



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE POSGRADO DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA POLÍTICA DE SALUD DE LA CIUDAD  
DE MÉXICO. EL CASO DEL PROGRAMA INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA**

**TESIS**  
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS POLÍTICAS  
Y SOCIALES**

**PRESENTA:**  
**MARÍA TERESA ALCALDE GUERRERO**

**TUTORA**  
**DRA. ALICIA ZICCARDI CONTIGIANI, IIS**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**

**DR. RICARDO UVALLE BERRONES, FCPyS**  
**PROFESOR EMÉRITO ROLANDO CORDERA CAMPOS, FE**  
**DR. KHEM VIRG PUENTE MARTÍNEZ, FCPyS**  
**DRA. KARLA VALVERDE VIESCA, FCPyS**

**MÉXICO, D.F. OCTUBRE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Dedico esta tesis

A mi nieto Andrei Newmann, a mi hija Claudia Morelos y a Guillermo Newmann

A mis queridos y eternos amigos, por nuestra relación de más de 40 años: Fernando Rafull, Jesús de Hoyos, Andrés Treviño, Fernando Rello y Gerónimo Quintero

A los entrañables amigos que hoy se encuentran en otra dimensión, con los que alcancé a compartir la idea de este proyecto: Luís Suárez, Fallo Cordera, Raúl Rodríguez y Pepe Ibarra

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis tuvo su origen en la sugerencia de Rolando Cordera Campos, sobre hacer un Doctorado en Ciencia Política; y hoy le hago constar mi profundo agradecimiento y mi enorme afecto por su apoyo, amistad y enseñanza.

Rolando ha sido mi profesor desde la Facultad de Economía en 1970; en el Programa Nacional de Capacitación Tecnoeconómica de Naciones Unidas y la Presidencia de la República en 1974; y en el Seminario de la Cuestión Social desde 2011. Asimismo ha fungido como mi sinodal en la Maestría en Filosofía y ahora en el Doctorado de Ciencias Políticas.

Para elegir el seminario base del Doctorado, acudí durante dos meses a todos las cátedras relacionados con el tema, en los turnos matutino y vespertino; y así llegué al Seminario que coordina Alicia Ziccardi: En la clase se argumenta con diferentes ópticas, hay varias orientaciones académicas, se trabaja con una bibliografía actualizada, invita a conferencistas de prestigio y las sugerencias de la titular siempre están encaminadas al avance del alumno.

Con ella encontré uno de los mejores ambientes de la Universidad: en su seminario hay respeto, acción, conocimiento y propuestas; y un verdadero compromiso de Alicia para apoyar a sus alumnos. Y así disfruté mis estudios y finalicé con una profunda admiración, y cariño por mi directora de tesis, a la que agradezco esta oportunidad.

Cuando inicié el Doctorado Khemvirg Puente era el coordinador del posgrado y gracias a sus sugerencias (métodos de enseñanza, orientación y contenidos), acerté en la elección de las clases más apropiadas a mi proyecto. Le agradezco su disposición y compromiso.

Ricardo Uvalle y Karla Valverde fueron también mis profesores. Ambos me ayudaron a centrar el tema y a examinar la bibliografía. Disfruté sus Seminarios y les agradezco las sugerencias que personalmente me hicieron y su forma de impartir el conocimiento.

El tema de esta tesis lo elegí porque asistí a la dolorosa experiencia de algunas amigas y familiares, portadoras del cáncer de mama, quienes no obstante contar con recursos para enfrentar la enfermedad, fueron sometidas a procedimientos inadecuados.

A la postre la investigación me condujo a la dolorosa comprobación de que el daño es más intenso y doloroso cuando se trata de poblaciones de escasos recursos; por ello, agradezco las valiosas enseñanzas de las mujeres con cáncer de mama del taller de la Red Rosa, que no obstante sus condiciones de salud, son mujeres optimistas y generosas; lo que me exige un mayor compromiso de vida.



# LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA POLÍTICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. EL CASO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA

## INDICE

<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Primera parte. El marco teórico conceptual para el análisis de la participación ciudadana en las políticas de salud</b>	
<b>Capítulo 1. La participación ciudadana.</b>	<b>16</b>
Introducción	16
1.1. Los fundamentos ideológicos.	17
1.2. Los fundamentos legales	22
1.3. Los fundamentos instrumentales	23
1.4. Conceptualización y tipos de participación ciudadana	26
1.4.1. Espacios individuales y colectivos	28
1.5. Los instrumentos de participación ciudadana	28
1.6. Las políticas públicas de salud en la participación ciudadana	29
Conclusiones	31
<b>Segunda parte. La participación ciudadana en el Distrito Federal</b>	
<b>Capítulo 2. La participación ciudadana en el Distrito Federal</b>	<b>32</b>
Introducción	32
2.1. Los fundamentos ideológicos de la participación ciudadana	33
2.1.1. El gobierno del Distrito Federal 1997-2000	37
2.1.2. El gobierno del Distrito Federal 2000-2006	40
2.1.3. Visión del gobierno del Distrito Federal 2006-2012	42
2.2. Los fundamentos legales de la participación ciudadana	44
2.2.1. Planeación del Desarrollo	44
2.2.2. Desarrollo social	45
2.2.3. Salud	47
2.2.4. Participación ciudadana	49
2.3. Los fundamentos instrumentales de la participación ciudadana	50
2.3.1. Estructura institucional, gestión y administración pública	50
2.3.2. El presupuesto	52
2.3.3. Información	53
2.4. Tipos de Participación Ciudadana	59
2.5. Los espacios de participación ciudadana	60
2.5.1. Desarrollo social	64
2.5.2. Planeación del Desarrollo	65
2.5.3. La salud	66
2.5.4. La participación ciudadana del Distrito Federal	67
2.6. Instrumentos de Participación ciudadana	70
2.6.1. Desarrollo social, planeación y salud en el Distrito Federal	72
2.6.2. Participación Ciudadana del Distrito Federal	72

Conclusiones	76
<b>Capítulo 3. La política de salud del Distrito Federal</b>	<b>80</b>
Introducción	80
3.1. La dimensión sustantiva	80
3.1.1. La salud como derecho	84
3.2. La dimensión operativa	87
3.2.1. La política de salud en el ámbito local	88
3.2.2. Condiciones sanitarias de las mujeres del Distrito Federal	89
La Acción institucional	104
• Red Ángel	107
• Centros de salud	113
• Gasto público	130
Conclusiones	133

### **Tercera parte. Caso de estudio**

<b>Capítulo 4. El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (2006-2012)</b>	<b>136</b>
Introducción	136
4.1. El universo social de la Delegación Iztapalapa	137
4.1.1. Condiciones de salud para las mujeres de las clases populares	146
4.2. Caracterización del programa	148
4.2.1. Antecedentes	148
4.2.2. El objetivo	149
4.2.3. Diseño y operación	149
4.2.4. Población objetivo	150
4.2.5. La enfermedad (cáncer de mama)	151
4.3. Los recursos del programa	155
4.3.1. La información	155
4.3.2. Infraestructura hospitalaria	157
4.3.3. Los recursos Financieros	159
4.4. Marco legal del programa	160
4.4.1. Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama en el Distrito Federal	160
4.4.2. Las reglas de operación del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama.	161
4.4.3. Los lineamientos de operación del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal	162
4.5. Los espacios e instrumentos de participación ciudadana del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama	164
4.6. La evaluación interna del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama	165
4.7. Trabajo de campo	167
4.7.1. Red Rosa, centros de salud y unidades ambulatorias	167
4.7.2. Foros de participación ciudadana de la Delegación Iztapalapa	174
4.7.3. Taller El Proceso de Convertirse en Mujer, Individua y Ciudadana	176

4.8. Evaluación de resultados de la investigación documental y de campo	178
Conclusiones	179
<b>Capítulo 5. Conclusiones y propuestas</b>	<b>185</b>
5.1. Conclusiones	185
5.2. Propuesta	191
<b>Bibliografía</b>	<b>200</b>
<b>Relación de gráficas, láminas, mapas, anexos y fotografías</b>	<b>223</b>

## INTRODUCCIÓN

---

La investigación sobre el tema *La Participación Ciudadana en la Política de Salud en la Ciudad De México, 2006 – 2012. El caso del Cáncer de Mama*, se sustenta en que la participación de los ciudadanos en la política de salud como derecho exigible, es central en la agenda gubernamental para la construcción de una democracia participativa y su concurrencia en la construcción de los programas sociales de salud es fundamental para lograr nuevas formas de atender de manera eficaz las demandas de la sociedad.

La salud es un bien público universal y uno de los ejes centrales de la política social. En el paradigma actual se concibe como resultado y a su vez determinante del nivel de bienestar de la población y como tema central de la agenda nacional del desarrollo y de la superación de la pobreza, la desigualdad y la exclusión.

