular de la tecnocracia (Kothari 2001).

Frente a esto, existen otras perspectivas respecto a la función de la intervención ciudadana en los sistemas de salud, especialmente para alcanzar los objetivos sociales.

2.4.2 La participación dual: ciudadano - consumidor

Los sistemas de salud deben promover el acceso universal, la atención integral, el fortalecimiento del sector público, y el trabajo intersectorial para disminuir las desigualdades sociales. Para ello, un punto fundamental es concretar el empoderamiento de amplios sectores sociales mediante el establecimiento de mecanismos de participación ciudadana, (Tajer 2003). Un ejemplo es el lema de la lucha de la salud colectiva en Brasil: *“La salud como derecho de la ciudadanía y un deber del Estado”*, representativo de las propuestas sociales de los sistemas de salud (Abrantes-Pego 1999).

En esta visión, se encuentran diferencias importantes en torno al papel del ciudadano dentro de los sistemas. Por una parte, hay sistemas de salud que consideran la noción del ciudadano como un individuo, capaz de elegir y actuar de acuerdo a su información y preferencias, de forma responsable y libre. En este caso, se establecen modelos de participación dirigidos a generar un mayor empoderamiento a través de campañas de información y la implantación de mecanismos para la discusión de temas relevantes y socialmente controversiales o éticamente sensibles.

En dichos sistemas, la intervención del público tiene un papel dual: primero, como ciudadano, al inclinarse por cierta preferencia política, elige la forma de organización del sistema de salud (p. ej. público, privado, mixto), y segundo, como consumidor escoge entre alternativas de salud disponibles en el mercado, como se muestra en forma esquemática en la figura 3.2.

En algunos casos, la contribución del público se considera parte de una relación complementaria con otros actores, en la cual el público tiene un papel como regulador y evaluador de las medidas cuyo establecimiento se discute. En estos casos, el público aporta los valores, especialmente los éticos, que serían la base para hacer los ajustes necesarios para la aceptación social de las medidas (Florin 2004; Rowe y Frewer, 2000).

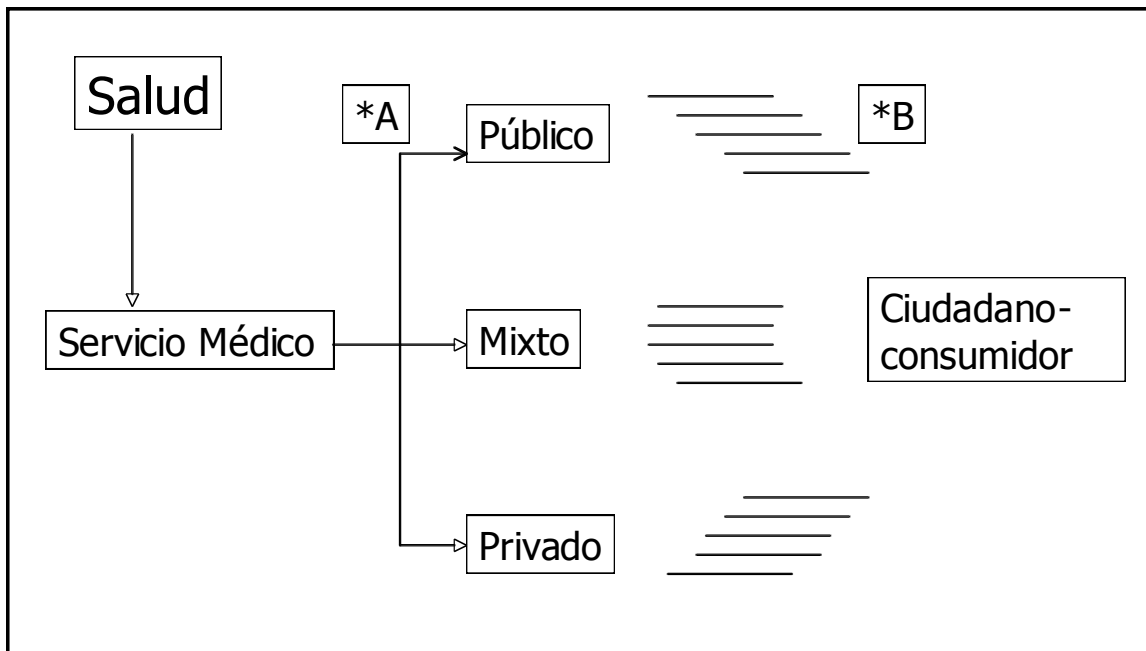
Hay varios efectos asociados con la participación pública basada en la relación complementaria entre experto y público que las instituciones consideran relevantes, por ejemplo, hacer más transparentes los procesos de toma de decisiones y dar mayor control al público sobre algunos aspectos institucionales, lo que aumenta la credibilidad de la institución y las instancias que promueven el proceso. Además, las medidas que se toman pueden reflejar desde su diseño los valores de la comunidad, lo que puede favorecer su aceptación social. La responsabilidad compartida entre el público y el experto, se desprende de un proceso que otorga a cada uno, un papel bien definido (Florin 2004; Bradley 2000).

A nivel práctico, el establecimiento de procesos de participación bajo las consideraciones mencionadas puede incluir al público, individual o colectivamente, lo que permite contar con la experiencia de diferentes tipos de organizaciones en el diseño de propuestas, haciendo los procesos más incluyentes, evitando los problemas que se derivan para el esquema proveedor-cliente.

Como puede observarse, esta forma de organización, mantiene la verticalidad de la participación, limitando la intervención del público a las últimas partes del proceso de toma de decisiones. Asimismo, al establecer un vínculo entre información-empoderamiento-ciudadanía, se sigue un patrón que refuerza la autoridad del experto frente a un público con preparación insuficiente para la generación de propuestas técnicas. Los ejemplos de este tipo son los sistemas de salud de Europa y Canadá, en los que sólo se plantean las

elecciones del usuario dentro de lo que se reconoce como práctica legal que corresponde al modelo de medicina biomédica (Baris, 1998)

Figura 3.2 En este caso la atención de la salud se identifica con los servicios médicos proporcionados por proveedores que pueden ser públicos, privados o mixtos. El usuario tiene una función dual al intervenir en el sistema. En primer lugar (*A), con su participación política puede definir la organización de los servicios o su forma de regulación por parte del Estado. En segundo lugar, como consumidor (*B), puede elegir los servicios más adecuados a su condición individual o familiar, de acuerdo a su poder adquisitivo.



A pesar de los aportes críticos al funcionamiento de los servicios de salud, en estos sistemas, los objetivos siguen anclados en la mejora de atención, medida como el control de la enfermedad, sin considerar el perfil político y cultural que se esperaría de un programa de salud integral que incluya la participación ciudadana como una estrategia que permite captar la complejidad de las interacciones entre actores en los procesos salud-enfermedad, (Padilla y Villalobos, 2007; Gaventa, 2002; González Montes, 1999 ; Haro et al., 1996).

En este caso, la participación pública tiene un gran potencial para la legitimación de medidas tecnocráticas, al mantener la separación entre el público y el experto, reforzando incluso la autoridad de este último (Kothari 2001; Feenberg, 1999)

2.4.3 La participación ciudadana y el reconocimiento a la diversidad

Considerando los aspectos sociales de la participación ciudadana, se ha planteado la necesidad de introducir propuestas que incorporen la diversidad cultural dentro de contextos específicos y su influencia en las prácticas alternativas que coexisten en torno a los procesos salud-enfermedad, (Haro et al. 1996).

En los esquemas que se han revisado hasta ahora, la participación ciudadana en sistemas de salud no toma en cuenta la incorporación de público como parte de la legitimidad epistémica del proceso. La participación ciudadana sigue esquemas basados en la separación experto-lego, haciendo el reconocimiento de un solo tipo de práctica, asociando la participación con el acceso a información. Sin embargo, es importante señalar que existen propuestas alternativas, vinculadas muchas de ellas a la atención de los grupos excluidos por los sistemas oficiales, en los que no encuentran respuestas para sus necesidades.

En estas propuestas alternativas, la salud es vista, como un campo donde convergen diferentes tipos de autoridad, movimientos políticos y sociales que dan lugar a negociaciones, conflictos y diferentes relaciones de poder. Los procesos de participación ciudadana para ser efectivos, tendrían que abrir los espacios para que los ciudadanos, desde diversas perspectivas, incidieran en la construcción de las relaciones con la institución, aportando diferentes perspectivas para la organización, el manejo de recursos y la forma de abordar problemas, (Carpiano 2006; Hernández Baqueiro, 2006 ; Abrantes-Pego, 1999).

En las propuestas alternativas, el significado de la participación del público se amplía más allá de las interacciones médico-paciente o proveedor-cliente, no sólo dirigidas a la intervención individual sino tratando de incorporar a los grupos de apoyo o las asociaciones civiles relacionadas con acciones de salud en diversos contextos (Robles-Silva, 1995; Padilla y Villalobos, 2007).

A diferencia de los procesos de participación centrados en la atención médica, estas propuestas se orientan hacia el establecimiento de estrategias de respuesta para atender grupos sociales específicos como pueden ser migrantes, indígenas, mujeres trabajadoras, entre otros, lo que marca una dinámica diferente para enfrentar diversas demandas sociales vinculadas con la salud.

Las estrategias enfocadas a grupos de población, ofrecen la posibilidad de captar la diversidad de conceptos y prácticas en torno a problemas de salud, incluyendo formas de organización que contemplan y reconocen la interacción de diversos conocimientos de acuerdo su grado de credibilidad y utilidad en contextos particulares (Grimberg, 2005).

En algunos de estos procesos, la participación ciudadana es parte de la construcción de identidades y derechos, generando espacios de acción política y social, en los que diferentes actores se hacen visibles y forman parte de nuevas relaciones y prácticas. Desde esta perspectiva, la diversidad cultural que caracteriza a la mayor parte de los sistemas de salud del mundo deja de ser un obstáculo y se incorpora como un recurso valioso para alcanzar las metas de eficiencia, la justicia y la equidad, (González González, 2007 ; González Montes, 1999).

Las propuestas de participación ciudadana que abordan la salud como un problema complejo, definido por múltiples relaciones sociales y culturales, son compatibles con el modelo participativo situado.

Si bien el recurso institucional de la salud apunta de diversas formas a una participación ciudadana incluyente y con estrecha relación con el contexto local, la experiencia práctica

de los procesos de participación muestran la permanencia de esquemas de mercado, centrados en la brecha público-experto y que limita el acceso a la salud, como resultado de la desigualdad económica,

Como se muestra en el siguiente capítulo, con el caso del SSDF, esta brecha entre el discurso y la práctica también se extiende con matices característicos a sistemas de reciente creación.

2.5 Conclusiones del segundo capítulo

En este capítulo se han presentado la estructura general de los sistemas de salud considerando sus cuatro funciones, provisión de servicios, gestión de servicios, financiamiento del sistema, y rectoría, que muestra las diferentes funciones y niveles donde podría darse la intervención del público. Como se ha señalado, la tendencia general en el establecimiento de procesos de participación en los sistemas de salud ha seguido modelos que marcan la separación entre expertos y legos, tratando la inclusión del público como un asunto de información y diálogos informativos donde se analiza el establecimiento de procesos de participación en salud promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la Declaración de Alma Ata, en 1978.

Los lineamientos generales de la OMS partieron de una visión plural e incluyente basada en el reconocimiento de diversas perspectivas e iniciativas comunitarias, que fueron transformándose, con el tiempo, en una visión focalizada a la contención de ciertos problemas de salud en grupos vulnerables, asociada a la tendencia generalizada de establecer la participación como un problema de información, mientras avanzaba la privatización de los servicios de salud en muchos países del mundo.

Este proceso ha tenido como resultado que la intervención ciudadana en las instituciones de salud se limita a promover campañas de información para que el individuo, como consumidor o usuario, elija entre opciones de servicio, con cierta posibilidad de

intervención política, pero restringida a ciertos aspectos del sistema como son vigilancia financiera o evaluación de la calidad de los servicios.

En este contexto de intervención, la contribución epistémica del público no forma parte de los objetivos de la participación, y termina por ignorar las diversas perspectivas y prácticas en torno a la salud que tienen diversos grupos. En muchos casos, los problemas de salud se reducen a problemas de falta de información entre los usuarios de servicios, una aproximación donde se simplifican los procesos en un grado extremo, y que desemboca en interacciones fallidas entre las instituciones y los ciudadanos, donde las relaciones de mercado prevalecen sobre las necesidades de deliberación y establecimiento de acuerdos ciudadanos.

3

La participación ciudadana en el Sistema de Salud del gobierno de la Ciudad de México

En este capítulo se presenta un estudio realizado en el sistema de salud del gobierno de la Ciudad de México. El objetivo de este estudio fue analizar cómo se establece la participación ciudadana en el primer nivel de atención y el papel que se asigna al público y las posibilidades de su intervención.

La participación ciudadana está incluida en las estrategias que la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF) ha implantado para alcanzar el objetivo de garantizar el derecho a la salud mediante políticas sociales comprometidas con la equidad y los valores sociales.

En este sistema, la propuesta de salud tiene una perspectiva basada en la medicina social, lo que marca una diferencia importante en la perspectiva para abordar la salud y su relación con los ciudadanos. En este caso, los programas de la SSGDF establecen un compromiso para contrarrestar los efectos que se producen en los sistemas de salud estructurados de acuerdo a esquemas de mercado, optando por un esquema que trata de abordar la salud y sus vínculos con el contexto social. La hipótesis que guía este estudio es que la participación ciudadana de este sistema está dirigida hacia la inclusión de

diversas prácticas sociales, reconociendo la importancia de la contribución de diferentes agentes a las acciones de salud, dentro y fuera de la institución.

En este sistema los centros de salud comunitarios son los espacios más cercanos al contexto local, y por ello, son la unidad estratégica de varios de los programas dirigidos al desarrollo social. Este estudio basado en metodología etnográfica, ha sido realizado en algunos centros de salud comunitarios de las jurisdicciones sanitarias Cuauhtémoc, Coyoacán, Iztacalco e Iztapalapa durante los años 2007 y 2008. El análisis de los programas e informes de la Secretaría de Salud del DF (SSDF) ha aportado información complementaria para el trabajo etnográfico.

La aproximación etnográfica ha permitido delinear las perspectivas que tienen algunos de los actores involucrados tales como los usuarios, las trabajadoras sociales, las enfermeras, los médicos y las autoridades del centro. Estas perspectivas son parte importante de la exploración que aquí se expone sobre las relaciones que se establecen dentro de la institución, destacando especialmente las prácticas cotidianas y su influencia en las interacciones entre el público, el personal de salud y las autoridades institucionales.

El capítulo se divide en cuatro partes. En primer lugar se describe brevemente el sistema de salud federal, en segundo se presentan algunas características de la Secretaría de Salud del DF y el papel de los centros de salud dentro de las políticas del sector. En la tercera parte se hace el análisis de la trayectoria de los procesos de participación ciudadana y en la cuarta se señalan algunas reflexiones y preguntas que surgen de este estudio de caso.

3.1 Sistema de Salud de México

El Sistema de Salud de México es el resultado de un proceso que inició en 1943, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente Secretaría de Salud), y los Institutos Nacionales de Salud. Se trata de un sistema de financiamiento mixto, en el cual coexisten instituciones de seguridad social, servicios médicos privados y servicios médicos públicos (Frenk, 2003).

Esta organización del sistema nacional de salud consideraba la protección en salud como parte de la seguridad social vinculada al estatus laboral de los ciudadanos, con un complemento de índole asistencial dirigido a los grupos más pobres y sin empleo. En esos años, se esperaba que el desarrollo económico del país diera lugar a un incremento paulatino del empleo, mismo que ampliaría las instituciones de seguridad y dejaría en un mínimo la necesidad de servicios de asistencia.

Sin embargo, en setenta años no se ha dado el desarrollo esperado y en las condiciones actuales de nuestro país, cerca de la mitad de la población mexicana carece de seguridad social y de las posibilidades económicas para tener acceso a los servicios médicos privados, y por ello los servicios públicos se han convertido en la única alternativa para la atención médica de una gran parte de los habitantes (Frenk, 2003).

En la organización actual del sistema de Salud de México se distinguen cuatro funciones básicas para cumplir con los objetivos de mejoramiento y financiamiento de la salud de la población (Cuadro 3.1). Dichas funciones son: la prestación de servicios, financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. En el cuadro 3.1, se muestran diferentes acciones que se contemplan en las funciones del sistema de salud de México.

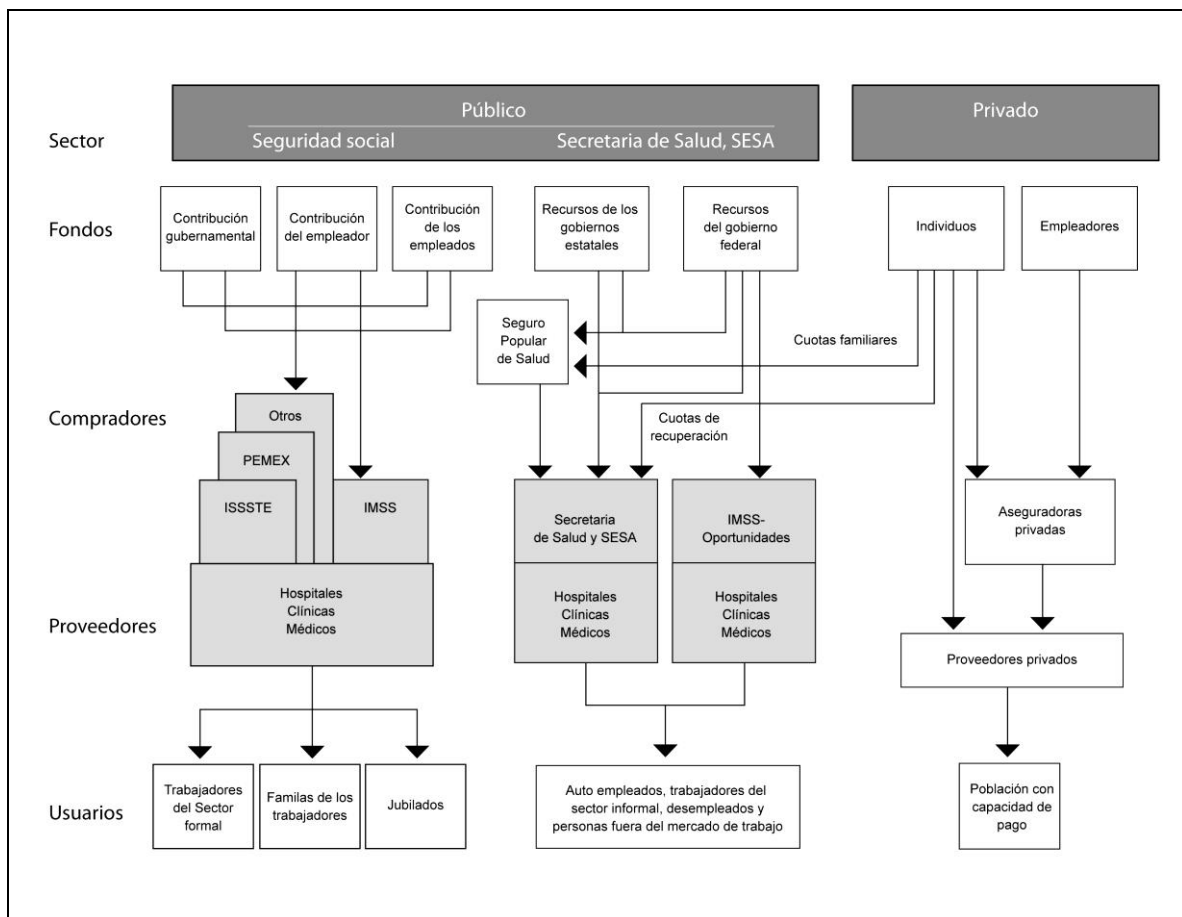
Cuadro 3.1. Funciones de Sistema Mexicano de Salud.

Prestación de servicios*	Financiamiento del servicio	Rectoría del sistema	Generación de recursos para la salud
Atención a la salud individual	Movilización, acumulación y distribución de los recursos desde sus fuentes:	Regulación sanitaria de productos, redes y servicios de la economía que tienen impacto sobre la salud.	Formación y reclutamiento de profesionales de salud (médicos y enfermeras).
Atención a la salud pública	Gobierno federal Gobierno estatal Empleadores Usuarios	Regulación y evaluación de la atención a la salud. Acreditación de escuelas de medicina.	Generación y administración de recursos infraestructura de atención e investigación.
		Certificación de especialistas.	Generación y administración del Sistema Nacional de Información.
		Protección a los pacientes	

En el Sistema de Salud de México existen tres grupos de prestadores de servicios. En primer lugar están las instituciones de seguridad social que atienden a la población asegurada, compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, que cubren entre 50 y 55% de la población, en relación a su situación laboral. En segundo lugar se encuentran los servicios de salud asistenciales, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el

Programa IMSS - Solidaridad dirigidos a población no asegurada; en el tercer lugar, está el componente que integran los servicios privados, bastante fragmentado y diverso, en donde el personal de salud proporciona atención, en su mayor parte, sobre una base lucrativa. Los seguros privados afilian poco menos del 2% de la población. Cabe mencionar que el 21 % de la población derechohabiente y 28% de la población no asegurada reportan como fuente de atención a los prestadores privados para el caso de atención ambulatoria, (ENSA, 2000; Frenk, 2009). En la figura 3.1 se muestra la organización del Sistema de Salud de México.

Figura 3.1. Organización del Sistema de Salud de México. (Frenk, 2009)



En el cuadro 3.2 se muestran los servicios de salud pública e individual que presta el sistema de salud. Como puede observarse en el cuadro 3.2, la salud pública se refiere a las actividades y los servicios a nivel poblacional relacionados con los servicios de salud de carácter preventivo y no personales, por ejemplo, el manejo de datos epidemiológicos, las campañas de promoción de la salud y la organización de las respuestas gubernamentales y comunitarias frente a amenazas de salud de carácter extraordinario como en el caso de desastres o epidemias (Sepúlveda y López Cervantes, 2000). En el sistema de salud mexicano, la salud pública se encuentra bajo la responsabilidad única de la Secretaría de Salud²¹. (Kickbush y Payne, 2004).

El financiamiento de las instituciones públicas de sistema de salud proviene de recursos del presupuesto federal y contribuciones de los usuarios. En el caso de las instituciones de seguridad social, también se cuenta con las aportaciones de los empleadores.

En 1999, el gasto en salud fue de 5.5%, siendo el IMSS la institución de salud con mayor gasto (1.46%) (OPS, 2000). El gasto en salud en México es comparativamente menor al gasto de otros países de Latinoamérica como son Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, tanto en gasto por persona como porcentaje del PIB (CEPAL, 2010).

²¹ Las críticas a las tendencias crecientes de privatización de los sistemas de salud, han mostrado cómo las funciones de integración y regulación tienen serias limitaciones cuando se organizan desde la perspectiva del “mercado de la salud”, con consecuencias negativas en la población, especialmente en casos de emergencia. Uno de los ejemplos más claros es el caso de la vigilancia epidemiológica, donde ha quedado demostrado, a través de evidencias proporcionadas por análisis de nuevas epidemias (SARS, influenza) y los desastres naturales que los sistemas privados de atención médica son poco eficientes frente a problemas de salud pública (Scott, et al 2011).

Existen problemas importantes en la distribución de recursos entre instituciones, entidades federativas y grupos de ingreso, por ejemplo, el gasto por persona es hasta seis veces mayor en los servicios médicos de PEMEX que en otras instituciones (SS, 2000).

En cuanto a la función de rectoría del sistema, la Ley General de Salud precisa que la Secretaría de Salud como la institución rectora del sistema es responsable de convocar a los grupos interinstitucionales, concentrar las estadísticas necesarias para operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica y elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo para la práctica médica y el control de productos, bienes y los servicios relacionados con la salud (SS, 2000). En el cuadro 3.2, se presentan los servicios de salud que presta el sistema de salud de México.

Cuadro 3.2. Provisión de Servicios en Sistema Mexicano de Salud (OPS, 2007).

Salud Pública	Salud individual
Vacunación Antiparásitos Promoción de la salud:	1er. Nivel:
a) <u>Autocuidado:</u>	Promoción de la salud, atención ambulatoria a morbilidad, consultas generales, urgencias y odontológicas, exámenes de laboratorio.
<i>reducción de tabaquismo, reducción de sedentarismo, promoción de salud reproductiva</i>	2do. Nivel:
b) <u>Hábitos saludables:</u>	Atención a intervenciones que requieren infraestructura hospitalaria y servicios de médicos especialistas.
<i>Alimentación, Condición física, Exámenes médicos preventivos</i>	3er. Nivel:
Campañas de prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles:	Atención especializada de mayor complejidad, con

Tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, dengue, cólera, rabia	médicos especialistas, enfermeras especializadas y otros profesionales. Este nivel incluye la investigación clínica y la investigación básica que se realiza tanto en hospitales como en los once institutos nacionales de salud.
Campañas de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles:	
Diabetes, hipertensión, desnutrición, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama	

3.2 La Secretaría de Salud del DF

El Distrito Federal es la ciudad que cuenta con la concentración más alta de servicios de salud de nuestro país, mismos que conforman un sistema mixto de salud fraccionado en tres subsistemas con organización independiente: el subsistema privado, el subsistema de la seguridad social pública y el subsistema público (Londoño y Frenk, 1997).

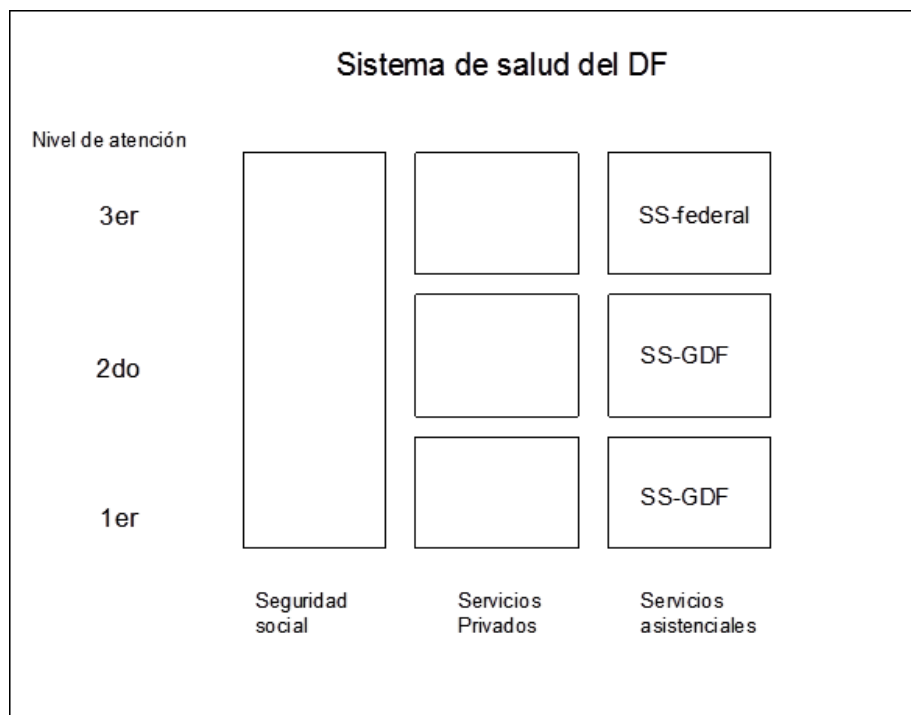
En el Distrito Federal, el subsistema público es manejado por dos instituciones, la Secretaría de Salud Federal, que dirige los hospitales federales, los institutos nacionales de salud y los servicios de salud mental; y la Secretaría de Salud del DF (SSDF) que coordina los servicios médicos de primer y segundo nivel de atención en un conjunto de centros comunitarios de salud, clínicas y hospitales a su cargo.

La Secretaría de Salud del DF fue creada en 1999, como resultado de una tendencia general hacia la descentralización del sector salud, que coincidió con los movimientos sociales dirigidos a la democratización del gobierno de la Ciudad de México.

El sistema de salud del Gobierno del Distrito Federal es un sistema mixto segmentado, con recursos financieros que provienen de diferentes fuentes, públicas y privadas. Es importante señalar que el Gobierno del Distrito Federal sólo está a cargo de dos niveles de atención (Figura 3.2).

Su reciente creación, su estrecha relación con los gobiernos de izquierda de la Ciudad de México así como la influencia de la medicina social en el diseño de su organización, han sido factores fundamentales para el establecimiento de la SSDF, que en diversos aspectos, contrasta con los lineamientos generales que sigue la secretaría federal. Esta situación da lugar a diversos problemas de integración de los niveles, que quedan divididos en dos instancias administrativas, con diferentes estructuras orgánicas y programas de acción propios (Figura 3.2) (SSDF, 2002).

Figura 3.2 Esquema del Sistema de Salud del Distrito Federal. Es un sistema mixto segmentado, con recursos financieros que provienen de diferentes fuentes, públicas y privadas. Es importante señalar que el Gobierno del Distrito Federal sólo está a cargo de dos niveles de atención, aparece sombreado el primer nivel de atención, que corresponde a los centros de salud que se incluyeron en este trabajo.



3.2.1 La descentralización tardía de los servicios de salud en el DF

En México, como en otros países de América Latina, las reformas estructurales de los años ochenta, dieron lugar a políticas para configurar al sector salud bajo la idea de la descentralización, que se define como *“la transferencia de responsabilidades desde el gobierno central a las unidades públicas subordinadas, y a las corporaciones o autoridades públicas semiautónomas o autónomas”* (Gropello y Cominetti, 1998:17).

La descentralización es una condición para que las instancias locales tengan un mayor control en la implantación de estrategias regionales para la atención de la salud, tanto en los aspectos financieros como organizacionales,. Los efectos de su implantación en diferentes sistemas de salud de América Latina aún son motivo de fuertes discusiones entre sus promotores y sus críticos (López Arellano y Blanco Gil, 2001; Ornelas, 1998).

En el sistema de salud mexicano, el proceso inició en 1983 con una modificación a la Ley General de Salud, en particular al artículo 4º, estableciendo la protección a la a la salud como un derecho individual y como responsabilidad del Estado. En particular, la descentralización ha estado orientada a reestructurar los servicios de salud dirigidos a población no derechohabiente (López Arellano, 2001; Keijzer, 2005).

En el periodo de 1984 a 1988, 14 entidades finalizaron el proceso de descentralización operativa, lo que dio lugar a la creación de dependencias estatales encargadas de los servicios. Estas entidades fueron Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Jalisco, Querétaro, Sonora, Colima, Guanajuato, México, Aguascalientes y Quintana Roo.

Los resultados poco satisfactorios e incluso negativos que se detectaron en varios estados, la oposición de varios gobiernos estatales y la insuficiencia de recursos

financieros hicieron que en 1988 se tomara la resolución de suspender indefinidamente el proceso de descentralización (López Arellano, 2001).

La descentralización quedó suspendida durante el sexenio de 1988-94, y es reiniciada hasta 1995, al promoverse una nueva reforma del sector salud. El proceso de descentralización tuvo un doble propósito:

“el político, al fortalecer el federalismo y reintegrar a la esfera local, las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal; y social, al acercar a la población servicios fundamentales que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficacia y oportunidad” (Ornelas, 1998: 198).

El 20 de julio de 1996, se firmó el Acuerdo de Descentralización de los Servicios de Salud, que suscribieron el Secretario de Salud, los gobernadores de los 31 estados y el dirigente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Con este acuerdo, los estados tomaban el control de los servicios de salud y medicina preventiva de la población abierta²². Así, el gobierno federal transfería la responsabilidad de prestar dichos servicios a los gobiernos estatales, que con el tiempo también recibirían el control sanitario de establecimientos y servicios. En la figura 3.1, se muestra la distribución de competencias entre los gobiernos federales y estatales en salud.

El Acuerdo de Descentralización de 1996 señala cuatro estrategias para alcanzar los propósitos mencionados:

- 1) La descentralización de los servicios de salud para población abierta en las entidades federativas.
- 2) La creación de organismos públicos descentralizados, (OPD) que administren en el nivel local los servicios transferidos y en su caso, fusionen los servicios locales.

²² *Población que sin seguridad social, ni capacidad de pago de los servicios médicos privados*

3) La ampliación de la cobertura mediante un paquete básico de servicios, establecido en cada estado de acuerdo a los planes y programas locales. El paquete básico incluye medicina preventiva y primer nivel de atención y los recursos se transfieren desde el gobierno federal.

4) Mejoramiento de la calidad y la eficiencia de las instituciones mediante una coordinación sectorial, que evitará las redundancias y duplicidad de los servicios.

Estas medidas se establecieron paulatinamente en todo el país, a pesar que desde el Acuerdo mismo se había señalado la falta de claridad en cuanto a los compromisos concretos de las diversas instituciones involucradas, especialmente en lo referente a la obligación de aportar recursos. Por tal motivo, el financiamiento no ha tenido un incremento sustancial, y aún sigue un patrón inercial, dado por los costos fijos de operación como son los salarios y beneficios del personal de base así como por los convenios de colaboración establecidos en programas federales (López Arrellano, 2001). El proceso de descentralización terminó en 1997, y sus objetivos de ampliación de cobertura e incremento de eficiencia se vieron limitados en la práctica al establecimiento de un paquete básico de 14 intervenciones²³ y 19 medicamentos gratuitos dirigido principalmente a los grupos más vulnerables del país:

Se trata de intervenciones sencillas de instrumentar, de bajo costo y alto impacto, manejando los recursos con eficiencia y combatiendo las principales causas de muerte y enfermedades de los grupos marginados que puedan ser provistas integralmente por un conjunto bien acotado de trabajadores de la salud. El gobierno federal pondrá el 100% de los recursos –dentro de los programas compensatorios–pero la operación, la fijación de

²³ Las 14 intervenciones eran: 1) medidas de higiene básicas en el hogar, 2) planificación familiar, 3) cuidados prenatales, parto y cuidados posnatales, 4) Examen papanicolau 5) Vigilancia de crecimiento infantil, 6) Vacunación 7) Cuidados ambulatorios de diarrea 8) Prevención y control ambulatorio de TB, 9) prevención y control ambulatorio de DB, 10) prevención y control ambulatorio de hipertensión, 11) Tratamiento antiparasitario de la familia 12) Prevención de accidentes y primeros auxilios 13) Capacitación comunitaria para el autocuidado 14) Cuidado ambulatorio de enfermedades respiratorias agudas.

metas, la definición de las intervenciones, será función de los estados.²⁴ (CNS, 1996: 202).

En 1998, apenas dos años después del acuerdo, un estudio de la CEPAL, sobre la descentralización de los sistemas de salud en América Latina menciona:

A la distancia de los catorce años transcurridos desde su inicio se observa que los pasos hacia la descentralización resultaron fallidos, como se argumenta en el Acuerdo del 20 de agosto de 1996. Es más, altos funcionarios del actual gobierno, sugieren que se dio una recentralización de los servicios y que en realidad nunca se descentralizaron las decisiones importantes, ni se asignaron los recursos suficientes para operar el sistema, (Ornelas, 1998: 199).

El convenio para la descentralización entre la Secretaría de Salud Federal y el Gobierno del DF se firmó en julio de 1997. Como se ha mencionado, los convenios de descentralización en otros estados de la república, siguieron procesos que involucraban la creación de organismos públicos descentralizados (OPD), dependientes de los gobiernos locales, y que integraban las estructuras hospitalarias y de servicios médicos, tanto en sus aspectos financieros como en la coordinación de los programas locales, estatales y federales.

Cabe destacar que en el DF, el convenio de descentralización fue diferente, pues los servicios médicos quedaron en manos del OPD estatal, mientras los hospitales de especialidades quedaron en manos de la Secretaría Federal.

Esta situación hace que los sistemas de referencia entre los niveles no puedan ser integrados (ver figura 3.2), haciendo prácticamente inexistente la coordinación entre los servicios médicos de primer y segundo nivel con el tercer nivel que conforma la red hospitalaria federal, dando lugar a la duplicación de funciones y disminuyendo la eficiencia de los dos subsistemas.

²⁴Comisión 4 del Consejo Nacional de Salud de México (1996), "Evaluación de la capacidad operativa y acciones a descentralizar de las áreas de fomento sanitario en los estados", en De la Fuente, J.R.(comp.), La descentralización de los servicios de salud: Una responsabilidad compartida, México, D.F., Secretaría de Salud, pp. 153 a168. Citado en Ornelas, p. 202.

Además, los recursos de operación e inversión del OPD han sido limitados ya que el gobierno federal tampoco ha apoyado presupuestalmente a los hospitales del DF, lo que establece fuertes límites presupuestales para el mantenimiento y ampliación de la infraestructura a cargo de la SSDF (Figura 3.2).

Esta situación administrativa, sumada a una infraestructura local deteriorada por el sub-financiamiento en dos décadas y una percepción pública negativa sobre los servicios de salud ofrecidos por el gobierno, fueron el punto de partida para el trabajo de la Secretaría de Salud del DF en 1999 (SSDF, 2001).

Cuadro 3.3 Sistema de Salud del Distrito Federal. Se muestran los grupos sociales y las instituciones de salud, incluidas en este sistema.

	GRUPOS SOCIALES			
	CON SEGURIDAD SOCIAL	SIN SEGURIDAD SOCIAL		
		CON SEGURO PRIVADO	NO ASEGURADOS	SIN CAPACIDAD DE PAGO
INSTITUCIONES DE SALUD	IMSS ISSSTE SEDENA PEMEX	Aseguradoras Servicios Médicos privados	Servicios Médicos privados	Secretaría de Salud del DF Secretaría de Salud Federal

3.2.2 Las alternativas del 2000

La llegada del Partido de la Revolución Democrática (PRD) al gobierno del Distrito Federal como resultado de las elecciones del año 2000 ha significado una amplia transformación de las políticas locales que, en el caso de la salud, ha marcado una importante diferencia con las políticas federales.

En contraste con las tendencias nacionales en materia de salud, orientadas por el pluralismo estructurado y la atención gerenciada, la SSDF adoptó acciones para establecer una política de salud basada en una política social redistributiva, que tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, a través de servicios integrales, públicos y gratuitos con cobertura universal:

Los dos grandes ejes de nuestro Programa son: *i)* garantizar la universalidad del derecho constitucional a la protección de la salud y a la pensión universal y *ii)* fortalecer la institución pública a fin de que obedezca al bien general de la sociedad. Ambos temas se relacionan con la construcción de la ciudadanía social que consiste en establecer derechos sociales exigibles por todos y la obligación de todos de contribuir solidariamente a su materialización (SSDF,2005: 9)

Construida sobre la concepción de los derechos sociales, universales y exigibles por los ciudadanos, la política de la SSDF está planteada a partir de seis desafíos que enfrenta la realidad social del DF. Estos desafíos son (SSDF, 2002):

- 1) Mejorar las condiciones generales de salud.
- 2) Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas.
- 3) Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad
- 4) Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido
- 5) Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad
- 6) Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario.

Además de los valores sociales y una eficiencia que considera criterios de equidad, en la elaboración de la política de salud del DF han tenido un papel importante las experiencias empíricas que señalan soluciones factibles, viables y sustentables para el manejo de la salud, y que han sido parte de las aportaciones del movimiento de la medicina social en América Latina (Tájer, 2003).

Los principios que guían la política de salud del DF son la democratización en salud, el fortalecimiento de las instituciones públicas, la universalidad de los servicios, la ampliación de los servicios, la equidad y la solidaridad, mismos que han sido integrados en un conjunto de estrategias para enfrentar los desafíos que enfrenta la SSDF (SSDF, 2002).

Desde el año 2001, las estrategias establecidas en la SSDF tratan de mejorar las condiciones de salud de la población, regular la seguridad sanitaria en la ciudad y dar respuesta al rezago en la atención, incidiendo de forma simultánea en las medidas encaminadas a la reestructuración institucional, la ampliación de la infraestructura y la generación de una cultura ciudadana de la salud.

Las estrategias se dividen en dos grupos, el primero, correspondiente a las estrategias intersectoriales, coordinadas por el Gobierno del DF y en las que intervienen diferentes dependencias y representantes de los sectores social, público y privado; el segundo grupo, son estrategias al interior del sector salud, coordinadas por la SSDF y dirigidas a las instancias a su cargo y que tratan de integrar las diferentes instituciones que forman el sistema de salud del DF. En el cuadro “Estrategias de la SSDF” se muestran los dos grupos de estrategias mencionados.

En el sector salud, los programas prioritarios, en el periodo 2002 a 2006, fueron el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y el establecimiento del nuevo Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS).

El establecimiento del programa de salud ha requerido cambios profundos en la organización institucional, con el fin de modificar prácticas burocráticas, sociales y culturales que limitan el alcance de las medidas, como por ejemplo, el trato inadecuado a los pacientes, el exceso de trámites burocráticos para el registro, o el condicionamiento del servicio a los resultados de estudios socioeconómicos.

También ha sido necesaria la remodelación de las instalaciones y el reforzamiento de los servicios por medio de equipamiento y compra de material. Por ejemplo, en los primeros cuatro años (2001-2005), se hizo la remodelación de 22 de los 26 hospitales, y el acondicionamiento de clínicas y centros de salud. Entre 2004 y 2007 se construyeron dos hospitales.

Para lo anterior, se dispuso de apoyo emergente desde el gobierno del DF que se tradujo en un incremento del 67% para el gasto en salud en 2001.

Cuadro 3.4 Estrategias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

	Estrategia intersectorial para mejorar las condiciones de vida y de salud	Estrategias en el Sector Salud
Incluye:	La política social integral y redistributiva La pensión universal ciudadana Programa de compensación para los beneficiarios del programa de abasto social de leche La coordinación interinstitucional La “contabilidad sanitaria” o el impacto sanitario	Gratuidad al usar los servicios Prioridades en salud con criterio de equidad y necesidad El nuevo Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS) Reorganización institucional, fortalecimiento y ampliación de servicios
Intervienen:	Secretarías de Desarrollo Social, Salud, Desarrollo Económico y Turismo del DF Coordinación: Secretaría de Desarrollo Social.	SSDF principalmente. En ciertos casos, SSDF en colaboración con Secretaría de Salud federal, IMSS, ISSSTE, SEMARNAT, SNS, etc

Cuadro 3.5 Cronología de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Año	
1997	Descentralización y constitución de los Servicios de Salud del DF como Organismo

	público descentralizado
1999	Se crea la Secretaría de Salud del DF (SSDF)
2001	Creación de los programas: Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años
2002	Creación de programa "Prevención y Atención de la Violencia de Género"
2003	Ley de pensión alimentaria ciudadana en el DF. Formación de comisiones de salud por unidad territorial para diagnóstico participativo de la salud en zonas de alta marginación
2004	Creación del programa "Promoción de la Salud Escolar"
2005	Creación del Programa de Promoción Comunitaria de la Salud. Establecimiento del programa de Visitas Médicas Domiciliarias a Adultos Mayores

3.3 Las condiciones de operación de la SSDF

En forma operativa, la SSDF está dividida en 16 jurisdicciones sanitarias que coinciden territorialmente con las 16 delegaciones. En estas jurisdicciones tanto la infraestructura de atención a la salud como la población están distribuidas de forma heterogénea.

3.3.1 Infraestructura

En 1999, la infraestructura local que se entregó a la SSDF estaba conformada por 26 hospitales y 220 centros de salud, que habían sido parte de los servicios médicos del Distrito Federal, establecidos entre 1940 y 1960, para complementar los servicios ofrecidos por la secretaría federal, (SSDF, 2002).

El reflejo de la estructura demográfica y las condiciones de salud de épocas anteriores en su infraestructura es parte de los problemas que enfrenta la SSDF, pues no corresponde con las necesidades actuales. Los servicios médicos del DF fueron planeados antes de 1970, considerando los principales problemas de salud que enfrentaba la Ciudad de México: la elevada tasa de mortalidad infantil y la falta de atención a las víctimas de la violencia callejera y accidentes viales (Castañeda, 2005).

Por ejemplo, como se muestra en el cuadro 3. “Hospitales de la SSDF y fechas de creación”, 17 de los 26 hospitales entregados a la SSDF habían sido construidos antes de 1970, de los cuales, 10 estaban orientados a la atención infantil. Esto se debe a que en menos de diez años, en la ciudad de México se construyeron 12 hospitales infantiles, como parte de programas para atender la mortalidad infantil en el DF que representaba el 50% de la mortalidad general entre 1930 y 1960.

Esta situación se debe al abandono de los servicios públicos de salud del DF desde 1970, por parte de los gobiernos federal y local. Este reflejo histórico y la inercia financiera de la descentralización hacen que una ciudad que tiene el 56% de la mortalidad en el grupo de

65 años o más, y a las enfermedades crónico degenerativas como principales causas de muerte, tenga contratado un médico internista por cada 40 mil adultos y un pediatra por cada 3200 niños. (SSDF, 2002)

Por otra parte, la distribución geográfica de las instalaciones de la SSDF muestra los efectos de la falta de financiamiento en los ochenta y noventa, que impidió la construcción de nuevas unidades médicas conforme se fue incrementando la población en las diferentes delegaciones (figura 3.3). Como se puede apreciar en el mapa, la distribución de estas instalaciones muestra una mayor concentración en las zonas consideradas marginadas y periféricas de los años 70, y por ello, se observa un déficit en los servicios de salud en las zonas periféricas correspondientes al sur-oriente, sur y sur-poniente del DF, que crecieron durante los años ochenta y donde actualmente se concentra la mayor parte de población más marginada (Laurell, 2003).

Cuadro 3.6 Hospitales de la SSDF y fechas de creación

Hospitales Generales	Hospitales Pediátricos	Hospitales Materno Infantiles	Hospital de Especialidades
Dr. Rubén Leñero (1943)	Azcapotzalco (1958)	Inguarán (1963)	Dr. Belisario Domínguez (2005)
Xoco (1962)	Villa (1960)	Xochimilco (1964)	
Balbuena (1962)	Iztapalapa (1960)	Topilejo (1970)	
Villa (1963)	Tacubaya (1961)	Cuautepec (1970)	
Dr. Gregorio Salas (1969)	Moctezuma (1961)	Dr. Nicolás M. Cedillo (1971)	
Milpa Alta (1970)	Iztacalco (1962)	Tláhuac (1977)	
Ticomán (1979)	Peralvillo (1962)	Magdalena Contreras (1982)	
Iztapalapa (1988)	Coyoacán (1962)	Cuajimalpa (1993)	
Dr. Enrique Cabrera (2007)	Legaria (1963)		
	San Juan de Aragón (1964)		

Fuente: <http://www.salud.df.gob.mx/content/view/1081/70/>

La SSDF está a cargo de los niveles de atención primario y secundario dentro del DF. Como se ha mencionado, la SSDF no tiene las condiciones administrativas ni de infraestructura para proporcionar el nivel de atención terciaria, que actualmente se atiende por medio de convenios con los hospitales federales e institutos nacionales de la Secretaría de Salud federal así como con las instituciones de seguridad social, particularmente el IMSS (SSDF, 2006).

Para el nivel secundario, la SSDF cuenta actualmente con 28 hospitales generales que atienden las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-obstetricia, así como algunas subespecialidades relacionadas con la traumatología y la neonatología (SSDF, 2008, y Laurell, 2003). Los hospitales y su ubicación pueden verse en el cuadro 3.6 “Hospitales de SSDF” y en la figura 3.3 “Distribución de Hospitales y centros de salud en el DF”.

El nivel primario de atención de la SSDF está constituido por 210 centros de salud y 2 clínicas comunitarias en las que se ofrecen intervenciones básicas de medicina general que incluyen la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Un centro de salud comunitario es una unidad de servicios médicos dedicada al primer nivel de atención formada por uno o varios núcleos básicos de atención que consisten de médico, enfermera y trabajadora social.

La Secretaría de Salud del DF clasifica los centros de salud en tres tipos:

TI: Centro de salud que cuenta con un núcleo básico de médico, enfermera y trabajadora social

TII: Centro de salud con seis núcleos básicos y odontología

TIII: Centro de salud con seis núcleos básicos, odontología, rayos X y laboratorio.

Estos centros de salud son considerados “la puerta de entrada a la Secretaría de salud” para la atención individual y familiar que está asociada con las intervenciones médicas y

los programas sociales que forman parte del Modelo de Atención Ampliada de la Salud (MAS). Cabe mencionar que en dichos programas se incluyen los procesos de participación ciudadana (SSDF, 2002):

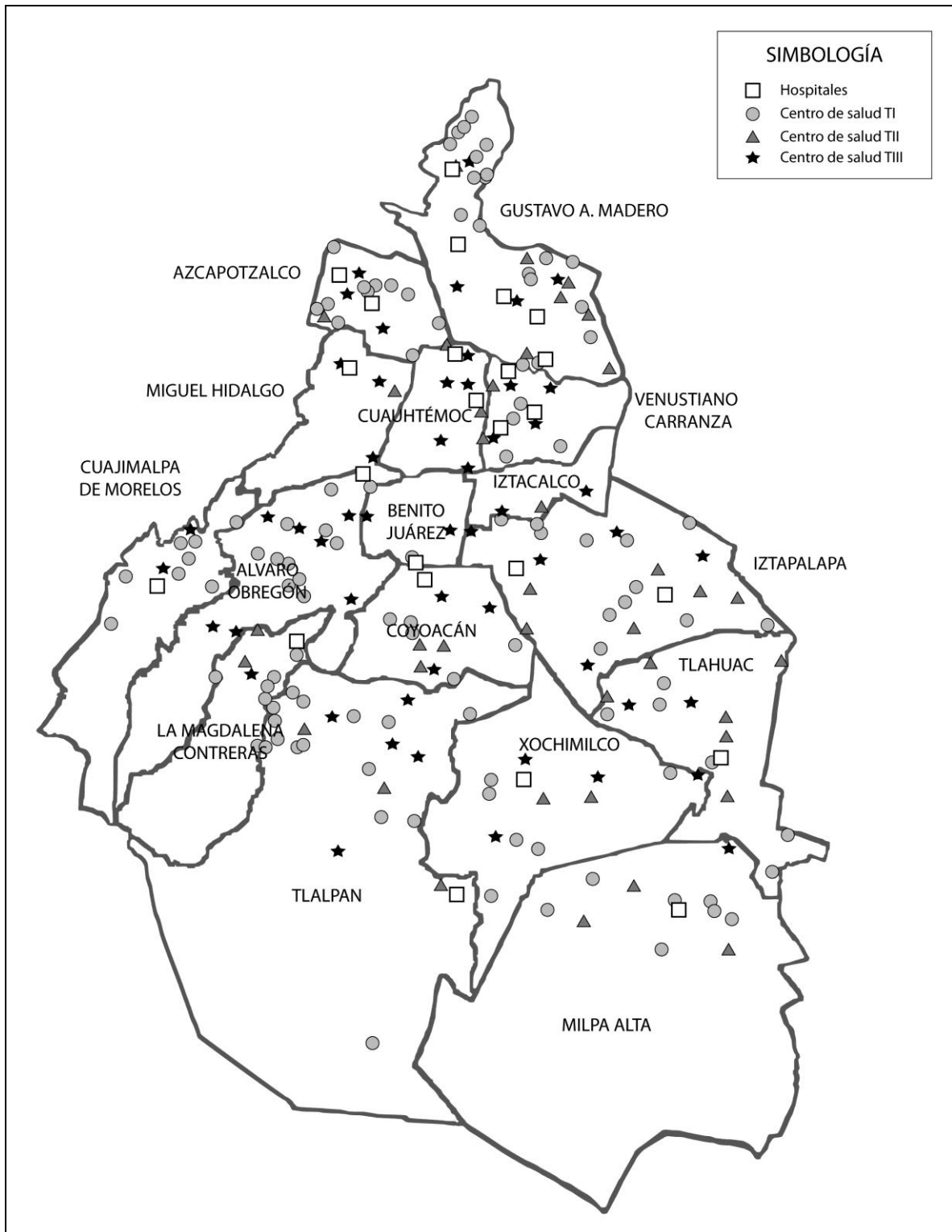
La regionalización, el ordenamiento de los servicios, el empadronamiento de los derechohabientes y su adscripción al centro de salud, facilitarán la organización de un sistema coherente de referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y los hospitales, que ofrecerá la atención integral, escalonada y continua...La base organizacional del MAS es, de esta manera, el espacio-población correspondiente a un centro de salud fortalecido que cuenta con una Brigada de Salud colectiva, responsable de las acciones de promoción de la salud y seguridad sanitaria, seis consultorios de atención médico-sanitaria abiertos en el turno matutino y vespertino así como laboratorio, rayos X y farmacia (SSDF, 2002: 41).

En el cuadro 3.7 se muestran los centros de salud comunitarios por tipo en cada una de las 16 jurisdicciones sanitarias del DF y su relación con el número de habitantes en cada delegación. La infraestructura insuficiente es evidente, especialmente si se consideran las jurisdicciones con una gran cantidad de población en los niveles de alta y muy alta marginación, como Iztapalapa.

Cuadro 3.7 Centros de Salud Comunitarios por tipo en cada jurisdicción sanitaria del DF

Delegación	TI	TII	TIII	Total	Población (2008)
A. OBREGÓN	7	1	8	16	712,650
AZCAPOTZALCO	11	1	5	17	415,530
BENITO JUÁREZ	2	--	2	4	363,073
COYOACÁN	5	2	5	12	653,595
CUAJIMALPA	9	--	2	11	165,741
CUAUHTÉMOC	--	--	6	6	506,797
G. A. MADERO	15	4	--	19	1,185,968
IZTACALCO	2	--	5	7	394,463
IZTAPALAPA	11	5	4	20	1,875,784
M. CONTRERAS	6	2	1	9	237,153
M. HIDALGO	--	--	5	5	351,800
MILPA ALTA	6	4	1	11	110,944
TLÁHUAC	4	6	2	13	357,478
TLAPAN	12	3	5	20	632,337
V. CARRANZA	5	5	4	14	430,942
XOCHIMILCO	6	2	4	12	421,439
TOTAL	101	35	59	195	8,815,694

Figura 3.3 Distribución de los hospitales y centros de salud comunitarios de la SSDF



3.3.2 La población

La población a la que se dirige la SSDF se puede clasificar en tres grupos de acuerdo al tipo de acciones y servicios de salud que pueden recibir. Como se muestra en el cuadro 3.8, estos tres grupos son:

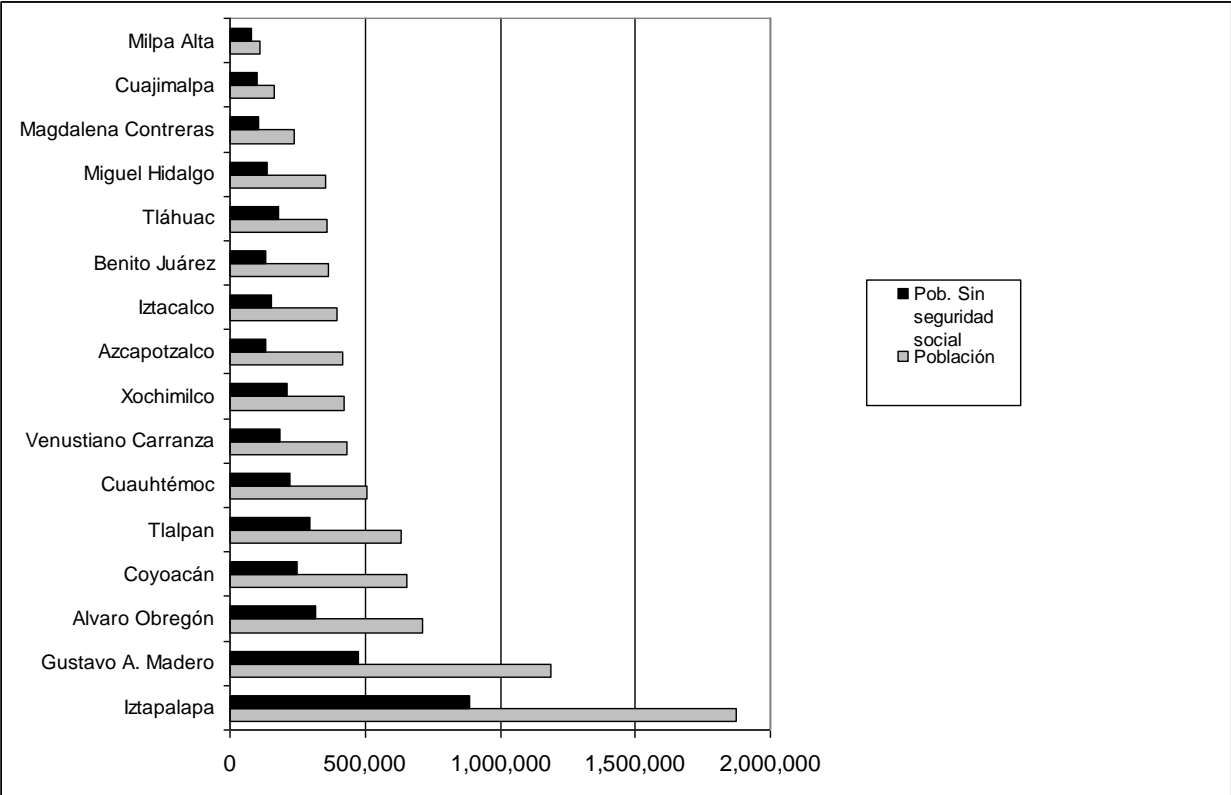
- a) Habitantes del DF sin seguridad social, que son potenciales usuarios de los servicios de atención médico-sanitaria ofrecidos por la SSDF.
- b) Habitantes del DF, a los que están dirigidas las acciones de seguridad sanitaria tales como promoción de la salud, regulación de productos y establecimientos, evaluación de riesgos, vigilancia epidemiológica y atención de urgencias. En esta categoría está incluido el grupo de habitantes sin seguridad social para efectos de seguridad sanitaria.
- c) Habitantes de los municipios conurbados DF-Estado de México, que se incluyen para efectos de vigilancia epidemiológica, vacunación y programas de salud a nivel federal. Esta población para 2007 alcanzaba los 10 millones de habitantes y representaba cerca del 20% de la atención en el nivel hospitalario de la SSDF.

Cuadro 3.8 Acciones de la SSDF y grupos poblacionales. En este cuadro se señalan los servicios que la SSDF ofrece a los grupos de habitantes que acuden a sus centros y hospitales.

GRUPO	PROMOCIÓN DE LA SALUD	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	FOMENTO Y REGULACIÓN SANITARIA	ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL.
Habitantes DF sin Seguridad Social	X	X	X	X
Habitantes DF con Seguridad Social	X	X	X	
Habitantes municipios conurbados	X	X		

En el DF se estima que el 42 % de la población no cuenta con seguridad social, observándose diferencias significativas entre jurisdicciones en relación a su acceso a servicios de salud. Por ejemplo, la población sin seguridad social en Milpa Alta representa el 62% de la población total, y en Azcapotzalco, la población sin seguridad social corresponde al 32% de la población total. Las diferencias entre estas dos jurisdicciones es aún más marcada en lo que se refiere a infraestructura: en Azcapotzalco se cuenta con 17 centros de salud para atender a la población, en contraste con los 11 centros de salud de Milpa Alta (Figura 3.4).

Figura 3.4 Relación entre población total y población sin seguridad social por delegación (SSDF, 2009).



Cuadro 3.9 Población total, población, sin seguridad social y población usuaria de los SSDF.

Delegación	Población total	Población sin seguridad social	Población usuaria de SSDF	Porcentaje de población sin seg. soc.	Porcentaje de población usuaria
Total	8,815,694	3,859,963	1,675,648	43.8	43.4
Azcapotzalco	415,530	130,296	79,728	31.4	61.2
Coyoacán	653,595	247,534	108,547	37.9	43.9
Cuajimalpa	165,741	100,107	33,609	60.4	33.6
Gustavo A. Madero	1,185,968	472,589	262,541	39.8	55.6
Iztacalco	394,463	155,352	72,039	39.4	46.4
Iztapalapa	1,875,784	885,647	262,589	47.2	29.6
Magdalena Contreras	237,153	107,411	38,642	45.3	36.0
Milpa Alta	110,944	81,503	39,117	73.5	48.0
Alvaro Obregón	712,650	316,895	94,792	44.5	29.9
Tláhuac	357,478	179,751	82,393	50.3	45.8
Tlalpan	632,337	294,035	105,296	46.5	35.8
Xochimilco	421,439	211,235	77,520	50.1	36.7
Benito Juárez	363,073	132,218	34,366	36.4	26.0
Cuauhtémoc	506,797	219,826	139,259	43.4	63.3
Miguel Hidalgo	351,800	139,556	96,357	39.7	69.0
Venustiano Carranza	430,942	186,008	148,853	43.2	80.0

En la figura 3.5 se muestra el incremento en el porcentaje de población usuaria que se ha observado en los servicios de salud del DF entre 2008 y 2010. El porcentaje de población usuaria se calcula en relación a la población sin seguridad social. En cierta medida, el incremento observado está asociado con el establecimiento del programa “Seguro Popular” en la Ciudad de México.

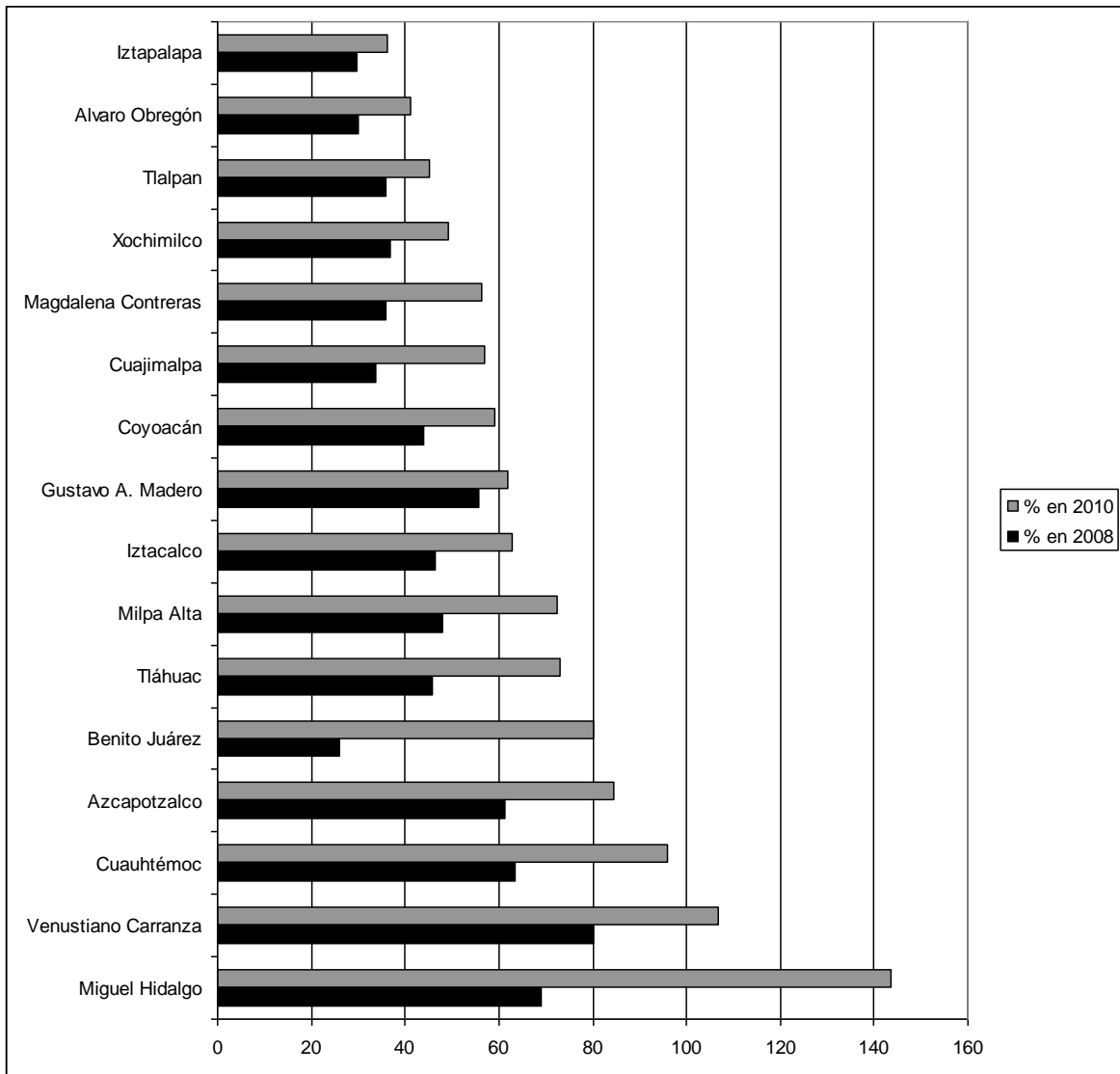
La distribución geográfica de los servicios de salud en el DF tiene como efecto que en algunas delegaciones el número de usuarios es muy cercana o rebasa al 100% de la población, como en el caso de las delegaciones Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza y Cuauhtémoc.

Llama la atención que en periodo mencionado el porcentaje de población usuaria de servicios del SSDF en la delegación Benito Juárez casi se triplicó, mientras en la delegación Iztapalapa este incremento apenas fue de 7 puntos porcentuales. Esta situación es más sorprendente si se consideran los niveles de marginación de su población entre estas dos jurisdicciones. Surgen varias preguntas ¿están alcanzando los programas de salud a la población que más los necesita?, ¿cómo afecta la distribución geográfica de las instalaciones el acceso a servicios de salud?, ¿cómo la participación ciudadana puede contribuir a resolver este tipo de situaciones?

La heterogeneidad en las condiciones de salud de los habitantes entre jurisdicciones puede observarse en las diferencias en las tasas de mortalidad de sus habitantes y en las causas de las mismas:

En Milpa Alta, el 17.1 por ciento del total de defunciones son resultado de enfermedades transmisibles, mientras que esta proporción disminuye a 11.0 por ciento en Benito Juárez. En contraste, esta delegación presenta los porcentajes más elevados de mortalidad por enfermedades no transmisibles (84.1 por ciento), mientras que Cuajimalpa y Milpa Alta registran la menor proporción por estas causas (71.2 por ciento). La proporción de muertes por lesiones varía del 11.7 por ciento del total de defunciones en Cuauhtémoc y Milpa Alta al 4.9 por ciento del total de las muertes en Benito Juárez. Es importante subrayar que hay una relación directa entre la frecuencia y gravedad de las enfermedades y las condiciones socioeconómicas de las delegaciones y de los distintos grupos (SSDF, 2002: 16).

Figura 3.5 Porcentaje de población usuaria por jurisdicción en 2008 y 2010.



3.3.3 El marco de la participación ciudadana en el sistema de salud del DF.

La heterogeneidad en las condiciones de salud entre las diferentes jurisdicciones de la Ciudad de México hace necesario el desarrollo de adecuaciones regionales y la implantación de acciones con base en las particularidades locales. Por lo anterior, la SSDF tiene una organización basada en la regionalización que permite dirigir las acciones

de salud considerando la cobertura de servicios, el nivel de marginación de la población, la proporción de población sin seguridad social y la tasa de crecimiento poblacional.

La regionalización permite una administración más eficiente de los recursos, favorece la gestión local integrando la participación ciudadana con efectos positivos en el funcionamiento de servicios (SSDF, 2003).

La Ley de participación ciudadana del DF establece que ésta contribuirá a la solución de problemas de interés general y al desarrollo de una cultura democrática, dos puntos de suma importancia para la hacer posible un proceso encaminado a la mejora de la gobernanza en el DF (GDF, 2010).

En esta ley se establece a los comités ciudadanos como órganos de representación, cuyas las funciones están relacionadas con la evaluación de programas, políticas y servicios, que además podrán proponer iniciativas y proyectos basadas en la organización local (Título V, capítulo II, Art. 93, de la Ley de participación ciudadana del DF).

La ley de salud del DF establece los objetivos particulares de la participación ciudadana en relación a la salud y en ella se definen los mecanismos para promover la intervención de la población en la definición, desarrollo y vigilancia de los programas de salud (GDF, 2009).

Los objetivos establecidos por ambas leyes para la participación ciudadana están estrechamente vinculados a la mejora de los servicios de salud y el incremento de la salud de la población.

En la ley de salud, se menciona en el Capítulo XVI, artículo 73, que el Gobierno desarrollará programas para promover la participación informada y permanente de las personas y las comunidades a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta, que contribuyan a proteger la salud o solucionar problemas de salud, e intervenir en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;

- II. Colaboración en la prevención y control de problemas ambientales vinculados a la salud;
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;
- IV. Colaboración en la prevención y control de problemas y riesgos sanitarios;
- V. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;
- VI. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;
- VII. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos;
- VIII. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y
- IX. Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud, de conformidad a las disposiciones aplicables.

Cabe mencionar que la participación ciudadana en el sistema de salud, de acuerdo a la ley, está vinculada con las actividades de promoción de la salud, estructurada en programas específicos dirigidos al beneficio de la comunidad para atender diversos aspectos como la nutrición, los problemas alimenticios, problemas ambientales y sus efectos nocivos en la salud, la salud ocupacional y el fomento sanitario. De acuerdo a la ley, las actividades más importantes relacionadas con la promoción de la salud requieren un impulso educativo, orientado al fomento de la salud entre los grupos de niños y jóvenes.

La participación ciudadana está vinculada con la organización de asambleas vecinales en las 1,325 unidades territoriales del DF, lo que da como resultado que la planeación y la ejecución de medidas estén basadas en la información obtenida y analizada dentro de

contextos definidos. Hay que señalar que en la organización del GDF, las asambleas vecinales, son la instancia máxima de decisión y ante ellas se presentan los programas sociales para su evaluación y vigilancia.

Los procesos de participación ciudadana así establecidos tienen como objetivos construir de forma continua acuerdos que incidan en las políticas de salud, además de promover una cultura ciudadana de la salud basada en el reconocimiento de los derechos sociales.

Esta organización hace que la SSDF tenga un papel fundamental dentro de los objetivos democratizadores del GDF, debido a que los servicios de salud representan una sólida fuente de información de las condiciones de vida de los ciudadanos que puede ser utilizada para la formulación de las políticas de otros sectores.

Esto es posible porque las prácticas de registro para la atención permiten la obtención de datos sobre los individuos en contextos definidos, que además quedan insertos en las redes de comunicación entre los diferentes niveles de sistema:

La Secretaría de Salud es la única institución del GDF que puede instrumentar los programas sociales, que incluyan a cientos de miles de personas, gracias a la extensa presencia territorial de los servicios de salud y su sólida estructura institucional. La Secretaría está a cargo de los programas de pensión ciudadana y de compensación a beneficiarios de la leche LICONSA, sustentados directamente en las educadoras para la salud (SSDF, 2002: 25)

3.4 Ciudadanos en el primer nivel de atención: La participación ciudadana en los centros de salud comunitarios del SSDF

La SSDF ha establecido procesos dos estrategias de participación ciudadana cuyos objetivos son la disminución de la desigualdad en el acceso a servicios, a través de los programas de gratuidad de servicios y medicamentos, y la promoción de una nueva cultura de la salud, mediante procesos de participación ciudadana.

Estas dos estrategias tratan de establecer un balance entre intervenciones instrumentales y participativas, con el objetivo de mejorar el servicio, en términos de eficiencia y equidad.

Si bien las acciones de ambas estrategias han sido establecidas desde el 2002, los efectos dentro de las prácticas de los centros de salud son resultados que se esperan a mediano y largo plazo.

En este apartado se presentan los resultados del estudio realizado en un pequeño conjunto de centros de salud TIII de la SSDF que tuvo como objetivo analizar la trayectoria que han seguido los procesos de participación ciudadana, considerando los actores involucrados, la creación de nuevas relaciones y la transferencia de poder. La percepción que los actores tienen sobre los procesos de participación y sus efectos en el funcionamiento cotidiano del servicio fue un aspecto considerado en este análisis.

El establecimiento de relaciones sociales es importante dentro de las prácticas asociadas con la participación ciudadana y por tal razón, en este trabajo se dirigió a la obtención de datos para entender cómo las personas se enteran de la existencia de los programas de salud, cómo se involucran en ellos, y la forma en que perciben los beneficios de la participación ciudadana en dichos programas.

Las prácticas cotidianas relacionadas con el establecimiento de procesos de participación se abordaron a través de una aproximación etnográfica, considerando al centro de salud

comunitario como el espacio de interacción de varios actores (Grimberg, 2005). Así, la observación de las prácticas cotidianas y la obtención de información recabada a través de entrevistas a usuarios, médicos, directivos y personal de salud dentro del espacio mencionado fueron los datos primarios para diferenciar a los actores involucrados y con ello, abordar la heterogeneidad que se presenta cotidianamente en relación con la participación ciudadana en el DF.

Los datos obtenidos a partir de la observación y las entrevistas se procesaron a través de la metodología llamada “análisis de redes socio-espaciales”, que trata de representar gráficamente las interacciones dentro de un espacio de intercambio, donde quedan definidas las condiciones específicas de un “ambiente informacional” o un “ambiente de interacción”, que en este caso es el centro de salud comunitario (Sligo, Massey y Lewis, 2003).

El análisis de redes socio-espaciales requiere describir los parámetros de los ambientes de interacción, considerando sus dimensiones formales e informales, así como establecer quiénes interactúan, cuándo y cómo lo hacen además de identificar el significado relativo que se le atribuye a cada interacción. Esto lleva a considerar tres dimensiones para cada interacción: significado, frecuencia y utilidad.

Los datos obtenidos se utilizan para hacer un análisis de las interacciones establecidas en el espacio estudiado, a partir del cual se establecen comparaciones con esquemas hipotéticos o modelados del estudio de otros espacios. Un punto importante que ofrece el análisis de redes socio-espaciales es la detección del traslape con otras redes de interacción, entre las que se encuentran las redes de intercambio de información, que están relacionadas con otros espacios.

El protocolo para el análisis de interacción socio-espacial tuvo las siguientes etapas:

- 1) Observación del ambiente físico

- 2) Observación de formas de organización, funcionamiento, identificación de agentes relevantes, percepción sobre asuntos de interés locales
- 3) Establecimiento de contacto de los informantes/participantes en la investigación y asignación de sus funciones
- 4) Aplicación de entrevistas semi-estructuradas
- 5) Elaboración de los cuadros y mapas de interacción de cada entrevistado
- 6) Elaboración de los mapas generales a partir de la información individual y comparación con hipótesis.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de esta aproximación metodológica en centros de salud de la SSDF.

3.4.1 Los espacios y los tiempos

Registro

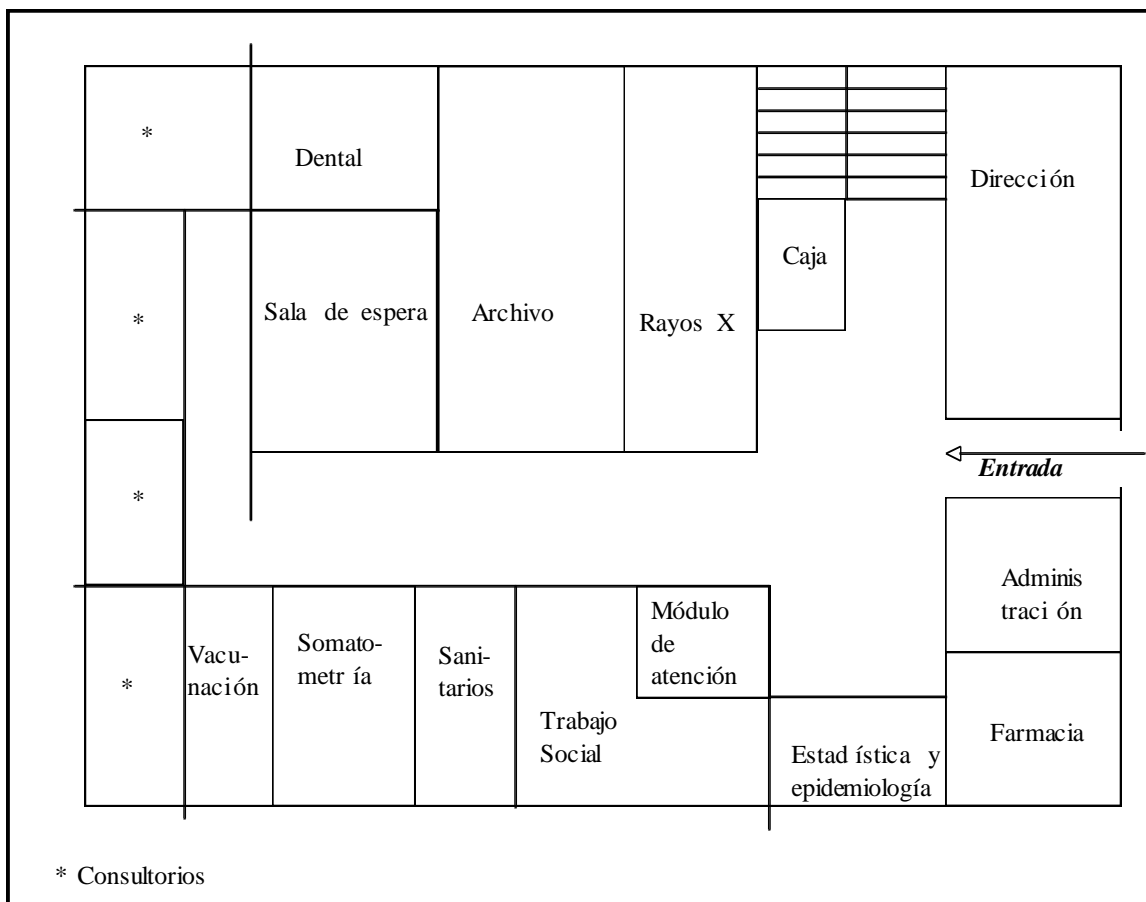
La primera vez que una persona acude a un centro de salud debe solicitar consulta en el módulo de atención que por lo general está ubicado a pocos pasos de la *entrada*, dependiendo de las instalaciones del centro, este *módulo de atención* puede confundirse momentáneamente con la puerta de la *dirección* o con la *administración*, pero rápidamente los uniformes característicos del personal de enfermería y trabajo social, así como la fila de personas, con documentos en la mano serán la indicación del lugar correcto. Otras filas pueden observarse: la que está frente al *archivo*, la que está frente al puesto de *vacunación*, y la que está frente a la *caja*. Muy temprano, también se encuentra la fila frente al *laboratorio* (Fig. 3.6).

Una vez que llega el turno en el módulo de atención, inicia la etapa de registro del usuario, en la que se solicitan los datos generales para la elaboración del carnet, así como información general para el estudio socioeconómico. Estos datos son la base para

establecer la primera clasificación de las personas que acuden al centro: paciente exento o no exento del pago de servicios.

Esta clasificación responde a los objetivos del “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos” (PSMMG) dirigido a las familias no-aseguradas residentes en el DF. Para ser incluido en este programa, se debe comprobar la residencia en el DF y que no se recibe la seguridad social. Al quedar inscritas en el padrón, las familias se convierten en derecho-habientes de la SSDF. Cabe mencionar que gran parte de las personas que acuden a los Centros de Salud del DF tienen características que los hacen elegibles para este y otros programas.

Figura 3.6. Croquis de la distribución de espacios en un centro de salud comunitario.



El registro de los datos socioeconómicos de todos los usuarios que acuden al centro de salud es un punto fundamental para establecer una red de información detallada sobre las condiciones de vida locales así como de los factores asociados a las mismas, y hace del centro de salud uno de los espacios más próximos entre la institución y el público dentro del DF.

Cabe mencionar que por su función, el centro de salud es un espacio al que acuden personas que debido a su condición social son muy difíciles de alcanzar mediante otros sistemas de registro, como los escolares o laborales. Por esta razón, los centros de salud constituyen una importante fuente de información de las condiciones de vida de infantes, amas de casa, trabajadores informales o adultos mayores.

Dependiendo de la demanda, la espera para ingresar al módulo de atención puede ser entre 10 y 40 minutos; en promedio, el registro se lleva a cabo en unos 15 minutos. El registro también permite identificar a los usuarios que por algún motivo acuden por única vez al servicio en ese centro, y con ello, establecer la conveniencia de abrir un expediente o simplemente un registro de servicio. Al término de la consulta se tienen los datos socioeconómicos y los datos somatométricos, de diagnóstico y tratamiento, tanto en los expedientes individuales como en los formatos estadísticos, que al final del día se integran en los formatos generales del centro. En estos registros se van documentando dos historias, la historia clínica individual y la historia de las condiciones de salud de la comunidad para ese día.

Espera

Después del registro, a la persona se le entrega la ficha y un recibo que debe mostrarse en la caja. Este recibo corresponde al pago por el servicio solicitado o en su caso, al comprobante de exención de pago. Una vez que el recibo ha sido sellado, se pasa a

consulta, o más bien a la sala de espera, donde una enfermera indicará el momento para recibir atención.

En general, la sala de espera está muy cerca del área de consultorios, de forma que puede apreciarse la entrada y salida de médicos, pacientes y enfermeras, mientras llega el turno.

En esta sala, además de las personas que acuden por primera vez, están quienes son usuarios previamente registrados, a los cuales se les ha asignado cita y que han obtenido ficha al mostrar su carnet en el área de archivo. Desde el archivo, una vez asignada la consulta, se envía a los médicos el expediente clínico del paciente.

Durante la espera, las enfermeras toman los datos somatométricos de cada uno de los asistentes a consulta, mismos que son anotados sistemáticamente en los formatos de estadística y en los documentos que se incorporan al expediente personal.

Mientras permanecen en la sala de espera, los usuarios pueden observar la información que se encuentra en una serie de carteles impresos por la SSDF, que en general hablan de programas sociales, derechos de los pacientes y los procedimientos para hacer uso de los servicios del centro. En este espacio también se encuentran periódicos murales elaborados por las trabajadoras sociales y el personal de enfermería, como parte de sus actividades de promoción de la salud.

En ocasiones, aprovechando la espera, alguien del personal de salud puede solicitar al usuario datos para las encuestas de calidad de atención y servicio, o bien, puede ofrecer una presentación corta sobre algún padecimiento y las medidas de prevención del mismo. La lectura y las charlas cortas con los acompañantes y con otros usuarios suelen ser los medios más comunes para pasar el tiempo de espera.

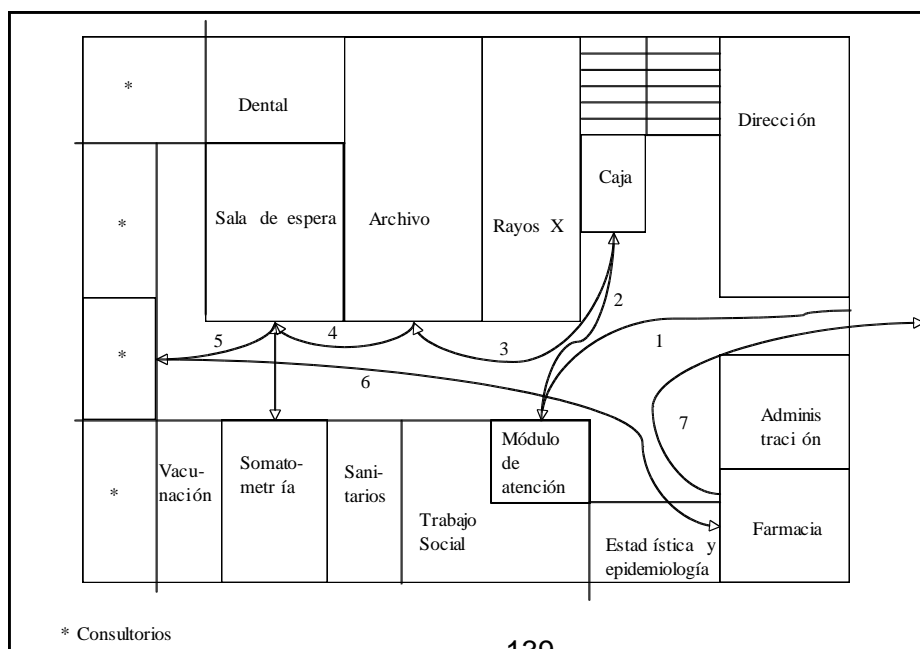
Las consultas duran entre 15 y 25 minutos y consisten básicamente de un intercambio de preguntas del médico y respuestas del paciente acerca de síntomas y posibles causas de los mismos. La exploración física y la medición de algunos parámetros de diagnóstico

están incluidas dentro del tiempo promedio de consulta. Cuando se trata de personas que acuden por primera vez a consulta, las preguntas se amplían a los antecedentes personales, tanto de enfermedades como de tratamientos, incluyendo los lugares donde se ha recibido atención previa.

Los consultorios médicos cuentan con un escritorio, sillas y mesa de exploración, así como algunos materiales e instrumentos para realizar el diagnóstico de padecimientos comunes. Las curaciones o intervenciones básicas que requieren más material se realizan en espacios dedicados a este fin, atendidos por el personal de enfermería.

En el consultorio, el médico registra los datos de la consulta y da al usuario las indicaciones del tratamiento y la receta correspondiente. En su caso, solicita a la enfermera que asigne una cita próxima para el paciente, y le entrega el expediente para que realice el registro de los datos en los formatos estadísticos del consultorio. Los medicamentos que forman parte del tratamiento se entregan en la farmacia, cuando se trata de un derecho-habiente de la SSDF. En la figura 3.7 se muestra la trayectoria que sigue un usuario la primera vez que acude al centro de salud.

Figura 3.7 Recorridos de los usuarios en los centros de salud comunitarios.



En la figura 3.7 se puede observar que varios espacios destinados a la atención del usuario están vinculados con procesos sistemáticos de registro.

Sin embargo, ¿dónde está el espacio de la participación?, ¿en qué momento se construyen las condiciones de intervención, la consolidación de comités y la generación de diagnósticos y acuerdos? Al menos, en los centros incluidos en este estudio, estos espacios no están asignados formalmente dentro de las instalaciones.

3.4.2 Las prácticas y relaciones

En la práctica, tampoco es evidente el sitio que ocupa la participación. Un objetivo común, la atención médica dentro de la consulta, deja en un sitio casi invisible a otras actividades que se desarrollan en el centro de salud como son la promoción de la salud y la intervención ciudadana. Así, a primera vista, parece que el personal de salud con su trato amable únicamente busca cumplir su servicio de la mejor forma y en el menor tiempo posible. Por su parte, los usuarios acuden con el fin de recibir atención y ver resuelto su problema, para irse pronto y esperando no tener regresar en un largo periodo, sin tener tiempo suficiente para prestar atención a otras actividades, incluso aquellas que están directamente relacionadas con su salud.

Considerando estas prácticas surgen varias preguntas: ¿qué posibilidades de éxito tienen los procesos de participación en estos espacios?, ¿quién, cómo y cuándo puede participar?, ¿cómo se pueden promover acciones que generen espacios para discutir los problemas locales de salud, tomando en cuenta las interacciones que se establecen en los servicios de salud?

Antes de responder estas preguntas se presentarán algunos aspectos importantes de las prácticas.

Primer contacto

La mayoría de los usuarios que acuden a los centros de salud donde trabaja Beatriz viven a unas 15 o veinte cuadras, a diferencia de ella que invierte casi dos horas para llegar antes de las ocho de la mañana todos los días.

Beatriz con otras trabajadoras sociales, enfermeras y personal administrativo y de intendencia está encargada de preparar todo lo necesario para dar atención diariamente a un promedio de 60 usuarios de la SSDF:

BEATRIZ- Yo vivo en Ecatepec. Llegamos antes de abrir el centro de salud porque tenemos que revisar que estén todos los formatos de registro y ponernos de acuerdo de qué nos toca hacer ese día... más o menos nos vamos rotando las actividades pero a todas nos toca un poco de cada cosa: promoción estadística, expediente, archivo, adulto mayor, calle, etcétera. Nos tenemos que ir apurando porque ya ves, en un ratito ya tienes una cola de diez que te presionan (risa) y pues sí, ya tienen apuro porque quieren entrar y salir rápido. Si por ellos fuera, ni el nombre daban y les gustaría entrar directo con los doctores, pero ¡no!, primero pasan por acá con nosotras (risa) para que los anotemos y ya.

LLR- ¿Y no te preguntan para qué los anotan?

BEATRIZ- Pues casi no, te digo, no importa. Bueno, sí saben muchos que tienen que inscribirse para la gratuidad y lo de despensa, pero pues cuando ya vienen con la credencial, pues ya ni se acuerdan. Pero pues nosotras sí tenemos que estar pendientes porque son los datos de los reportes... sí, los reportes de la dirección, para ver las consultas diarias, el control de medicamentos y pues lo de estadística de calidad” (260905²⁵, Trabajadora social, 26 años)

²⁵ Con fines de confidencialidad, los nombres han sido cambiados y las entrevistas tienen una clave que consiste en el número de entrevista y la clave del centro de salud.

Figura 3.6 Área de registro de un centro de salud. Los usuarios que acuden por primera vez proporcionan sus datos en esta oficina, donde se les abre un expediente, un proceso que se puede llevar bastante tiempo.



En las dos primeras horas de servicio se alcanza el máximo de actividad en el centro de salud. Aunque en algunos centros se han establecido sistemas para hacer cita vía telefónica, muchos usuarios prefieren llegar directamente y formarse temprano por las fichas, a pesar de que el horario de atención del centro es de 8 a 12 en el horario matutino y de 14 a 17 en el horario vespertino, en los centros que cuentan con el mismo

Un directivo de un centro de salud señala a este respecto:

Esto de las filas para las fichas y la saturación de las mañanas es de las herencias que nos dejó la organización de antes... La gente se acostumbró que por años, si no llegaba

temprano, no alcanzaba ficha y no lo atendían. Hasta había veces que estaban formados desde la madrugada, para alcanzar las primeras fichas y entrar más rápido. Ahora es distinto, pero como que todavía nadie cree que puede llegar uno o dos días antes y solicitar una consulta programada ... y bueno, así no tiene que llegar tan temprano, sólo 15 minutos antes para confirmar en archivo... (150905, Médico, 52 años)

Figura 3.7 Aspecto de la sala de espera. Se observan los anuncios de programas y avisos de campañas de promoción de la salud.



Los horarios de atención están indicados en las puertas principales de acceso a los centros de salud; sin embargo, los procedimientos para solicitud de registro y consulta son aprendidos conforme se presentan las necesidades, y muchas veces a través de otros usuarios. Un ejemplo es esta conversación frente al laboratorio de rayos X:

U1- ¿Y dónde puedo sacarme los análisis de sangre?

U2- Mire, primero tiene que ir allá, en atención para que le den el comprobante, y de ahí

vaya arriba para que le digan cuando venir y a que horas. Venga temprano, porque es en ayunas y después de las 10 ya no dan ficha de laboratorio” (451207, usuarios no identificados)

Figura 3.8. La información para el uso de servicios se encuentra en diferentes avisos, pero con frecuencia los usuarios prefieren consultar a otras personas, incluido el personal de vigilancia.



3.4.3 La consulta

La consulta o atención directa por parte del médico es la actividad central del funcionamiento del centro de salud. Otras actividades tanto en el interior como en el exterior de sus instalaciones son percibidas en general como un complemento, siempre subordinado al breve encuentro entre el médico y el paciente.

Vengo aquí a consulta porque estoy enferma de hipertensión, diabetes y tengo el colesterol... vivo aquí en la otra calle, el servicio es muy bueno, para mí que tengo años viniendo... unos 7 años.. la Dra es buena persona, me trata bien, no tengo quejas de ningún tipo. En lo que cabe mi medicina, bien, a las pláticas no he venido, pero podría venir, me gustaría para saber de mi enfermedad, pero luego estoy mala o no sé... a veces van para allá las muchachas enfermeras y le dicen a uno de las cosas, (310905, Usuaría, 77 años)

Tanto los usuarios como el personal de salud consideran a los médicos como el elemento esencial de la calidad en el centro de salud: un centro construye su imagen a partir del desempeño de "sus doctores".

Entre el público, uno de los motivos para acudir a un centro es la presencia de "*muy buenos doctores*", de acuerdo a la experiencia, propia o de algún conocido. Cuando hay buenos médicos, vale la pena esperar e incluso cambiar de institución:

No hay que perder la cita, uno debe estar conciente, ellos nos dan la fecha en la que pueden atender, hay que venir para cuidarse, ... yo creo que está mejor atendido aquí que ni en el ISSSTE... yo tengo un sobrinito, que empezó con un dolor, que del estómago, lo tuvieron internado, ... y que nada, que tenía que pasar son su pediatra porque no lo podían seguir atendiendo... mi sobrina trabaja en el sindicato de salud, y un compañero le dijo: ¿por qué no lo llevas al hospital infantil?, que porque allá □en el ISSSTE□ le dijeron que tenía principios de leucemia. Mi sobrina estaba inconsolable, pero mire, acá en el hospital infantil le hicieron análisis y salió bien en todo, que cuál leucemia, no, pues era una bacteria que lo estaba molestando, y que empezó en la garganta, y se le había ido a más, pero ya lo controlaron y ahora están viendo si tiene algo de alergia, pero ya está bien ese muchacho (330916, usuaria, 79 años).

Figura 3.9 La relación de los médicos y los usuarios regulares depende en gran medida de la disposición del médico para proporcionar información de forma clara y accesible. Este es un punto fundamental para el desarrollo de una relación basada en la confianza.



¿Por qué un doctor o doctora es considerado “muy bueno”? La amabilidad y disposición para explicar los diagnósticos y tratamientos, son puntos que tienen gran relevancia y que son constantemente mencionados; sin embargo, lo más apreciado es la capacidad profesional para hacer el diagnóstico adecuado y establecer la línea de actuación con claridad, especialmente en el seguimiento del caso, lo que incluye estudios de diagnóstico especializado (análisis de laboratorio y rayos X) así como la canalización a otros niveles de atención:

bueno venía antes de mi embarazo, pero dejé de venir y desde hace 9 meses vengo cada vez... pues sí, muy bien, muy buena la atención, en los lados a los que me han mandado, bueno análisis, muy rápidos, amables... venimos de cerca, es el centro que nos queda más cerca además el Dr. que tengo es muy bueno, y nos va a mandar al hospital de la mujer , y nos queda a cinco minutos en micro, 10 a lo mucho... sí, yo sí, después del hospital aquí voy a atender a mi bebé, ya les confío” (2705, 21 años,)

En la consulta, los usuarios perciben una interacción personal que está ausente en otros momentos, pues según sus declaraciones, son los médicos quienes escuchan y responden directamente a los usuarios sobre los aspectos individuales que motivan su presencia en el centro de salud:

De primera, sé que me tengo que levantar temprano para poder alcanzar una ficha, ya que llegó aquí □sala de espera□, el servicio es más rápido, te pesan, te toman la presión, te preguntan si van a hacer el papanicolau, y ya pues tu les dices sí, sí o no luego te pasas al consultorio y cuando vas con la Doctora ella sí te pregunta que es lo que pasa, te hace una revisión, te pregunta cómo te has sentido, cómo vas con los medicamentos, te da tu receta y ya es todo. Más o menos eso es media mañana. Por ejemplo luego a veces, le tengo preguntas y ella me las responde, ¿no?, por ejemplo hace poco una intervención en el hospital general y pues sí, me operaron y me dijeron todo, pero nada más escuchaba y ya aquí le pregunté a la Dra qué era lo que me habían dicho, se lo repetí, pues, porque no, no había entendido nada, y bueno, estaba raro, “embarazo anembrionario”, pero nunca me dijeron “bueno, mira, lo que pasó fue esto e hicimos esto”. En cambio ella me dijo lo que era, que es que la placenta se forma pero no hay producto, y uno tiene todos los síntomas de un embarazo. Sí, así es, así de raro y pues así de rara me había quedado en el hospital, no sabía, así cuando vine, pues la doctora me explicó... y pues ya me fui más tranquila, dije, bueno, pues ya ni modo (041216, usuaria, 29 años).

Figura 3.10 El grado de satisfacción del usuario en consulta está directamente relacionado con la capacidad del médico en proporcionar un diagnóstico adecuado y orientación para el proceso de seguimiento, que incluye tanto el tratamiento, como la guía para buscar atención en diversas instituciones.



En su trato directo con los médicos, gran parte de los usuarios percibe “*el trato humano*” y la “*atención profesional y amable*”, así como “*conocimiento de la persona y su caso completo*”, que subrayan como esenciales en los programas de la SSDF.

En la etapa de observación de este trabajo fue posible advertir que el personal de enfermería tiene también interacción cercana con los usuarios, llegando incluso a identificar a algunos por su nombre y estableciendo charlas cortas acerca de aspectos de la vida cotidiana de ambas partes. Esto no es extraño si consideramos que las enfermeras realizan diversas actividades relacionadas con el registro y manejo de expedientes, en las áreas de consultorios:

Pues con el tiempo, a algunos de los pacientes los tengo ubicados, pues a veces porque ellos mismos me comentan lo que les dice el doctor, y pues, como son de la zona, nos encontramos, a veces en la calle, o acá mismo, en los pasillos... y ahí me cuentan cómo van, qué tal se sienten. (120916, Enfermera, 43 años)

Figura 3.11 El personal de enfermería es fundamental en el registro, consulta y seguimiento.



Sin embargo, los entrevistados hacen muy pocas referencias a su trato con las enfermeras, y en este caso, siempre se trata de indicaciones relacionadas con su papel como personal de apoyo:

Pues con la diabetes ya vengo más, pero no, no me acostumbro, pero si no vengo luego ellas □las enfermeras□ van a verme que me pasa. ¿Con las enfermeras? sí, pues sí, me llevo bien, luego hasta les dejo recado, para que le digan al doctor, por ejemplo si no puedo venir o pues preguntarle algo que se me olvidó... pero yo más bien veo al doctor” (120905, usuario, 52 años)

Al comparar entre los servicios públicos y los privados, un elemento común entre los usuarios entrevistados fue considerar que los médicos en los centros de salud de la SSDF, son muy buenos, incluso mejores:

Pues un tiempo iba a un hospital privado, acá a la vuelta. Pero tuve un problema con esta niña, nada, nada servía, como que no le daban los doctores... la vieron varios... y al final, vine para acá, y la doctora vió que era un virus y rápido nos mandó a tratamiento y a la atención en el □hospital□ infantil de Peralvillo... llegamos y la sala, no te imaginas, ¡parece salón de escuela de tanto niño!... pero ahí esperamos y mira, así de rápido que mejora... y a la primera la Doctora sí supo, como que es la práctica, ¿no? Bueno, por eso vengo acá, porque sí saben y te envían al hospital... pero en realidad, no con regularidad, sólo vengo cuando las niñas se enferman (440912, usuaria, 32 años)

Más allá de la gratuidad del servicio, la principal diferencia que nota el público entre la atención privada y la pública es el tiempo de espera, como añade la entrevistada de la cita anterior:

Lo que me gusta del hospital de a la vuelta, no, pues que llega uno y paga, y así como pagas te dicen “*pase con el doctor*”, y uno le pasa, te pesan y te atienden, o raro, a la mejor te dicen “*siéntese un momento, por favor*”, pero, así como vas llegando ¿qué te tardas? ¡Nada! rápido, te habla el Dr. le dices que sientes, te revisa, te dice que tienes, te dan medicamento, y ya. Pronto que te revisan. Y te revisan todo: los oídos, la garganta, el corazón. ¿Cuánto? ¿diez minutos, quince minutos? En cambio, aquí llegas, te formas, te pasan, aquí pagas. Te esperas un rato. Te pesan... Te esperas otro rato ... y luego hasta medio groseros. Sí me ha tocado, ni los doctores, las enfermeras luego te dicen cosas, las enfermeras, el doctor ni sale. (440912)

Figura 3.12 Los tiempos de espera prolongados son un contraste con los pocos minutos que suele durar una consulta.



3.4.4 La evaluación institucional de la calidad

En el vestíbulo de los Centros de Salud del SSDF se pueden observar los informes bimestrales con los indicadores de calidad (INDICA).

Estos informes se elaboran con la información obtenida mediante la aplicación de cuestionarios a los usuarios. Parte de estos cuestionarios se aplican por el personal del centro de salud, y otra parte, por los ciudadanos que participan en el comité de salud. Los resultados obtenidos por separado por cada una de estas partes, se presentan con fines comparativos en los informes, mostrando las coincidencias y discrepancias en las diferentes respuestas.

El papel central otorgado a la consulta como parte de los servicios de salud, también puede observarse en las preguntas que sirven de base para estos informes orientados a la evaluación de los servicios, en particular relación con aspectos referidos genéricamente como “Grado de satisfacción”. En el formato de recolección de datos, distribuido por la SSDF en todos los centros de salud, aparecen estas preguntas:

1. ¿Es usted usuario o acompañante?
2. ¿Cuánto tiempo esperó por la consulta?
3. ¿El médico le proporcionó toda la información solicitada?
4. ¿Ha sido adecuado el tratamiento?
5. ¿Recibió un trato adecuado?

Como puede observarse, esta evaluación está dirigida a la consulta, sin incluir actividades orientadas a la promoción de la salud o la relación con programas sociales.

Si bien no es posible observar cambios profundos en relación con la consulta, al menos, con respecto a la evaluación de la misma se ha introducido algunas medidas que permiten la intervención de un grupo de usuarios, integrado en el comité de salud, lo que sirve como un elemento de regulación valorativa y como un complemento de la evaluación técnica del funcionamiento de los servicios proporcionados. Algunos aspectos relacionados con esta evaluación y la organización del comité se presentan más adelante, en la sección 3.5 (*Reflexiones en torno al proceso de participación ciudadana en el SSDF*).

Figura 3.13



Cabe añadir que el papel central de la consulta hace que otras actividades no se perciban, o que incluso, sean consideradas por los usuarios como un simple relleno burocrático, que permanece prácticamente invisible, excepto cuando se presenta algún problema. Esta percepción puede generar conflictos, e incluso tiene como resultado el abandono del servicio por parte del usuario:

Para hablar con la gerente, o cómo se le dice, a la que dirige el centro, la, directora, sí, pues para hablar con ella tuve que entrar casi a la fuerza, para decirle de la situación de mi hija, *“mire es madre soltera, tiene dos niños, no puede estar a la vuelta y vuelta, le pedían papeles, que faltaba que le hicieran el estudio de la gratuidad, que tenían que hacerle visitas para comprobar que sí, que acá vive, que es del DF...lo mal que está la atención”*... Habíamos dejado de venir, porque a mi hija la traían a la vuelta y a la vuelta, que en la mañana en la tarde, y no iban... pues nunca se la dieron la cita, ni la visitaron, nunca le hicieron los estudios, ni los análisis, así está la “situation”. Hasta ahora que venimos pero a consulta dental, pues ahí paga uno y directo va con la dentista y ella da la cita, más fácil (310916, usuaria, 75 años)

Llama la atención que en las entrevistas realizadas, las situaciones problemáticas referidas por los usuarios sólo involucran al público y a personal de enfermería, administración y especialmente de trabajo social. Los médicos no forman parte de estos conflictos:

yo vengo al doctor, me dan mi medicina, todo bien, lo que aquí no está tan bien, es acá en la oficina, luego... la trabajadora de aquí □ módulo de trabajo social□, me cancelaron mi tarjeta dos veces, porque no me encontraron en mi casa, y fui a quejarme y la cosa que yo fui hasta allá, me dijeron que saben que yo vivo en el estado de México, pero es mentira, yo tengo años si todas las personas de acá me conocen, mis vecinos, las enfermeras, y pero allá me dijeron que en un mes venía la trabajadora social a entrevistarme, a ver, es que yo sin la tarjeta no puedo comprarme medicinas y pues me perjudica un mes... todo lo demás está bien, los médicos la enfermeras me conocen, son amables, pero ese personal no embona, no todos sólo en el módulo (210509, usuaria, 81 años,).

A partir de las entrevistas obtenidas, tanto de usuarios como personal de salud, puede decirse que un servicio excelente, es decir, aquel que puede generar el más alto grado de satisfacción para el usuario, requiere que el tiempo de espera sea un mínimo razonable, que se establezca el diagnóstico y el tratamiento de forma eficiente, y que haya un abasto adecuado de medicamentos para que estos sean proporcionados oportunamente. Estos parámetros no incluyen aspectos relacionados con los procesos de participación ciudadana, expectativas de intervención, toma de decisiones o vigilancia financiera. Los usuarios se perciben más como beneficiarios que como ciudadanos, lo que no resulta extraño en una institución que los incorpora como pacientes.

Figura 3.14 Los problemas de abastecimiento de medicamentos son señalados con frecuencia como indicador de mala calidad del servicio.



3.4.5 La promoción de la salud

La promoción de la salud es identificada como una de las actividades relacionadas directamente con el público, a la cual se le asigna gran importancia por su impacto en la conservación de la salud, según expresó la mayor parte de los entrevistados.

La percepción general es que la promoción de la salud es un complemento de la atención médica, y que consiste en hacer accesible la información para el cuidado de la salud, los tratamientos para ciertas enfermedades, así como los detalles sobre las enfermedades en términos de síntomas y efectos corporales.

En las paredes de los centros de salud se observan diferentes elementos que proporcionan información variada sobre padecimientos, hábitos saludables así como servicios especiales disponibles en el centro, por ejemplo, procedimientos gratuitos de detección de tuberculosis o SIDA. Estos elementos son por lo general, carteles o letreros que, dependiendo de los recursos disponibles, pueden ser hechos manualmente, utilizando recortes de revistas o elaborados por computadora por el personal de trabajo social con el apoyo de los médicos del centro.

Figura 3.15 Las campañas de salud permanentes están presentes de diferentes maneras dentro de los espacios de salud. Una de ellas son los carteles promocionales oficiales.



Una usuaria comenta (ver figura 3.16):

“Veo los carteles de promoción para diagnóstico de tuberculosis, fig. 4.12 sí te crean una conciencia, ¿cómo no vas a pensar que es malo una tos de tres meses?, aunque a veces te da miedo ¿qué tal si salgo mal?, no, si por eso le pienso y pero digo “hay que hacérselo”... otra información también te sirve para hacer conciencia, por ejemplo tienen todo esto del no fumar, de los pulmones, y uno lo ve y tiene que pensar, yo al menos ya me alejo cuando están fumando, aunque no fumes también hace daño. Se me hace bien, porque depende de uno. Y bueno, esos análisis como el de SIDA, pues sí te da miedo, a mí me lo hicieron cuando estaba embarazada, para ver si... bueno, porque una mamá puede contagiar a su hijo por ser, este, este... sí, por ser portadora” (041216, usuaria, 29 años).

Figura 3.16. La promoción de la salud fuera de las campañas oficiales, se hace con recursos y la creatividad del personal de trabajo social, muchas veces como trabajo asociado a las actividades escolares de quienes realizan su servicio social.



Si bien los usuarios identifican este tipo de elementos como parte de la labor de promoción de la salud, señalan que su fuente principal de información para esta actividad son los medios de comunicación, principalmente la TV. Los medios impresos como las revistas para el hogar y las revistas de salud también son consideradas importantes. La orientación sobre lugares para recibir atención o tratamientos específicos por lo común se recibe a través de los vecinos y familiares. Entre la población menor de 40 años, señala al internet como una fuente importante para encontrar información. Algunas personas

señalan algunos boletines y folletos del IMSS, pero muy pocos se refieren a los materiales impresos por la Secretaría de Salud, lo que puede explicarse porque se agotan pronto y no se reemplazan continuamente.

Figura 3.17 Las actividades de promoción de la salud con frecuencia están desarticuladas, sin seguir un programa claro y pensadas más bien en función de las actividades de los estudiantes de servicio social que en los intereses o necesidades de los usuarios.



Las fuentes de información de salud que tienen menos referencias son las pláticas del centro de salud, que se escuchan mientras llega el turno de consulta, y en algunos casos se hace alusión a pláticas en espacios escolares o laborales. En el cuadro se muestran algunos de estos medios en orden descendiente de importancia de acuerdo a las respuestas de los usuarios.

Cuadro 3.10

Fuente de información sobre salud	Ejemplo
Programas de televisión	Diálogos en confianza Línea de la salud (Lolita Ayala)
Revistas para el hogar	Nueva
Revistas de salud	Saludable
Charlas informativas por personal de salud Talleres	Actividades que se realizan en el centro de salud, centros culturales, espacios escolares y laborales.
Internet	Páginas electrónicas informativas Foros de pacientes

Los entrevistados establecieron asociaciones entre “*promoción de la salud*” con “*responsabilidad de la propia salud*”, “*información de manejo de enfermos o enfermedades*”, “*cambio de hábitos*” y “*estar informado de lo que enferma*”.

Si bien las asociaciones mencionadas se encuentran indistintamente entre usuarios y personal de salud, es importante señalar que la asociación con términos como “*cultura de la salud*” y “*prevención*” sólo se manifestó entre algunos miembros del personal de salud, particularmente entre los directivos y el personal de enfermería y trabajo social.

LLR- ¿Y muchas personas sólo acuden al centro de salud cuando se enferman?

- Pues cada vez menos que antes...La intención ahorita es que no sea así, sino que sea la atención integral, porque venir nada más cuando me siento mal, pues realmente no es una buena cultura de salud. Porque al contrario, debo de seguir todo un cuidado de mi salud, donde una parte me toca a mí, y otra a la institución, para que no me enferme. Algunas acciones se están escuchando ahora, como en el caso de las cartillas nacionales y las acciones integradas, ambas cosas lo que pretenden es dar una atención integral, para no atenderle de lo que ahorita le duele, sino de lo que pudiera afectar su salud, para tener

más control, en acciones preventivas, sobre todo en hábitos y costumbres, donde además se da información a los pacientes de los riesgos de enfermarse por su sexo y por su edad, donde dice, si eres por ejemplo, una mujer entre este y este rango de edad, conviene que hagas esto, esto y esto, que son parte de las acciones preventivas, como vacunas, orientación para el ejercicio, para los hábitos de alimentación. Todo para prevenir (463912).

La promoción de la salud es la actividad en la que se percibe al público en un papel más activo dentro de la institución al incorporarse en grupos de ayuda mutua, en programas de apoyo para el manejo de pacientes, bajo una idea de responsabilidad compartida entre el público y la institución. Sin embargo, la promoción no persigue fines más allá de las necesidades individuales específicas, sin tener entre sus objetivos intervenir en espacios institucionales de manera formal. Una vez más, se observa que participar activamente en la toma de decisiones que involucren a la ciudadanía en el funcionamiento de la institución no forma parte de las expectativas de los usuarios ni de los grupos de ayuda mutua o las asociaciones de asistencia.

De este modo, en la observación dentro de los centros comunitarios, la promoción de la salud conserva el carácter unilateral que se ha sido criticado por diversos autores: la información sólo fluye desde la institución y en formas que subrayan el carácter pasivo de los sujetos frente a la institución (Keijzer, 2003). Así a pesar de los discursos institucionales en torno a la necesidad de proporcionar información para construir una ciudadanía consciente del autocuidado de la salud, es claro el carácter secundario que tiene esta actividad, que muchas veces queda en manos de los estudiantes de trabajo social o enfermería que realizan su servicio social o como ya se mencionó, en personas y organizaciones fuera de la institución.

Cabe añadir que tampoco es evidente el sitio que podría ocupar la participación en cualquiera de sus formas. Por ejemplo, entre los usuarios es común encontrar la disposición para realizar labores de apoyo voluntarias, pero no han encontrado eco dentro

de la institución. Así, surgen algunas preguntas: ¿cómo se puede desarrollar una relación de pertenencia e identidad con la interacción cotidiana que se encuentra en la institución? ¿en qué momentos y espacios se puede discutir sobre problemas comunes?

Una brecha permanente está presente en todas las interacciones dentro del centro. Los trabajadores, con un trato amable, buscan cumplir su labor de la mejor forma y en el menor tiempo posible. Los usuarios acuden con el fin de recibir atención y ver resuelto su problema, para irse pronto y esperando no tener regresar en un largo periodo.

De esta forma, los intereses comunes parecen no encontrar los espacios ni los tiempos adecuados para el trabajo conjunto, incluso entre aquellos que por diversas razones acuden con cierta frecuencia al centro de salud. La experiencia cotidiana queda en el nivel individual, no se comparte y simplemente, desde la institución no se contempla como una posible contribución, y muestra de ello es la ausencia de formas de comunicación activa con los usuarios. Por ejemplo, varias personas coincidieron al identificar problemas comunes en las entrevistas, proporcionando incluso algunas alternativas para su solución. Sin embargo, más allá del buzón de quejas, no es claro a quién dirigirse para canalizar estas propuestas y mucho menos para llevarlas a cabo o darle seguimiento.

En general, existe poca información institucional sobre instancias como las asambleas vecinales, las comisiones y los comités ciudadanos de salud, así como es claro el poco interés de la mayor parte de los ciudadanos de estar involucrados en discusiones colectivas o en la defensa de derechos abstractos: el usuario de centro de salud está interesado en la solución de demandas concretas, individuales e inmediatas, que comúnmente están más relacionadas con procesos de negociación y “arreglos personales” que con el establecimiento de “vínculos institucionales”.

En este sentido, el sistema de salud del DF no muestra diferencias con los resultados de otros estudios relacionados con el ejercicio de la ciudadanía en América Latina:

la ciudadanía es, más que nada, algo que “se recibe” o no. No es algo que “se ejerce”. Se aprecia “ser atendido”, y no se busca la iniciativa en el reclamo de ciudadanía. Los derechos tienen más que ver con “entrega”, con ser beneficiario, o con “ser tomado en cuenta”, que con el encuentro entre protagonistas corresponsables para que se realicen los derechos de ambos en transacción específica (Salman, 2002: 135)

Figura 3.18 Los buzones de quejas y sugerencias se observan en los centros de salud, aunque no es claro cómo y quién se encarga de darles seguimiento.



3.5 Reflexiones en torno al proceso de participación ciudadana en el SSDF

3.5.1 El lado más visible de la democracia

Una de las discusiones en torno a la posibilidad de intervención real de los ciudadanos en un proceso se refiere a la necesidad de generar las condiciones para que las personas puedan involucrarse ²⁶ dedicando el tiempo y esfuerzo necesarios.

En el caso del SSDF se ha reconocido esta necesidad y como base para promover una cultura ciudadana de la salud, muy relacionada con la participación, se han establecido estrategias instrumentales y participativas, en los cuales los ciudadanos obtienen beneficios directos de su afiliación al centro.

Estos dos programas fueron la principal referencia de los entrevistados, usuarios y personal de salud, y son percibidos como una evidencia de los cambios políticos observados en la Ciudad de México, especialmente cuando se les pregunta sobre la participación ciudadana. El público asocia directamente participación ciudadana con el ejercicio del voto, es decir, con la participación política, sin considerar aspectos que les permitan intervenir en las instituciones en otras formas ya sea como consultas públicas, foros u otros tipos de procedimientos participativos. De hecho, los programas mencionados se consideran un resultado de las elecciones y son vistos como un incentivo a continuar votando para mantener los beneficios obtenidos.

Algunos de los usuarios señalan que si bien estos programas han sido fundamentales para atender sus necesidades, también han llevado a establecer un nuevo compromiso

²⁶ Font, J., "Participación ciudadana y decisiones públicas: conceptos, experiencias y metodologías", in *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi, Editor. 2004, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM; Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; Instituto Nacional de Desarrollo Social: México D.F. p. 23-41.

por parte de la institución, pues ésta ha dado muestras de reconocer las condiciones precarias que enfrentan muchos usuarios del sistema:

A mí, me dan los medicamentos, eso está bien, porque para mí, no me alcanza para los medicamentos, y como no hago ejercicio, pues sí, necesito los medicamentos.

Es un buen servicio acá, las mujeres que van a tener su niño, las canalizan a un hospital, a varios hospitales, donde hay especialistas, no a todos lados, porque ahora hay hospitales que se están independizando, y ahí cobran más, antes eran de estos, pero ahora no y son más caros.

En el hospital de la mujer me cobraron por la mastografía y el ultrasonido 159 pesos, vaya a otro lado y cobran más de 200, y luego de la biopsia, me cobraron 55, en el particular me cobraban 250 pesos” (330916, usuaria, 79 años).

Como respuesta, en general, los usuarios que obtienen beneficios de los programas tratan de establecer un compromiso para apoyar a la institución. Cuando se les pregunta sobre esta forma de apoyo, además del voto, las respuestas señalan que es frecuente que este tipo de compromiso recíproco se demuestre como apoyo político en diversas acciones, como acudir a marchas y participar en eventos organizados por las juntas de vecinos.

Esto significa un efecto no del todo inesperado en la promoción de la participación ciudadana: al quedar ligada directamente a la participación política, los ciudadanos asumen un compromiso y pierden de vista otras posibilidades de intervención y control social en formas más directas, locales y continuas que el apoyo a un partido político.

Al parecer, las condiciones no han sido suficientes para que los usuarios se perciban a sí mismos como ciudadanos con capacidad de intervención en la institución.

Así, a pesar de que se reconoce la necesidad de la participación ciudadana para producir cambios favorables en la institución, muy pocos entrevistados manifiestan su interés en involucrarse en decisiones sobre los servicios y su organización, que siguen siendo

consideradas como parte del trabajo de los expertos, es decir, los médicos para el caso del sistema de salud. Esto muestra que uno de los aspectos que merece gran atención en el establecimiento de procesos de participación ciudadana es enfrentar la inercia del clientelismo y el asistencialismo que han estado presentes en las relaciones con las instituciones y particularmente en los sistemas de salud.

En el caso del personal de salud, médicos, enfermeras y trabajadoras sociales también asocian la participación ciudadana con el ejercicio del voto, y si bien mencionan como parte de su responsabilidad “intervenir profesionalmente”, esta intervención está limitada a su ejercicio individual, y se manifiestan a favor de que los programas sean diseñados por los expertos, es decir, los políticos, contando con la asesoría técnica de los médicos. Para el personal de salud, la participación ciudadana es parte de los aspectos “políticos” del sistema, de los cuales se sienten ajenos en cuanto a control, pero sí involucrados por ser parte de la institución, sin reconocerse como ciudadanos dentro de la misma.

En general, la percepción de los entrevistados, tanto usuarios como personal de salud, es que las nuevas condiciones han hecho que más personas acudan al centro de salud como una opción para recibir servicios médicos, incluso como una ruta de acceso a otros niveles de atención.

Algunos de los entrevistados reconocen que estos programas, con su estrategia de afiliación casa por casa, ponen al alcance de más personas los servicios médicos con los que cuenta la Ciudad de México, aunque ellos perciben algunas deficiencias en su funcionamiento como son los largos tiempos de espera, las instalaciones inadecuadas, la carencia de médicos especialistas, un escaso número de posibilidades de análisis clínicos y muchas observaciones más, por ejemplo:

Yo creo que falta más dinero, es como en todo...Yo creo que si a ellos les pagaran mejor, o si los motivarían, con más dinero, si subieran los sueldos, que no fuera poquito, que pagarán mejor o los motivaran, no sé, como en las tiendas de comida, el Mcdonalds, que al trabajador aparte de poner su foto ahí, del trabajador del mes, les dan un dinero extra,

pagarles mejor y que haya una motivación del que sea mejor con la gente, el que tenga mejor trato va a recibir un premio, por el buen trato, aparte del reconocimiento de uno, por que si uno fuera el que los eligiera, pues estaría bien, ¿no? ... pero creo que es por el dinero, que no se hace... (440912)

Cuando se les pregunta si alguna vez han comentado esto con el comité ciudadano de salud o en su asamblea vecinal para atender estos problemas, señalan que son opciones de las que no están enterados, a pesar que la evaluación bimestral de calidad del servicios, elaborada en conjunto por el personal de salud y el comité ciudadano, ocupa el área de avisos a la entrada de la mayor parte de centros de salud.

Esta situación no es sólo un problema de falta de información de los entrevistados. En el siguiente apartado se presentan algunos aspectos del funcionamiento de dichos comités.

3.5.2 La construcción permanente de la ciudadanía

Como se ha señalado, los comités de salud son la parte fundamental de las intervenciones participativas del sistema de salud del DF para promover el control social de aspectos fundamentales de la vida cotidiana y la base de la elaboración de políticas “desde abajo” adecuadas a las condiciones locales, en continua retroalimentación entre los diferentes niveles con representación ciudadana. Actualmente funcionan en los centros comunitarios de salud, colaborando principalmente como aval ciudadano en la evaluación de calidad de los servicios ofrecidos.



Sin embargo, dentro del funcionamiento cotidiano de los centros de salud, los comités ciudadanos de salud son una instancia poco visible para los usuarios y para el personal de salud: sólo se encuentra mencionado en los informes bimestrales con los indicadores de calidad correspondientes a la evaluación de calidad de los servicios de salud, pero es difícil de localizar a sus integrantes para presentar preguntas o propuestas.

Los informes bimestrales son elaborados a partir de una encuesta que se aplica a dos grupos distintos de usuarios seleccionados aleatoriamente dentro de la población presente a las horas de consulta en el centro de salud. A lo largo de un bimestre, un grupo de usuarios es entrevistado por trabajadoras sociales y, de forma independiente, el comité ciudadano se hace cargo de seleccionar y entrevistar a otro grupo de usuarios. Los resultados se presentan en un informe conjunto, con fines de comparativos, y a partir de estos datos, se elaborarán propuestas y se establecen compromisos para el cambio de las situaciones problemáticas dentro de ciertos plazos. En el siguiente bimestre, se revisa si dichos compromisos se han cumplido.

La intervención del comité ciudadano en la evaluación de los servicios, como un complemento de la evaluación técnica es un cambio importante que introduce a los ciudadanos como elemento de regulación valorativa que genera y analiza su propia información. Es necesario mencionar que, en general, los usuarios declaran no prestar atención a estos informes, a pesar de que son colocados en lugares visibles dentro del centro de salud y que se elaboran a partir de cuestionarios aplicados al público. Esta estructura corresponde al esquema que identifica al público como consumidor-cliente.

Las tareas del comité están aún lejos de los planteamientos sobre diagnóstico participativo y formulación de propuestas ciudadanas para contribuir a la elaboración de políticas públicas, pues su intervención en la evaluación de servicios parte de una serie de indicadores que se han elegido sin la intervención ciudadana y con fines de acreditación de los servicios, lo que impide la discusión de los problemas locales más allá de las quejas sobre tiempo de espera y desabasto de medicamentos, los dos aspectos que se han transformado en los “compromisos” institucionales a resolver cada bimestre.

Figura 3.19 Formato de carta compromiso para mejora de trato digno, una de las acciones que están incluidas entre las actividades de los comités ciudadanos de salud.

CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CARTA COMPROMISO PARA MEJORA DE TRATO DIGNO

Con base en el análisis de los resultados del monitoreo ciudadano del periodo Sep-Oct, presentado por el Aval Ciudadano [Firma] Fredy Pineda Vega, el C. Dr. David Romero R., Director de la Unidad T-77 de Francisco J. Calles, con el propósito de mejorar las áreas de oportunidad identificadas se compromete a realizar las siguientes actividades.

Área de oportunidad de mejora (compromiso a cumplir)	Actividades para la mejora	Nombre del responsable	Periodo para el logro de la mejora	
			Inicio	Conclusión
<u>Mejorar el tiempo de atención de medicamentos.</u>	<u>Solicitar oportunamente la transferencia de medicamentos.</u>	<u>Lic. Jairo y Diana E. Toribio.</u>	<u>01-11-08</u>	<u>31-12-08</u>
<u>Continuar atendiendo el nivel de satisfacción de usuarios.</u>	<u>Monitoreo permanente de los indicadores de satisfacción.</u>	<u>Staff de la UOI-AND</u>	<u>01-11-08</u>	<u>31-12-08</u>
<u>Continuar disminuyendo el tiempo de espera.</u>	<u>Monitoreo permanente de archivo y consultorios.</u>	<u>Dr. Romero, Jan Pinola y Lic. Jairo</u>	<u>01-11-08</u>	<u>31-12-08</u>

Dr. David Romero R.
 Nombre y firma del director o responsable de la unidad médica

03-11-08
 Fecha de Entrega

Como se ha mencionado, la conformación de los comités ciudadanos de salud parte de las asambleas vecinales y está basado en la elección de ciudadanos con reconocimiento popular, en muchos casos asociados a demandas de vivienda, educación o seguridad. Si bien estas características hacen que estos ciudadanos tengan una amplia experiencia acerca de las condiciones y necesidades locales, tiene el inconveniente de no estar incluyendo otros usuarios del centro de salud que tienen diferentes perspectivas y propuestas alternativas, pero que carecen de la trayectoria pública para ser considerados en los comités.

Entre los entrevistados es común encontrar poca o nula identificación con los comités ciudadanos, porque están formados por la misma gente de siempre, y consideran que las encuestas mencionadas son simplemente parte de las múltiples preguntas a las que deben responder al acudir a los centros de salud y a las que están acostumbrados a responder, para evitar conflictos, sin preguntar o recibir explicaciones sobre el uso de la información.

Como puede observarse, los comités ciudadanos de salud no se han establecido plenamente como instancias de participación y han estado dirigidos a objetivos dirigidos a la legitimación política, desde el punto de vista institucional.

Estos resultados indican que es necesario plantear algunas modificaciones en la conformación de los comités ciudadanos, porque a pesar de la gran autonomía que les proporciona su actual organización y funcionamiento en el exterior del centro del salud, esta situación los aleja del público que acude a estos espacios, generando un vacío que requiere estrategias de comunicación entre los ciudadanos y el planteamiento de formas de organización más incluyentes, dentro y fuera del centro de salud.

3.6 Conclusiones del tercer capítulo

En este capítulo se ha presentado un panorama general de la estructura del sistema de salud del Distrito Federal y el marco normativo que establece la participación ciudadana dentro del sistema de salud del DF como una herramienta dirigida al mejoramiento de los servicios de salud del DF.

El inicio de una nueva etapa dentro del gobierno de la Ciudad de México hizo posible que el sistema de salud del DF fuera planteado sobre las bases de la medicina social, abriendo nuevas posibilidades de intervención ciudadana. Sin embargo, este cambio de perspectiva no ha sido suficiente para hacer posible la inclusión de diversas perspectivas y prácticas dentro de los espacios de salud.

El éxito de las intervenciones “*Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*” y “*Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores*”, ha promovido el acercamiento de la población al SSDF, al tiempo de proporcionar gran visibilidad política a sus iniciativas. Sin embargo, hasta el momento no se han planteado acciones que den resultados concretos en la salud y la atención, incluyendo la intervención ciudadana, porque estos programas no inciden en transformaciones institucionales concretas, no cambian las relaciones sociales, ni promueven la creación de espacios de control social.

Las intervenciones establecidas tampoco han tenido incidencia en promover el reconocimiento de la contribución de diferentes actores y su papel en la conformación de las acciones de salud fuera y dentro de la institución.

Un ejemplo de esto, al interior de la institución, es el papel secundario que aún se otorga a trabajadoras sociales y educadoras de la salud. Este personal lleva a la práctica numerosas acciones en la ejecución de los programas, como son las visitas domiciliarias, las entrevistas para la afiliación a los programas y el contacto con la asamblea vecinal para el establecimiento de los comités ciudadanos de salud. Sin embargo, este personal no cuenta con los espacios para presentar propuestas o participar en las instancias de discusión, que están conformadas para la participación de médicos, directivos y algunos ciudadanos. De esta forma, al no reconocerse su contribución, se pierden las posibilidades de incorporar el punto de vista de actores que también conocen de forma muy cercana las condiciones, relaciones y necesidades de la comunidad.

Esto puede ser el resultado de programas que plantean la interacción entre el SSDF y los ciudadanos como una relación médico-usuario e incluso como prestador de servicio-cliente, a pesar de la orientación democrática que se impulsa dentro del discurso de la misma institución. Esta relación es el eje que rige la mayor parte de las prácticas en los

centros de salud y que tendría que ser tomada en cuenta al diseñar estrategias para incluir nuevos actores y hacer posible cambios en la organización institucional.

La mayor transformación del sistema en términos de participación ciudadana es la presencia y el trabajo de los comités ciudadanos de salud, que significan un nuevo donde los ciudadanos intervienen en asuntos relacionados con acciones de salud en su contexto inmediato, vinculados directamente con la SSGDF.

No obstante, los comités ciudadanos de salud han quedado limitados a la función de aval en el control de calidad del sistema, siguiendo indicadores impuestos desde la institución que no incorporan las condiciones y necesidades de los contextos locales. Esta función hace que los comités ciudadanos trabajen dentro de marcos con un mínimo de flexibilidad para el ajuste, con lo que se pierden sus posibilidades de enriquecer las políticas de salud a través de la deliberación en los diferentes niveles que conforman el sistema. La forma en que estos comités se constituyen y trabajan actualmente, corre el riesgo de sólo reproducir las prácticas y la distribución de poder que se pretenden cambiar con la intervención ciudadana, al seguir dos principios generales, muy comunes en la construcción de la ciudadanía en América Latina: dinero e información al consumidor (Cansino y Covarrubias, 2007).

Los resultados de este estudio indican que las intervenciones promovidas como parte del establecimiento del sistema de salud en el DF, bajo una nueva estructura gubernamental, han sido importantes en la promoción, la credibilidad institucional y en cierta medida, la mejora de los servicios, sentando las bases para nuevos compromisos y formas de interacción con los ciudadanos.

El proceso de participación ciudadana en el SSDF, en los centros de salud comunitarios, hasta el momento no tiene efectos notables en términos de inclusión de nuevos actores, reconocimiento de pluralidad de perspectivas y creación de espacios de control social,

que son aspectos fundamentales de la construcción de una cultura ciudadana de la salud a través de la participación.

Al abordar el análisis de las iniciativas de participación ciudadana en los centros de salud del Distrito Federal, se han identificado algunos puntos que requieren modificaciones para incluir efectivamente al público en acciones de salud, aprovechando algunas de las intervenciones que funcionan actualmente con cierto éxito.

Es importante destacar que la modificación de estas intervenciones deben considerar nuevas perspectivas en la forma de incluir a los ciudadanos y su incidencia en la transformación de los espacios institucionales, porque en su forma actual, corren el riesgo de continuar y reforzar prácticas de un sistema de beneficencia, en detrimento de la construcción de una institución basada en la ciudadanía.

4

Reflexiones finales

En los capítulos anteriores se han revisado diversos aspectos de la participación ciudadana y su establecimiento en los sistemas de salud. Como se ha visto, la inclusión de los intereses y expectativas ciudadanas como parte del control social de las instituciones, es todavía un asunto sin resolver, a pesar de los numerosos programas y políticas públicas de participación ciudadana que se han promovido en los niveles local, nacional e internacional.

En este capítulo se presentan algunas reflexiones en torno a las dificultades de la participación ciudadana y su implantación, que surgen principalmente del análisis de las iniciativas establecidas en los sistemas de salud.

4.1 Silencios y ausencias: Las dificultades prácticas de la participación ciudadana

La participación ciudadana se ha abordado, en general, como un proceso que requiere el establecimiento de diálogos en torno a un problema o situación dados, en el que están involucrados diversos actores, quienes deben exponer su perspectiva. La figura del diálogo aparece continuamente con expresiones como “dar la voz”, “tomar la palabra”, “escuchar las propuestas”.

Como se ha mencionado, en los sistemas de salud, gran parte de los modelos y estrategias de participación pública están orientados a fomentar el diálogo a través de mecanismos de información y consulta, que tienen como fin dar a conocer las perspectivas ante un problema, preguntar sobre la opinión, percepción y expectativas de los usuarios. Incluso, a través de diversas formas, en los modelos de participación se contemplan procedimientos para identificar las voces dominantes, los rumores públicos, el ruido social y la indiferencia silenciosa, que en el extremo, pueden conducir a la ruptura del diálogo (Beder, 2001; Sánchez Vázquez, 2007).

En muchos de los procesos establecidos, el diálogo tiene dificultades para mantenerse. En general, las diferencias de poder entre individuos o grupos, se introducen en el diálogo, favoreciendo la intervención de algunos actores a costa de otros. El diálogo se radicaliza si llega a consolidarse un esquema con un polo emisor, que se supone debe ser escuchado, y polo un receptor, que debe escuchar. Si la autoridad se identifica con uno u otro polo, es un aspecto que tiene importantes variaciones según el contexto, pero en muchos procesos así estructurados se ha observado que en ciertas situaciones, conducen a un abismo comunicativo entre las partes (Sánchez Vázquez, 2001; Cahuich, 2008).

Las asimetrías en el diálogo comienzan desde la identificación misma de la autoridad del experto con la postura institucional, quedando la autoridad en uno de los extremos, que es la expresión en la práctica de los modelos basados en la experticia.

Como se ha mencionado anteriormente estos modelos han tenido efectos cuestionables en otros contextos, sobre todo en relación con el uso de la participación ciudadana para la legitimación de medidas (ver capítulo 1).

Bajo las condiciones en que se establece comúnmente la participación ciudadana, parece que las dificultades en el diálogo se encuentran en una estrecha relación entre el silencio

y las ausencias: de conocimiento, de motivos, de interés, de objetivos comunes, de poder, de confianza, etc. (Kothari, 2001, Wynne, 2002).

Este patrón se repite en muchas instituciones de salud y el SSDF no es la excepción. Las iniciativas establecidas para la participación ciudadana tienen serias limitaciones, tanto en sus planteamientos teóricos como en la forma en que se han llevado a la práctica, que muchas veces parecen ignorar las condiciones de los sujetos a quienes están dirigidas. Por un lado, la participación ciudadana en su estado actual está más relacionada con el quehacer de agentes externos, como son las actividades vecinales partidistas, y con una noción vaga de promoción de la salud, como la que se presenta en forma esporádica y sin estructura en las salas de espera, que con la generación de ambientes de diálogo incluyente dirigidos a la conformación de una cultura de la salud (ver capítulo 3).

Por otro lado, no se promueve la incorporación de actores que tienen una larga historia de acciones de salud exitosas en la Ciudad de México. Por ejemplo, la presencia de una amplia oferta de alternativas de salud dentro de la Ciudad de México fue una de las referencias comunes en las entrevistas realizadas en este trabajo, y un alto porcentaje de usuarios manifestó que el SSDF, y en general el modelo de medicina profesional del sector salud, es sólo una de las alternativas que frecuenta para atender su salud. Las opciones señaladas van desde la automedicación, las prácticas tradicionales y los procedimientos de uso popular hasta “medicinas alternativas” como la homeopatía y la acupuntura. Si bien se mencionó el uso de servicios privados donde se encuentran estas opciones, parte importante está relacionada con el acceso gratuito o de bajo costo que ofrecen grupos de profesionistas, asociaciones civiles y organizaciones populares que tienen como objetivo proporcionar atención al público, en particular a grupos sociales vulnerables (Cahuich, 2008).

Esta discusión plantea las posibilidades de incorporar prácticas diversas en los espacios comunes de interacción, partiendo de reconocer que forman parte del entorno cotidiano

de las comunidades asociadas con los centros de salud, y que proporcionan soluciones a diversos problemas de salud.

Sin embargo, la incorporación de estas prácticas alternativas no está contemplada dentro de las iniciativas de participación ciudadana de la SSDF.

Esta es una ausencia notable por una parte porque, como ya se ha mencionado, las prácticas alternativas forman parte de las posibilidades que tienen los ciudadanos para atender su salud, y por otra, porque numerosos estudios han señalado su importancia como conocimientos y prácticas asociadas con la mejora de las condiciones de vida de las personas, no sólo en el plano de sobrevivencia, sino incluso en aspectos culturales y políticos para los grupos sociales vulnerables de la Ciudad de México.

En este punto cabe preguntar: ¿cómo se insertan las organizaciones no gubernamentales en los esquemas de participación ciudadana? Este tipo de organizaciones han sido estudiadas como ejemplos de participación en salud, que funcionan paralelamente a las instituciones, y en general son una respuesta civil, que puede estar asociada a un franco rechazo de las prácticas institucionales (Cahuich, 2008).

Los estudios en torno a las organizaciones autogestivas que realizan acciones de salud, son una referencia necesaria para discutir las posibilidades de contribución del público al participar en los sistemas de salud.

Si retomamos la discusión en torno a la legitimidad epistémica de la contribución del público, se pueden considerar las diversas asociaciones que han incidido en la construcción de espacios (Epstein, 1996).

Por ejemplo, González Montes (1999) ofrece un estudio detallado de una serie de organizaciones autogestoras que fueron involucradas dentro de un proceso participativo institucional, debido a la confluencia de condiciones que favorecieron el establecimiento de programas integrales para la atención de la salud reproductiva.

Las organizaciones venían trabajando de forma independiente en aspectos relacionados

con la salud desde los años ochenta. Esta labor hizo que las organizaciones tuvieran contacto especialmente con mujeres de colonias populares, un grupo muy cercano a diversos problemas de salud:

En 1991, la Fundación Ford dio inicio a un programa de salud reproductiva en México, que fue el incentivo para que varias de estas organizaciones vinculadas con la salud, se vieran vinculadas en el campo de la salud reproductiva:

Con las bases conceptuales y programáticas delineadas en el documento de 1991, la Fundación Ford dio inicio a su programa de salud reproductiva en México. Aquí la propuesta dio mucha importancia a la investigación en este campo, así como la creación de espacios interinstitucionales e intersectoriales para el diálogo entre académicos, prestadores de servicios, funcionarios y ONG. Para las ONG, la fundación tuvo una meta ambiciosa y de largo aliento: reforzar su papel como interlocutoras del Estado, en calidad de articuladoras de las necesidades y demandas de la población. La Fundación tuvo claro que para asumir plenamente el papel de las ONG debían lograr el fortalecimiento de las estructuras organizativas comunitarias, ampliar su capacidad de negociación y estar presentes en las mesas de discusión de las políticas referidas a la salud reproductiva. (González Montes, 1999:25-26)

La intervención de la Fundación Ford fue la base que hizo posible incorporar en los programas de salud reproductiva una forma de organización y trabajo distinta de la que venía operando en ese campo. La intervención de mujeres de colonias populares, hizo posible la generación de propuestas más cercanas a las demandas y favoreció su establecimiento. En este caso, las contribuciones incluyen la creación de la “Red por la salud de las mujeres en el Distrito Federal” (1993-2001), la generación de políticas públicas acordes a las demandas y expectativas de la población, que tuvieron impacto positivo en las condiciones de vida de mujeres en el D.F y la incorporación de una perspectiva de género y ciudadanía en la salud.

Como en otros casos, el éxito alcanzado se atribuye a la incorporación de elementos

característicos de las prácticas locales, y también a las posibilidades de relaciones sociales, que son necesarios para establecer las propuestas y darles seguimiento (Grimberg, 2005).

La experiencia de diversas instituciones de salud y desarrollo social en el trabajo conjunto con las ONG, no es nueva en la Ciudad de México, y tal vez por eso llama la atención que las iniciativas de participación ciudadana no la incorporen de forma más importante.

En gran medida, las ONG en el área de salud pueden considerarse un ejemplo de cómo la búsqueda y construcción de intereses comunes, está estrechamente relacionada con la negociación de significados, la elección de líneas de acción, el uso de recursos y la generación de formas de organización, como el establecimiento de redes sociales. La base de su funcionamiento es la solidaridad social, al identificarse como grupos con problemas comunes, tales como una enfermedad o por necesidades de apoyo profesional. La discusión de los problemas comunes y su relación con las instituciones gubernamentales como ciudadanos y no como pacientes, no se contempla, excepto cuando las condiciones se acercan a sus objetivos, como lo muestra el caso de la salud reproductiva.

Y en este sentido, el gobierno del DF y la SSDF no ha tenido el poder de convocatoria suficiente para generar condiciones que promuevan el intercambio entre instituciones y organizaciones civiles, y sus iniciativas son medidas que limitan la intervención, en un enfoque de contención de los problemas de salud, más que la solución de los mismos, incorporando a los ciudadanos.

La conformación de los comités ciudadanos también muestra los problemas de la inercia en la práctica de una participación que se construye entre la necesidad y la resistencia, e incluso el franco y mutuo rechazo entre los usuarios y la institución. En este caso, la conformación y operación de estos comités, limitan su funcionamiento porque por un lado, sus resultados pasan prácticamente desapercibidos y tienen influencia mínima dentro de

las medidas que se toman tanto a nivel local como en otros niveles del sistema. Además, permanecen ajenos a las prácticas cotidianas de los centros de salud volviéndose una instancia casi invisible para los usuarios y el personal de un centro de salud. Por otro lado, en la percepción ciudadana, estas estrategias no significan un cambio radical, y por ello, se identifican como pequeñas variaciones en un mismo marco institucional, con los arreglos y conflictos de siempre.

Sin embargo, es necesario mencionar que en medio de este panorama, los comités ciudadanos son una característica notable de las iniciativas de participación establecidas en el sistema de salud del DF, por su potencial en la transformación del espacio público.

La conformación de los comités ciudadanos vinculados a cada centro de salud, tiene un carácter innovador y amplias posibilidades para la integración de las discusiones a las condiciones de contexto local, por dos razones:

En primer lugar, se hace un reconocimiento a cierto tipo de organización dentro una comunidad, que aún con sus sesgos y carencias, marca una importante diferencia con otros procesos de participación, con enfoque más individual, como los dirigidos a la promoción del autocuidado individual y familiar. En segundo lugar, los comités ciudadanos hacen de la participación ciudadana una nueva figura, que aún en su forma incipiente, ofrece elementos para incorporar nuevas presencias el espacio institucional, en la medida que pase a formar parte de la práctica cotidiana del centro de salud.

Estos comités son espacios notables porque dan la pauta para discutir la participación ciudadana como práctica y presencia, como aspectos fundamentales de la construcción de los espacios sociales donde el diálogo tiene lugar (o no).

Esta situación muestra la necesidad de hacer propuestas de participación ciudadana desde visiones incluyentes, que podrían plantearse desde una perspectiva pluralista, con el fin de establecer condiciones para que los diálogos continuos, como parte de la organización institucional, de forma que incidan en las prácticas cotidianas relacionadas

con el intercambio de información, la inclusión de diversas perspectivas y el establecimiento de criterios éticos, políticos y epistémicos para la toma de decisiones.

No se plantea que la solución sea un diálogo de expertos, para que expongan sus perspectivas y que el público elija la más adecuada a sus preferencias e intereses. Desde una perspectiva pluralista, la participación ciudadana plantea el diálogo basado en valores como el respeto a la diversidad, el sentido de comunidad, la justicia y la equidad, permitiendo a los individuos reconocer, transformar y construir nuevas relaciones sociales. Un diálogo plural e incluyente como condición de la participación ciudadana exige así, estrategias orientadas a la inclusión y evaluación desde diferentes puntos de vista, de los contenidos técnicos y las prácticas asociadas.

En este sentido, la perspectiva pluralista establece estrechos nexos con la comunicación y el diálogo público orientados a la construcción de comunidades a través de la búsqueda de significados comunes, tanto en la discusión asociada a ciencia y tecnología como en otros asuntos públicos.

En el caso de los sistemas de salud, la introducción de una perspectiva pluralista abriría la posibilidad de incorporar institucionalmente prácticas que han resultado exitosas, recuperando en gran medida el sentido de la propuesta de Alma Ata de programas de salud con fuertes bases en la participación comunitaria.

La participación ciudadana se puede insertar como base fundamental de la formación cívica, haciendo que los individuos se reconozcan como parte de una comunidad diversa, trabajando conjuntamente, identificando problemas y generando propuestas, contribuyendo al establecimiento de la democracia a partir de la construcción de los públicos que la hacen posible:

Tenemos las razones para pensar que cualesquiera que sean los cambios que se puedan producir en la actual maquinaria democrática, serán un tipo de cambios que harán del interés del público una guía y un criterio superiores de la actividad gubernativa, y que

permitirán que el público se forme y manifieste sus propósitos con mayor autoridad. En este sentido, la cura de los males de la democracia sí es más democracia. La principal dificultad, como hemos visto, es la de descubrir los medios por los que un público disperso, móvil y múltiple pueda reconocerse a sí mismo hasta el punto de definir y expresar sus intereses (Dewey, 2004: 137)

Así, el ciudadano se realiza a través de su participación, no sólo como un individuo que elige entre diferentes ofertas de servicios y personajes en una relación básicamente administrativa con las instituciones, sino desarrollando sus capacidades en el diálogo público y en la construcción de intereses comunes:

Aprender a ser humano es desarrollar mediante la reciprocidad de la comunicación el sentido real de ser un miembro individualmente distintivo de una comunidad; un miembro que comparte y aprecia las creencias de ésta, sus deseos y métodos, y que contribuye a una mejor conversión de las facultades orgánicas en recursos y valores humanos (Dewey, 141)

Esta perspectiva de la intervención ciudadana, hace posible el reconocimiento de la diversidad, dentro de una organización apegada a los aspectos locales, en los que está la base de la integración entre diferentes niveles de asociación.

Es mediante la participación en el diálogo que los ciudadanos reconocen que sus condiciones de vida y su futuro están estrechamente ligados a su comunidad y por ello deben participar activamente en las discusiones encaminadas a la toma de decisiones dirigidas a alcanzar el bien común (Agre, 2004).

En otras palabras, más que una asociación de intereses individuales, la comunidad es el espacio donde los ciudadanos transforman los propósitos en acciones, mediante la comunicación:

La democracia, contemplada como una idea, no es una alternativa a otros principios de la vida asociada. Es la idea misma de vida comunitaria. [...] Dondequiera que exista una actividad conjunta cuyas consecuencias se juzguen buenas por todas las personas

particulares que intervienen en ella, y donde la consecución de ese bien produzca un deseo firme y un esfuerzo decidido por conservarlo justamente como lo que es, como un bien compartido por todos, dondequiera que ocurra esto, habrá una comunidad (Dewey, 2004:140)

Sin embargo, los resultados obtenidos en este trabajo, también indican que la perspectiva pluralista para el desarrollo de propuestas de participación ciudadana en condiciones concretas resulta insuficiente, pues la inclusión de actores y el reconocimiento de diferentes prácticas dentro de procesos de participación muchas veces no se traducen directamente en cambios efectivos.

La deliberación no es suficiente si no está acompañada de la existencia de espacios públicos que garanticen que los resultados tendrán incidencia en las decisiones políticas, (Agré, 2004; Velasco, 2006; Rabotnikoff, 2005)

En el caso de América Latina, las discusiones en torno a la participación ciudadana coinciden en que las condiciones que vive gran parte de la población de la región apuntan con frecuencia a un panorama desolador, en los que la figura del ciudadano está prácticamente ausente.

La narrativa épica de la resistencia civil y el movimiento social, como formas de solución de los conflictos, suenan extrañas en un contexto donde el desafío a la autoridad y la organización política abierta son un raro lujo, que muchas veces ha implicado más riesgos que beneficios (Falcón, 2005)²⁷.

La “ciudadanía a la latinoamericana” es una construcción que resulta de sistemas autoritarios, caracterizados por políticas sociales corporativistas-populistas, de tal forma

²⁷ Entre los estudios históricos que plantean la situación mencionada tenemos a Escalante Gonzalbo, Fernando. *Ciudadanos imaginarios* y Falcón (2005) *Culturas de pobreza y resistencia*. Una reflexión sobre la situación contemporánea de la ciudadanía y la marginación es El reto de la diversidad. *Pueblos indígenas y Reforma del Estado en América Latina*. Willem Assies, Gemma van der Haar y André Hoekema (eds). El Colegio de Michoacán. 1999.

que en la relación sujeto-Estado están presentes numerosas estrategias de intermediación, vinculadas al clientelismo político (O Donnell, 1997; Cansino y Covarrubias, 2007). Por ello, especialmente para los individuos de grupos marginados, la ciudadanía consiste más bien de un conjunto de prácticas orientadas a la supervivencia en un sistema de continua explotación y dominio, donde como sujetos buscan constantemente las formas de regatear, obstruir y pactar con la autoridad, tratando de que el sistema trabaje con la menor desventaja posible, (Assies, 2002; Falcón, 2005).

Así, los derechos son dádivas, que los sujetos obtienen mediante “arreglos personales” como una forma de escape de las normas vigentes:

La historia de la conquista y la colonización constituyen elementos que han contribuido a la formación de jerarquías sociales, a menudo basadas en distinciones raciales y étnicas, pero también en distinciones de clase y “casta”. Son bien conocidas las “tradiciones” de autoritarismo, caudillismo, patrimonialismo y clientelismo que influyen sobre la conformación de la ciudadanía latinoamericana. El populismo contribuyó a la conformación de prácticas y percepciones respecto a la ciudadanía que oscilan, hoy en día, entre una fiera defensa de ciertos arreglos sociales concebidos como derechos adquiridos y una débil capacidad para articular anhelos de representación en esferas políticas. Dichas “tradiciones” han dado lugar a una cultura civil y política personalizada que contrasta con el imaginario occidental respecto a la ciudadanía con sus rasgos individualistas y universalistas. (Assies et al, 2002: 22)

Como lo documentan diversos estudios históricos y sociales, la vida cotidiana de los habitantes de Latinoamérica está llena de una callada y continua lucha por lograr pequeñas ventajas a pequeña escala, más bien merodeando individualmente por las “vías alternativas” que reafirmando los derechos comunes. En este contexto las relaciones no son transparentes o directas, por ejemplo, el voto no es una consecuencia de una preferencia política, sino la retribución o “agradecimiento” por un arreglo particular, como lo han documentado diferentes autores (O’Donnell, 1999; Salman, 2002).

Dentro de este contexto, la discusión respecto a la participación ciudadana adquiere nuevos matices, que surgen de una larga historia de desigualdad y exclusión, dando como resultado una realidad cotidiana llena de paradojas, en la que conviven, para la mayoría de los sujetos, posibilidades remotas de control social con altas expectativas de intervención exitosa para lograr la transformación profunda de las condiciones existentes²⁸. En estos casos es claro que la participación ciudadana debe plantearse más allá del diálogo, como una forma de apropiación del espacio público.

Analizar la participación ciudadana en función de los espacios sociales, hace necesario pensar más allá del diálogo plural e introducir una perspectiva de lugar, esto es, un marco teórico que haga posible comprender las actividades, presencias y lugares que constituyen y son constituidos por las prácticas y las relaciones, (Oslender, 2000)²⁹.

Tomando como puntos de partida las ideas de Lefebvre (1991) y Harvey (1973), en el siguiente apartado, se plantean algunos elementos de una perspectiva de lugar, que contribuyen a la perspectiva pluralista, considerando que la participación ciudadana requiere de espacios para la construcción de identidades y prácticas que transformen las condiciones de interacción y convivencia cotidiana entre diferentes grupos, generando un entorno adecuado para llegar a decisiones y acuerdos incluyentes, pasando de la deliberación a la acción.

²⁸ Pablo Escalante, sugiere desde una perspectiva histórica (1821-1880), la abierta contradicción existente entre un proyecto de crear ciudadanos para dar legitimidad a un Estado democrático y la necesidad de mantener el control político en el territorio mexicano, bajo las condiciones culturales, económicas y sociales de ese momento: *“Sin el apoyo de la moral cívica, el Estado que imaginaban era una quimera; sin el uso de los mecanismos informales –clientelistas, patrimoniales, corruptos- el control político era imposible. Donde no había ciudadanos, actuar como si los hubiera suponía un riesgo inaceptable para la clase política”* (Escalante, 2002: 53).

²⁹ Si bien, como parte de los procesos de participación deliberativos se establecen foros o mesas de trabajo, por su carácter temporal, su organización y alcance, en general, estos eventos comunicativos, no pueden ser considerados “espacios sociales” en el sentido aquí referido como parte de una estructura.

4.2 La presencia y la práctica en la participación ciudadana

La participación ciudadana considerada en términos de legitimidad, empoderamiento e intervención, como aquí se ha presentado, está continuamente referida al espacio público, donde el diálogo tiene lugar.

En ese espacio, el diálogo se materializa y alcanza a incidir, transformando el punto que le ha dado origen, no sólo en forma de convenios y acuerdos sino en términos de relaciones de autoridad, que quedan reflejadas en metáforas gráficas que hablan de la internalización de los procesos u horizontalidad de las medidas.

Una imagen evocada por la participación ciudadana es la plaza pública, con los diferentes participantes involucrados en un diálogo que tiene un lugar en la vida civil, que es el sitio donde los ciudadanos se reúnen como iguales, donde reconocen como sus intereses públicos (Light y Smith, 1998).

Las ausencias y presencias en los procesos de participación aparecen continuamente, y ya varios autores han señalado la necesidad de introducir efectivamente una visión más enfocada al tratamiento del espacio público, no sólo en términos de condiciones para el diálogo, sino en las diferentes formas que dichos diálogos adquieren como espacio social (Oslender, 2000, Jasanoff, 2003, Scoones y Wynne, 2005).

Por ejemplo, Jasanoff (2003) y Visvanathan (2005) señalan que en un proceso de participación efectivo, el establecimiento de diálogos tiene sus bases tanto en la representación cognitiva como en la presencia de los actores, ambos como elementos del discurso, que intervienen en la conformación del espacio público.

La importancia de la intervención en los espacios la expone Visvanathan (2005), que analiza el caso de la atención de la salud de las tribus descatalogadas³⁰. La solicitud de

³⁰En 1871, el gobierno inglés en la India elaboró una lista de las tribus, cuyas costumbres se consideraban fuera de la ley, y por ello, todos sus miembros fueron catalogados como “nacidos criminales”. El catálogo incluyó tribus nómadas, pastores, cazadores-recolectores que pueden ser

estos grupos, cuyos derechos apenas se han reconocido, era que la pluralidad del diálogo se reflejara en los espacios de salud, esto es, si en el diálogo participaban médicos científicos y tradicionales, pacientes, familiares, víctimas de tortura, psiquiatras, entonces las políticas de salud tenían que contar con estas presencias en las prácticas.

En este caso, la solicitud era no sólo la inclusión de actores, el reconocimiento de la diversidad de puntos de vista, la validez de diferentes tipos de conocimientos, sino la necesidad de incorporar materialmente el derecho de tener prácticas acordes con sus conocimientos propios, para poder tomar las decisiones y llevarlas a cabo de acuerdo a su forma de vida.

A partir de este caso, Visvanathan propone la noción de justicia cognitiva para ampliar el campo de acción de la participación ciudadana y llevarla a términos prácticos, no como derecho a la información o al diálogo, sino como parte de los derechos que defienden la legitimidad de vivir de acuerdo a ciertos conocimientos y prácticas que forman una visión del mundo, que son requieren de acciones e intervenciones en aspectos concretos (Visvanathan, 2005).

En este caso, la participación ciudadana se vuelve el elemento básico para reconocer al otro, y establecer relaciones, en términos de solidaridad, reciprocidad, e intereses comunes, con base en el diálogo y la acción, considerando la ciudadanía como un ejercicio comprometido con la construcción de espacios legítimos.

La justicia cognitiva tiene muchas similitudes con la propuesta de participación ciudadana, desde una perspectiva pluralista, y hace posible el establecimiento de diálogos incluyentes para la transformación de las relaciones, así como el establecimiento de

perseguidos por la policía por su identidad cultural. En 1952, el gobierno de la India “descatalogó” oficialmente a estas tribus estigmatizadas; sin embargo, estos grupos aún viven en condiciones de exclusión extrema: todos los miembros de esas tribus, que representan cerca de 100 millones de habitantes (8% de la población de la India) tienen como fecha de nacimiento 1871 (Mashaweta Devi, (2002).Year of Birth-1871. En: <http://www.indiatogether.org/bhasha/budhan/birth1871.htm> Consulta: Junio 2011)

criterios éticos y epistémicos para la toma de decisiones en asuntos importantes para la vida de las personas, incidiendo en las prácticas.

Sin embargo, para abordar las prácticas en el espacio social, como parte de la participación ciudadana, además es necesario incluir una perspectiva de lugar, para analizar la organización de los actores, así como las prácticas y sus efectos en la vida de las personas.

La idea de presencia lleva a reconsiderar los procesos de participación ciudadana retomando la idea central del trabajo de Harvey (1977): los procesos sociales son espaciales porque las relaciones humanas producen y transforman el espacio.

La organización de los objetos, las personas y los símbolos crea espacios conforme a las relaciones y prácticas humanas que plasma. La heterogeneidad que se observa en un espacio urbano, por ejemplo, es una expresión de las relaciones sociales, en el mismo sentido en que la idea de un centro, produce una periferia, y un cierto tipo de organización para mantenerlas (Harvey, 1977). Al exigir presencia se plantea la intervención en la creación de espacios, como resultado del diálogo.

Una perspectiva de lugar trata de abordar las múltiples dimensiones del espacio social, incluyendo su expresión material en el espacio físico, para lo cual debe establecerse la relación entre diferentes construcciones teóricas con origen en la filosofía, la sociología y la historia (Oslender, 2000).

Estas construcciones, para el caso de la perspectiva de lugar en la participación ciudadana tendrían que ofrecer algunas pautas para incorporar las prácticas, el diálogo y la presencia, como puntos de partida de las interacciones entre los participantes, que serán expresadas en la conformación del espacio social.

Es importante destacar que en este caso, el espacio social, se considera como el producto de un proceso histórico, en el que están contenidas las relaciones sociales, que se producen, se reproducen y se representan simbólicamente también en ese espacio:

Actualmente se considera que cada forma de actividad social define su propio espacio, y se asume la importancia que tiene dicho elemento para la comprensión de diversos procesos sociales como la pobreza, la migración, el desarrollo urbano, entre otras. (Bournazou, 2008).

La pérdida de los espacios públicos para la vida democrática es un indicador claro de la falta de lugares para el ejercicio de la ciudadanía y, cómo señalan Light y Smith (1998), a medida que aumentan sitios de reunión como centros comerciales, o parques recreativos, disminuye la capacidad de los individuos para pensarse como público, es decir, como ciudadanos que acuden a reunirse con sus semejantes, para generar una opinión e incidir en aspectos importantes de su vida:

Las expectativas urbanas y los ideales arquitectónicos de la mayoría de consumidores en el mundo desarrollado han sido formada en estos espacios comerciales, y por la industria del entretenimiento que les ha enseñado a desear estos ambientes estimulantes, vívidos y seguros. Esto ha dado impulso a una galaxia de nuevos espacios semipúblicos basados en el consumo y el entretenimiento (Light y Smith, 1998: 6)

La formación cívica, compite con los espacios de consumo, en los que muchas veces se pueden incluir las tendencias del “*edutainment*”, que tratan de hacer de la educación algo entretenido, adecuado para el individuo promedio (Light y Smith, 1998). Así, los espacios para el debate público no son parte de las expectativas ciudadanas, e incluso, en muchos lugares, llegan a ser considerados componentes molestos del entorno social. Estas observaciones apuntan nuevamente a pensar que la inclusión en el diálogo, debe estar acompañada por medios que promuevan las capacidades ciudadanas.

En su trabajo *La producción del espacio*, Lefebvre (1991) brinda varios elementos que pueden ser de utilidad para la construcción del marco teórico para la participación ciudadana, desde una perspectiva de lugar o como un proceso espacializado, que ha atraído la atención no sólo de filósofos y sociólogos, sino incluso de arquitectos y urbanistas (Nicholson-Smith, 2003).

La idea central de Lefebvre, es comprender el espacio social como un producto de la sociedad. Así, el espacio no es sólo un área física o espacio concreto, que sirve como escenario de las acciones humanas: forma parte y es el resultado de las relaciones que se realizan en dicho espacio (Lefebvre, 1991).

El espacio no es un objeto científico separado de la ideología o de la política; siempre ha sido político y estratégico. Si el espacio tiene apariencia de neutralidad e indiferencia frente a sus contenidos, y por eso parece ser puramente formal y el epítome de abstracción racional, es precisamente porque ya ha sido ocupado y usado, y ya ha sido el foco de procesos pasados cuyas huellas no son siempre evidentes en el paisaje. El espacio ha sido formado y modelado por elementos históricos y naturales; pero esto ha sido un proceso político. El espacio es político e ideológico. Es un producto literariamente lleno de ideologías (Lefebvre, 1991: 36)

Las estructuras sociales condicionan la forma del espacio. Por ejemplo en la estructura urbana característica de las sociedades industriales, sus barrios contrastantes hacen referencia permanente a las relaciones sociales, también contrastantes de quienes los habitan (Lefebvre, 1970). El espacio es un elemento más de la estructura urbana, un producto de la interacción continua entre el espacio concreto y la dimensión social, cada sociedad produce su espacio, su propio espacio. Por ello, la comprensión de dicha sociedad es incompleta si en su estudio no se incluye el análisis del espacio de forma consciente.

De acuerdo con Lefebvre (1991:45), el espacio se caracteriza por una triada conceptual formada por:

- 1) las *prácticas espaciales*, o *espacios percibidos*, que se refieren a la experiencia de la vida cotidiana, a la forma en que se genera y se utiliza el espacio
- 2) *representaciones del espacio* o *espacios concebidos*, cuya forma depende de lógicas y saberes técnicos, normalizados de acuerdo a una lógica de visualización

hegemónica o dominante, que se constituye como la “*verdadera representación del espacio*”.

3) *espacio de representación*, o *espacios vividos*, en los que se presentan diversos conocimientos y prácticas menos formales, paralelas, divergentes o contrarias a la visión normalizada, también articulados con la vida cotidiana.

A partir de esta triada conceptual, los espacios sociales pueden comprenderse en términos de las diferencias entre lo percibido y lo vivido por unos actores y lo concebido por otros. De esta forma, el espacio es la encarnación de las relaciones sociales:

el espacio es un producto del cuerpo humano, y como tal se vuelve un lugar de resistencia en su capacidad corpórea de producir el espacio y devolver el poder a la vida cotidiana. El espacio entonces no es directamente impuesto sobre el cuerpo, no es concebido en forma pasiva, sino activamente percibido por actores sociales capaces y conscientes. (Oslender; 2000).

Un punto que cabe destacar es que las prácticas que forman un espacio social están relacionadas con los espacios vividos, percibidos y concebidos, y por ello son un reflejo de la constante interacción entre las visiones que se encuentran en esos espacios. Así, frente a las normas ejecutadas, se encuentran muchas otras prácticas, codificadas o no, que conforman las experiencias, percepciones y memorias de los sujetos.

Tanto Lefebvre como Harvey en sus propuestas de análisis del espacio social, abordan el tema de la presencia como parte de las manifestaciones visibles que tienen las relaciones sociales. Así, la lectura de los rasgos visibles y tangibles de un espacio tiene correspondencias con abstracciones, representaciones y prohibiciones que marcan a una comunidad determinada y a los individuos que pertenecen a la misma (Dimendberg, 1998). La presencia puede revisarse al hacer una lectura o mapeo del espacio, atendiendo a las diferentes formas, físicas o abstractas, de dicha presencia y sus asociaciones. Esto puede ilustrarse con un ejemplo de participación ciudadana que tiene evidente impacto en los

espacios públicos, como es la lucha de los derechos de las personas con capacidades diferentes o diversidad funcional.

Este movimiento, con orígenes en los EUA durante los años setenta del siglo pasado, señaló los efectos negativos del diseño de ciertos artefactos y espacios para la vida de las personas con diversidad funcional, excluyéndolas de la vida pública (Winner, 1984). La formación de una opinión pública sobre estos efectos llevó, con el paso del tiempo, no sólo al reconocimiento de las personas y su inclusión en la educación y el trabajo, sino a la formulación de normatividades que se hacen tangibles en los espacios públicos, mostrando la transformación en las prácticas sociales, incluyendo la percepción pública, la legislación y la infraestructura, que en conjunto contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas en general, sobre todo en EUA.

El ejemplo anterior muestra que la participación ciudadana se enfrenta a la transformación de las prácticas y de los espacios sociales, con expresiones concretas de las nuevas presencias y los cambios en las relaciones, y por ello, debe promover el derecho a cambiar el espacio público, no simplemente favorecer el acceso a algo ya construido.

Siguiendo la idea de Harvey (2008), la participación ciudadana debe dejar de ser un simple pase de visitante, y convertirse en un proceso de construcción:

El derecho a la ciudad es por lo tanto, mucho más que el derecho a tener acceso a aquello que ya existe: es el derecho a cambiar la ciudad siguiendo nuestros más profundos deseos. La libertad de hacernos y rehacernos a nosotros mismos y a nuestras ciudades es uno de nuestros más valiosos derechos, y sin embargo, es también uno de los más ignorados (Harvey, 2008: 17)

Los conceptos del espacio social y la idea de derecho a la ciudad, de Lefebvre, ofrecen algunas guías para el análisis de la participación ciudadana, por ejemplo, para establecer las distinciones entre procesos incluyentes que no tienen efectos transformadores, como

aquellos que promueven el uso de los espacios públicos como espacios de consumo, en donde el visitante-ciudadano participa en un juego de simulación.

En cierta medida, la complementariedad entre la perspectiva de lugar y la pluralista para la participación ciudadana puede reflejarse en propuestas muy cercanas al modelo deliberativo situado (Harding, 1991), que están dirigidas a incorporar diferentes perspectivas, articulando las relaciones que se establecen en diversos espacios públicos (ver capítulo 1). Cabe añadir que en el modelo deliberativo situado, los espacios sociales están interconectados, formando redes de relaciones sociales, lo que marca un fuerte contraste con la idea de espacios participativos que se crean de forma aislada.

Estos espacios podrían distinguirse a partir de la diferencia entre los espacios de consumo y los espacios de derecho, que estaría en el vínculo estrecho entre los participantes y la forma de construir los espacios, interviniendo tanto en la organización de los espacios concebidos, es decir, desde el punto en el que se plantean las reglas de conformación, y enlazando los espacios percibidos y vividos, tanto por sus coincidencia como por sus conflictos.

Las diferentes prácticas que se manifiestan en los espacios le dan forma, y puede decirse que el espacio social es el resultado también de los conflictos entre planes y experiencias: a medida que más participantes se involucran en el diálogo, aumenta el número de discursos, valores, imágenes, representaciones y con ello, el potencial de disenso. Por eso, en los procesos de participación ciudadana, resulta de suma importancia considerar aquellas relaciones cuyas presencias han sido habitualmente reconocidas, y con las cuales se enfrentan las nuevas voces, que tienen que construir su lugar propio, (Hillier, 1998).

Una aproximación desde una perspectiva pluralista y de lugar, puede contribuir al análisis de los contextos locales, por su potencial para hacer visibles diferencias que suelen permanecer ocultas, así como para identificar prácticas que pueden favorecer el

reconocimiento de diferentes perspectivas frente a un tema, las normas y representaciones asociadas, la inclusión de actores, la transformación de las relaciones, y con ellas, la reconfiguración del espacio social como un todo:

La necesidad esencial, en otras palabras, es la mejora de los métodos y condiciones de debate, discusión y persuasión. Este es el problema del público. Hemos dicho que esa mejora depende esencialmente de que se liberen y perfeccionen los procesos de investigación y de divulgación de sus conclusiones. [...] No es necesario que la mayoría tenga los conocimientos y la destreza para realizar las investigaciones necesarias; lo que se requiere es que tenga capacidad para juzgar la importancia de los conocimientos que otros proporcionen sobre los intereses comunes (Dewey, 2004:169).

Por lo anterior, el problema de la intervención del público en discusiones de ciencia y tecnología requiere de una aproximación que permita abordar las interacciones de diferentes perspectivas en la negociación de significados, tratando encontrar y construir, con la práctica del diálogo, los puntos en común que lleven a la transformación efectiva de las relaciones y a su expresión en el espacio público.

En este caso, abordar la participación ciudadana desde una perspectiva pluralista es apenas un primer paso hacia una discusión más amplia, dirigida a comprender la dimensión epistémica de la práctica ciudadana, y con ello, establecer las bases que permitan reconocer a los ciudadanos como participantes activos y presentes en la generación de soluciones.

Bibliografía

- Abrantes-Pego, R. (1999). " Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil." *Salud Publica Mex* **41**: 466-474.
- Abelson, J., P.-G. Forest, et al. (2003). "Deliberations about deliberative methods: issues un the desing and evaluation of public participation processes." *Social Science and Medicine* **57**: 239-251.
- Agre, P. (2004). *The Practical Republic: Social Skills and the Progress of Citizenship*. En: A. Feenberg and D. Barney (eds) *Community in the Digital Age*. USA, Rowman & Littlefield: 201-223.
- Álvarez Enríquez, L. (2004). "Participación ciudadana y políticas de salud en la ciudad de México. La Red por la Salud de las Mujeres y el gobierno del Distrito Federal". En: A. Ziccardi (Coord) *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local..* México D.F., Instituto de Investigaciones Sociales UNAM; Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; Instituto Nacional de Desarrollo Social: 273-296.
- Arzaluz, S. (1999). *Gestión urbana y participación ciudadana en los municipios metropolitanos del Estado de México. Los casos de Tlalnepantla, Nezahualcóyotl y Ecatepec (1996-1999)*. Doctorado en Sociología. Colegio de México.
- Arzaluz, S. (2004). Experiencias de participación ciudadana en municipios metropolitanos del Estado de México y Nuevo León. En: A. Ziccardi (ed), *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*. México D.F., Instituto de Investigaciones Sociales UNAM; Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; Instituto Nacional de Desarrollo Social: 167-183.
- Assies, W. (2002). Apuntes sobre la ciudadanía, la sociedad civil y los movimientos sociales. Assies, W. (2002). Apuntes sobre la ciudadanía, la sociedad civil y los movimientos sociales. W. Assies, M. A. Calderón and T. Salman: 145-170
- Assies, W., M. A. Calderón, et al. (2002). "Ciudadanía, cultura política y reforma del Estado en América Latina". En: W. Assies, M. A. Calderón and T. Salman

Ciudadanía, cultura política y reforma del Estado en América Latina. Morelia, Michoacán, El Colegio de Michoacán: 17-51.

- Aziz, A. (2008). Ciudadanía, cultura política y democracia. Notas para un debate. *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI*. R. Cordera, Patricia Ramírez Kuri y Alicia Ziccardi. México, Siglo XXI -Universidad Nacional Autónoma de México: 303-311
- Bakardjieva, M. (2004). Virtual Togetherness: An Everyday Life Perspective. En: A. Feenberg and D. Barney (eds) *Community in the Digital Age*. USA, Rowman & Littlefield: 121-142
- Baris, E. (1998). "Reforming health care in Canada: Current issues." *Salud Publica Mex* **40**: 276-280.
- Bauer, Martin W., Nick Allum, and Steve Miller. What can we learn from 25 years of PUS survey research? Liberating and expanding the agenda Public Understanding of Science January 2007 16: 79-95, doi:10.1177/0963662506071287
- Beder, Sharon (2005) *Energía y poder. La lucha por el control de la electricidad en el mundo*. Fondo de Cultura Económica. México. 702 pp
- Beder, Sharon, Public Participation or Public Relations? in *Technology and Public Participation*, ed. Brian Martin, Science and Technology Studies, University of Wollongong, 1999, pp. 169-189.
- Bournazou, E. (2008). La segregación social del espacio y la dimensión territorial en los estudios de pobreza urbana. *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI*. R. Cordera, Patricia Ramírez Kuri y Alicia Ziccardi. México, Siglo XXI -Universidad Nacional Autónoma de México: 394-414.
- Bradley, P. (2000). Application of ethical theory to rationing in health care in UK: a move to more explicit principles? In: Bradley and A. Burls. *Ethics in Public and Community Health*. P. UK, Routledge: 3-19.
- Briggle, A. (2008). "Questioning Expertise." *Social Studies of Science* 38(3): 461-475.
- Broncano, F. (2009). *Dar la palabra: los expertos en la democracia deliberativa*. Apuntes curso Políticas públicas en ciencia y tecnología, Madrid: 19.

- Bronfman, M.; Castro, R.; Zúñiga, E.; Miranda, C. y J. Oviedo. (1997). "Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios." *Salud Publica Mex* **39**: 442-450.
- Cahuich Campos, M. B. (2008). *Salud Popular. Un estudio sobre la participación social en salud. México (Últimas décadas del siglo XX). Historia y Etnohistoria. México, Escuela Nacional de Antropología e Historia: 417.*
- Caltkhan, D. (1991) Ethics and priority setting in Oregon. *Health Affairs*, summer 1991, pp. 78-87.
- Cansino, C. and I. Covarrubias, "Retóricas y dinámicas del populismo en México, un análisis desde la teoría política" *Revista Enfoques : Ciencia Política y Administración Pública*, 2007. 5 (7): p. 37-72.
- Carpiano, R. (2006). "Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bordieu and sociology help?" *Social Science and Medicine* **62**(2): 165-175.
- Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Castro, R. (2003). "Ciencias sociales y salud en México: Movimientos fundacionales y desarrollos actuales." *Cad. Saúde Públ.* **8**(1): 47-62.
- Chan, M. (2008). "Regreso a Alma Ata". *30 años después de Alma Ata*. World Health Organization.
- Collins, H. M. and R. Evans (2002). "The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience." *Social Studies of Science* **32**(2): 235-296.
- Colom González, Francisco y García-Morán Juan. *El espejo, el mosaico y el crisol: modelos políticos para el multiculturalismo*. Anthropos UAM México
- Cooke, B. and U. Kothari (2001). "The case for participation as Tyranny". In B. Cooke and U. Kothari: *Participation: The New Tyranny?*. London/New York, Zed Books: 1-15.
- Cravey, A.J, Washburn, S.A., Gesler, W.M., Arcury, T.A. and A.H. Skelly."Developing socio-spatial knowledge networks: A qualitative methodology for chronic disease prevention". *Social Science and Medicine*, 2001 **52**, pp. 1763-1775.

- Cudd, A. (2000). Multiculturalism as a Cognitive Virtue of Scientific Practice. En: U. Narayan and S. Harding (eds) *Decentering the Center*. USA, Indiana University Press: 299-317.
- Cunill, Nuria (1991) La participación ciudadana. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLADE). Caracas.
- Cutcliffe, s. (2003). Ideas, máquinas y valores: los estudios de ciencia, tecnología y sociedad. Anthropos Editorial- UAM, México.
- Dewey, John (2004) El público y sus problemas. España: Morata.
- Dimendberg, E. (1998). Henry Lefevbre on abstract space. En: : Light, A. y Smith, J. (eds.) *Philosophy and geography II: The Production of Public space* Volume: 53, Issue: 1, Publisher: Rowman & Littlefield Publishers, pp 17-49.
- Durrant, D. (2008). "Accounting for expertise: Wynne and the autonomy of the lay public actor." *Public Understanding of Science* 17: 5-20.
- Epstein, S. (1996). Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge. Berkeley, University of California Press.
- Escalante Gonzalbo, F. (1992). Ciudadanos imaginarios. México, El Colegio de México.
- Falcón, R., Ed. (2005). Culturas de pobreza y resistencia. Estudios de marginados, proscritos y descontentos. México, 1804-1910. México, El Colegio de México- Universidad Autónoma de Querétaro
- Feenberg, A. a. D. B. (1999). Questioning Technology. UK, Routledge.
- Feenberg, A. a. M. B. (2004). Consumers or Citizens? The Online Community Debate. Community in the Digital Age. A. a. D. B. Feenberg. USA, Rowman & Littlefield: 1-28.
- Figuroa, R. and S. Harding, Eds. (2003). *Science and Other Cultures*. USA, Routledge.
- Florin, D. (2004). "Public involvement in health care." *BMJ* **328**(2004): 159-161.
- Foltz, Franz (1999) Five Arguments for Increasing Public Participation in Making Science Policy. Bulletin of Science, Technology and Society, Vol. 19, No. 2, 117-127
- Font, J. (2004). "Participación ciudadana y decisiones públicas: conceptos, experiencias y metodologías". En: A. Ziccardi (Coord) *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*. México D.F., Instituto de Investigaciones Sociales UNAM;

Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; Instituto Nacional de Desarrollo Social: 23-41.

- Frenk, Julio (2009). Reinventing primary health care: the need for systems integration. *The Lancet* vo. 374, July 2009. 170-173
- Fuller, Steve. 1997. "Constructing The High Church-Low Church Distinction in STS Textbooks". En: *Technoscience*. Volume 10, Number 3.p.13-16.
- Gaventa, J. (2002). "Towards Participatory Local Governance: Six Propositions for Discussion." *Current Issues in International Rural Development* **28**(August 2002): 29-35.
- Gerschman, S. (1999). "Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio." *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* **15**(2): 293-302.
- Giugni, M. (2004). *Social Protest and Policy Change: Ecology, Antinuclear and Peace Movements in Comparative Perspective*, Rowman and Littlefield.
- Giugni, M., (1998) Social Movements and Change. Incorporation, Transformation and Democratization, En: Giugni, M.M. y C. Tilly, (eds). *From Contention to Democracy*. Rowman and Littlefield: Lanham, Maryland. p. 285.
- Golinski, Jan (1998). *Making Natural knowledge. Constructivism and the History of Science*. Cambridge: Cambridge University Press,
- González González, N. (2007). La atención no hospitalaria de la salud. El caso de la diabetes mellitus tipo 2. N. González González *Pobreza y Salud en el Estado de México: La atención no hospitalaria de la diabetes*. México, Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública. Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México
- González Montes, S. (1999). Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México. Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. G. M. Soledad, El Colegio de México: 53-74.
- Gordon, S. (2008). Pobreza urbana y capital social. Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI. R. Cordera, Patricia Ramírez Kuri y Alicia Ziccardi. México, Siglo XXI -Universidad Nacional Autónoma de México: 321-337.

- Grimberg, M. (2005). "Protesta social y salud: Un abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud en el marco de la movilización social en la Argentina (2001-2003)". En M. Minayo and C. Coimbra Junior (eds). *Críticas e atuantes: ciencias sociais e humanas em saúde na América Latina*. Río de Janeiro, Fiocruz: 375-390.
- Gropello E. and Cominett: *La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL
- Haraway, D. (2005). Testigo. Modesto.segundomilenio@hombrehembra.conoce. oncoratón. Barcelona, UOC.
- Harding, S. (1991). *Whose knowledge? whose science? Thinking from women's lives USA*, Cornell University Press. 319 pp.
- Harding, S. (2000). Gender, Development, and Post-Enlightenment Philosophies of Science. En: U. Narayan and S. Harding (Eds) *Decentering the Center*. USA, Indiana University Press: 240-259.
- Haro Encinas, J. A., B. E. Lara Enríquez, et al. (1996). "El sistema local de salud en la region Guarijío/ Makurawe de Sonora: Retos y Perspectivas." *Región y Sociedad*. El Colegio de Sonora **VII**(12): 47-106.
- Harvey, D. 1991. Urbanismo y desigualdad social. México, Siglo XXI: 340 pp.
- Harvey, D. (2008). El derecho a la ciudad. New Left. Consulta en: <http://www.moviments.net/espaimarx/docs/6786f3c62fbf9021694f6e51cc07fe3c.pdf>
Revisado: 12 octubre, 2010.
- Hernández Baqueiro, A. (2006). Estructura ética en organizaciones no lucrativas con trabajo en VIH-SIDA del Valle de México: institucionalización, responsabilidad y valores. 4to. Encuentro de Investigación Aplicada sobre Desarrollo Social: Resultados de la Vertiente de Investigación del Programa de Coinversión Social 2005, Instituto Nacional de Desarrollo Social.
- Hiskes, R. P. (1998). "*Democracy, Risk and Community. Technological Hazards and the Evolution of Liberalism*", Oxford University Press.
- Illich, Ivan (1973) *Tools for conviviality*. New York: Harper and Row.

- Iriart, C., E. E. Merhy, et al. (2000). "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma." *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 16(1): 95-105.
- Irwin, A. (2001). "Constructing the Scientific Citizen: Science and Democracy in the Biosciences." *Public Understanding of Science* 10: 1-18.
- Jasanoff, Sheila (2005) *Designs on Nature: Science and Democracy in Europe and the United States*. By [Oxford, Princeton University Press, 2005, 392 pp,
- Jasanoff, S. (2005). "Let them eat cake": GM foods and the democratic imagination. . En: M. Leach, I. Scoones and B. Wynne. *Science and the citizen* New York, Zed Books.: 183-198.
- Keijzer, B. (1992). "Participación popular en salud, logros, retos y perspectivas". En E. Menéndez (eds): *Prácticas populares, ideología médica y participación social: Aportes sobre antropología médica en México..* Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara y Ciesas: 231-252.
- Keijzer, B. (2005). "Los discursos de la Educación y Participación en Salud: De la Evangelización Sanitaria al Empoderamiento". En: M. C. d. Souza Minayo and C. E. A. Coimbra Junior *Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na America Latina.*, Editora Fiocruz: 441-460.
- Kerr, A., S. Cunningham, et al. (2007). "Shifting Subjecto Positions: Experts and the Lay People in Public Dialogue." *Social Studies of Science* 37: 385-411.
- Kickbusch, I. (2004). "A New Agenda for Health." *Perspectives in Health*, 9(2).
- Kickbush, I y L Payne (2004). Constructing global public health in 21 st century.
- King, G., E. Gakidou, et al. (2009). "Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme." *The Lancet* 373(9673): 1447-1454.
- Kothari, U. (2001). "Power, Knowledge and Social Control in Participatory Development". In Cooke, B and Kothari U (eds) *Participation: The New Tyranny?*. London UK, Zed Books: 139-152.

- Kuruville, S. (2005). "Civil Society Participation in Health Research and Policy: A review of models, mechanisms and measures". *Working Paper 251*, Overseas Development Institute: 1-34.
- Kymlicka, W. a. Wayne Norman. (2000). *Citizenship in Culturally Diverse Societies: Issues, Contexts, Concepts*. Citizenship in Diverse Societies. W. a. W. N. Kymlicka. UK, Oxford University Press: 1-41.
- Laurell, A. C. (2003). "What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of Mexico City Government." *American Journal of Public Health* 93(12): 2028- 2031.
- Laurell, A. C. (2001). Informe de trabajo 2001 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. México, Gobierno del Distrito Federal: 30.
- Lawn, J.; Rhode, J.; Rifkin, S; Were, M.; Vinod, P.y M. Chopra. (2008). Al ma Ata 30 year on: revolutionary, relevant and time to revitalize. *The Lancet*, V. 372, 19642 p. 917-927. 13 de septiembre 2008
- Leal, G. and C. Martínez (2002). "Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México." *Papeles de Población*(34): 107-133.
- Lefebvre, H. (1991). *The production of space*. UK, Blackwell Publishing.455 pp.
- Light, A. y Smith, J. (1998) Introduction. En: Light, A. y Smith, J. (eds.) *Philosophy and geography II: The Production of Public space* Volume: 53, Issue: 1, Publisher: Rowman & Littlefield Publishers, pp 1-16.
- Loewe, R. (1992). "Descentralización en el sector salud: ¿Una alternativa a la crisis económica? Estudio de caso". En Menéndez E y García de León M. (eds) *Prácticas populares, ideología médica y participación social: Aportes sobre antropología médica en México*. M. Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara y CIESAS: 273- 291.
- Londoño, J. L. and J. Frenk (1997). "Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina", *Banco Interamericano de Desarrollo*. 125 pp
- López Cerezo, J. A., M. S. J. Antonio, et al. (1998). "Participación Pública en Política Tecnológica. Problemas y Perspectivas." *Revista Arbor* **CLIX**(627): 279-308.

- López Arellano, O. and J. Blanco Gil (2007). "Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular de Salud en México." *Salud Problema*, Segunda Época 1(1): 55-60.
- López Arellano, O. (2003). "Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones." *Nueva Época Salud Problema* 8(14-15).
- López Arellano, O. and J. Blanco Gil (2001). "La polarización de la política de salud en México." *Cad. Saúde Públ.* 17(1): 43-54
- Low, S y Lawrence-Zuñiga, D (2003). *The anthropology of space and place. Locating culture.* Australia. Blackwell.
- Menéndez, E.L. "Saber local y toma de decisiones" en J. A. Haro y B. de Keijzer (coords.): *Participación comunitaria en salud. Experiencias, retos y perspectivas* El Colegio de Sonora/OPS/Producep, Hermosillo, 1998.
- Mercado, F. J., M. Villaseñor, et al. (2000). "Investigación cualitativa en salud en América Latina. Un campo en consolidación." *Revista Universidad de Guadalajara*(17): 19-30.
- Merton, R. (2002). *Teoría y estructura sociales.* Argentina. Fondo de Cultura Económica: 469 pp.
- Moreno Santos, R. (1992). Aportes y problemas del Programa IMSS-COPLAMAR. En Menéndez E y García de León M (eds) *Prácticas populares, ideología médica y participación social: Aportes sobre antropología médica en México..*, Universidad de Guadalajara y Ciesas: 255-271.
- Morlino, L. (2005). *Democracias y democratizaciones.* México, Centro de Estudios de Política Comparada.
- Mosse, D. (2001). "People's Knowledge", *Participación and Patronage: Operations and Representations in rural Development.* In Cooke, B. and Kothari U: *Participation, The New Tyranny?* London/New York, Zed Books: 16-35.
- Murray, J.L. Christopher and David Evans (eds) (2003). *Health Systems Assessment. Debates, Methods and Empiricism.* World Health Organization. Geneva. 930 pp.
- Murray, J. L. Chistopher y Julio Frenk, (2000) *A framework for assessing the performance of health systems.* *Bulletin of the World Health Organization*, 2000 78(6) 717-731

- Navarro, V. World Health Report 2000. Responses to Murray and Frenk. THE LANCET • Vol 357 • May 26, 2001. 1701-1702
- Nelkin, D. (1978). "Technological Decisions and Democracy: European Experiments in Public Participation." *Science Technology Human Values*. **3**: 61.
- Nelkin, D. and M. Pollak (1977). "The politics of participation and the nuclear debate in Sweden, the Netherlands, and Austria." *Public Policy* 25(3): 334.
- Nisbet, Matthew (2008) Framing Science: A New Paradigm in Public Engagement. En: Lee Anne Kahlor and Patricia Stout (Eds). *New Agendas in Science Communication*, Taylor & Francis Publishers
- Olivé, L. (2007). *La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento. Ética, política y epistemología*. México. Fondo de Cultura Económica. 238 pp.
- Olivé, L. (2004). *Interculturalismo y Justicia Social*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Olivé, L. (2004). "Riesgo, ética y participación pública". En: JL Luján y J Echeverría (eds.). *El riesgo en las sociedades contemporáneas*, Ed. Biblioteca Nueva-OEI, Madrid.
- Olivé, L. (1999). *Multiculturalismo y Pluralismo*. México, Paidós Universidad Nacional Autónoma de México.
- Olivé, L. (2000). *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*. México, Paidós- Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Panamericana de la Salud (2007) "*Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*". Washington DC. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). "*Atención Primaria de Salud a 25 años de la Declaración de Alma Ata*". Washington DC. OPS
- Ornelas, C. (1998). Descentralización de los servicios de educación y de salud en México. En Gropello E. and Cominett: *La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL: 187-208.
- Oslender, Ulrich (2002) Espacio, lugar y movimientos sociales: hacia una "espacialidad de resistencia". Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales.

Universidad de Barcelona. Vol. VI, Núm. 115, 1 de junio de 2002.
<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn/sn-115.htm>.

- Padilla, Y. and G. Villalobos (2007). "Cultural Responses to Health Among Mexican American Women and Their Families." *Fam Community Health* 30(Supplement 1): S24-S33.
- Petersen, J. (1984). *Citizen Participation in Science Policy* University of Massachusetts Press. 345 pp.
- Raeburn, J. (2007). "La Carta de Ottawa: reflexiones desde las antípodas." *IUHPE-Promotion and Education* Supplement 2.
- Raina, V. (2009). Supervivientes del desastre gasístico de Bophal. Veinticinco años después. *Ecología política* No. 37. P. 90-94.
- Robles-Silva, L., F. J. Mercado-Martínez, et al. (1995). "Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México." *Salud Pública Mex* 37: 187-196.
- Rowe, Gene and Lynn Frewer (2000) Public Participation Methods: A Framework for Evaluation. *Science Technology Human Values* Winter 2000 vol. 25 no. 1 3-29
- Salinas-Martínez, A. M., F. Muñoz-Moreno, et al. (2001). "Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención." *Salud Pública Mex* 43: 324-335.
- Salman, T. (2002). Ciudadanía, entre la pluralidad y la universalidad: consideraciones conceptuales en torno a la actualidad de un fenómeno En: W. Assies, M. A. Calderón and T. Salman *Ciudadanía, cultura política y reforma del Estado en América Latina*. Morelia, Michoacán, El Colegio de Michoacán: 125-144.
- Sanmartín, J.; Cutcliffe, S.H., Goldman, S.L., Medina, M. (1992). Estudios sobre sociedad y tecnología. *Anthropos-UPV*, 334 p.
- Sánchez Mejorada, Cristina y Álvarez, Lucía (2003). "Gobierno democrático, sociedad civil y participación ciudadana en la Ciudad de México, 1997-2000", en Olvera, Alberto (coord). *Sociedad civil, esfera pública y democratización en América Latina: México*, FCE/Universidad Veracruzana, México, 2003.
- Sánchez Vázquez, M. A. (2007). Ruido social, individuos silentes: Reflexiones en torno a la divulgación de la ciencia en México. *Ciencia Pública*. México: 18.

- Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. México, DF, Secretaría de Salud México.
- Scott F. Dowell, Jordan W. Tappero, y Thomas R. Frieden. Public Health in Haiti. *N Engl J Med* 2011; 364:300-301)
- Scriven, A. (2005). Promoting Health: A Global Context and Rationale. In A. Scriven and S. Garman (eds): Promoting Health: Global Perspectives, Basingstoke, Palgrave: 1-13.
- Sismondo, S. (2009). *An introduction to Science and Technology Studies*. USA, John Wiley and Sons: 244 pp.
- Sligo, F. X., C. Massey, et al. (2003). What are the benefits of interpersonal communication within socio-spatial knowledge networks? ANZCA03 Conference, Brisbane.
- Stirling, A. (2005). Opening up or closing down? Analysis, participation and power in the social appraisal of technology. En: M. Leach, I. Scoones and B. Wynne. *Science and the citizen* New York, Zed Books.: 218-231.
- Tajer, D. (2003). "Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges." *American Journal of Public Health* **93**(12): 2023-2027.
- Tejada de Rivero, D. A. (2003). "Alma-Ata: 25 años después." *Revista Perspectivas de Salud*. Organización Panamericana de la Salud, **8**(1):
- Turner, S. (2001). "What is the problem with experts?" *Social Studies of Science* 31: 123-149.
- Turner, S. (2007). "Merton's "Norms" in Political and Intellectual Context". *Journal of Classical Sociology*, 2007, 7(2):161-178.
- Vaccareza, L. S. (2008). "Exploraciones en torno al concepto de cultura científica". En FECYT, *Resúmenes del Congreso Iberoamericano de Ciudadanía y Políticas Públicas de Ciencia y Tecnología*. Madrid
- Velasco Gómez, A. (2006). Republicanismo y Multiculturalismo. México, Siglo XXI.
- Victoria, C. and D. Peters (2009). "Seguro Popular in Mexico: is premature evaluation healthy?" *The Lancet* **373**(9673): 1404-105.
- Visvanathan, S. (2005). Knowledge, justice and democracy. En: M. Leach, I. Scoones and B. Wynne. *Science and the citizen* New York, Zed Books.:83-96.
- Wahlberg, A. (2003) 'The Teleology of Participation', *Anthropology in Action* 10(1): 5–14.

- Waitzkin, H. (2001). "Social Medicine Then and Now: Lesson From Latin America." *American Journal of Public Health* **91**(10): 1592- 1601.
- Walt, Gill and Anne Mills. World Health Report 2000. Responses to Murray and Frenk. THE LANCET • Vol 357 • May 26, 2001. 1702-1703
- Werner, D. y. D. S. (2000). *Cuestionando la solución: Las políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil*, Health Wrigths.
- Winner, L. (1987). *La ballena y el reactor: Una búsqueda de los límites en la era de la alta tecnología*. Barcelona, Gedisa: 208 pp.
- Winner, L. (2001) Where Technological Determinism went? En: S. H. Cutcliffe y Mitcham, C. (eds). *Visions of STS: counterpoints in Science, technology and Society Studies*, New York, State University of New York Press. 256 pp.
- World Bank (2007) Healthy Development. World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results. April, 2007.
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/HNPStrategyFINALApril302007.pdf>
- World Health Organization (2000). *Health systems: Improving performance*. World Health Report 2000. Geneva, World Health Organization.
- World Health, O. (1998). "Health for all in the twenty-first century." *Rev Panam Salud Pública* **4**(2).
- World Health, O. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*. W. H. Organization, World Health Organization.
- Wynne, B. (1995). May the sheep safely graze? A reflexive view of the lay-expert divide. *Risk Environment and Modernity Towards a New Ecology* (2004) Publisher: Sage, Pages: 44-83
- Wynne, B. (2003). "Seasick on the Third Wave? Subverting the Hegemony of Propositionalism: Response to Collins & Evans (2002)." *Social Studies of Science* **33**(3): 401-417

- Wynne, B. (2005). Risk as globalizing "democratic" discourse? Framing subjects and citizens. Science and the citizen En: M. Leach, I. Scoones and B. Wynne. *Science and the citizen* New York, Zed Books.: 66-100
- Wynne, B. (2008). "Elephants in the rooms where publics encounter "science"?: A response to Darrin Durant "Accounting for expertise: Wynne and the autonomy of the lay public"." *Public Understanding of Science* 17: 21-33.
- Ziccardi, A. (2004) "Espacios e instrumentos de participación ciudadana para las políticas sociales del ámbito local", En: A. Ziccardi, Editora Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local ,. 2004, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM; Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; Instituto Nacional de Desarrollo Social: México D.F. p. 245-271.