La falta de salud tiene impacto en la población, en la productividad laboral e incide en los individuos, las familias y el país generando pobreza e impidiendo a las personas contribuir de manera productiva a la economía. En ese entorno, la enfermedad del cáncer se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad de la población y el de mama tiene un lugar relevante en la mortandad femenina.

Salomón Chertorivski, Secretario de Salud del Gobierno Federal en 2011 señaló en el Día Mundial del Cáncer de Mama, que desde 2006 esa enfermedad era la principal causa de muerte de mujeres por tumores malignos en el país. En 2009 se reportaron casi 14 mil nuevos casos, el triple de los registrados en 2001 y la tendencia ha seguido en aumento. Añadió que en México en 2010 fallecieron 5 mil 113 mujeres por esa neoplasia; asimismo constata que seis de cada 10 mexicanas que solicitan atención lo hacen cuando el padecimiento está avanzado (Cruz; La Jornada: 2011).

También las cifras oficiales de la Secretaría de Salud revelaron que en el país la tasa de mortalidad por cáncer de mama se incrementó durante el periodo 2002-2010 de 14.9 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más a 16.9 (INEGI: 2010). Estos datos señalaron la trascendencia de la atención preventiva y la importancia de que las ciudadanas participen desde el diseño del Programa de cáncer.

En el 5° Informe de Gobierno del Distrito Federal de Marcelo Ebrard, se proporcionaron cifras de las mastografías realizadas en 2010 y algunas de 2011: El padrón de Inmujeres D. F. subrayó la práctica de más de 50 000 mastografías en 2010 y hasta julio del 2011 se habían ejecutado 21 860 (Ebrard: 2011).

Los indicadores de salud muestran que tanto en el Distrito Federal como a nivel nacional, funciona un sistema de salud complejo y fraccionado para atender las necesidades de la población y ofrecer los servicios sanitarios. En ese contexto y tratándose de la población abierta de escasos recursos y sin seguridad social, reviste importancia el lugar donde viven las mujeres y su cercanía con las entidades que proporcionan el servicio, ya que el costo de transporte a las unidades de salud puede provocar la inasistencia para su atención.

En el escenario social descrito, los criterios de género de las categorías sociales que maneja el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA) no son funcionales para atender a los grupos vulnerables de mujeres adultas, enfermas y en condiciones de pobreza y exclusión social. En la neoplasia de mama las desigualdades de género se acumulan a las desventajas sociales y el horizonte se agrava por el enfoque biológico subyacente que asigna papeles culturales excluyentes a partir de expresiones sobre la enfermedad y el organismo de las mujeres.

El actual sistema de salud da preferencia a la medicina curativa posponiendo la preventiva; y adquiere sentido enfocar el objetivo de la participación en el primer nivel de atención porque cuando por autoexploración ya se detectan protuberancias, la presencia de anormalidades es inmediata, lo que aumenta la importancia del factor tiempo para obtener un servicio pertinente. En Estados Unidos la detección temprana es del 50% y en México sólo el 10% de casos se identifican en la primera etapa<sup>1</sup>.

En consecuencia las pacientes mexicanas que han padecido la enfermedad se enfrentan a un escenario poco alentador; sobre todo las de la clase popular porque desconocen la forma de hacer efectivo su derecho para lograr una atención expedita y de calidad en el tratamiento de la enfermedad, así como la manera de exigir una detección oportuna, tampoco conocen la importancia de la acción rutinaria de exploración médica y el primer nivel de atención, que es de orden resolutivo.

El escenario se complica porque el PAICMA no posee instrumentos para integrar la experiencia de las mujeres con un enfoque de género relacional, de familia y comunidad, con factibilidad de aplicar una orientación preventiva y una medicina de menor costo y posiblemente, si es oportuna, de mayor efectividad. Las mujeres carecen de herramientas para incorporar su experiencia en el diseño del Programa y hacer más efectiva su atención.

Los programas sanitarios se diseñan verticalmente atendiendo a las necesidades del sistema y hay desconocimiento de la relación que existe entre la participación ciudadana y las necesidades de salud de las personas. El PAICMA está actualmente en su segunda fase de construcción y todavía no cuenta con un proyecto de ciudadanización de los órganos públicos de salud y una relación funcional y personalizada entre ciudadanos e instituciones. También se presenta el inconveniente de la falta de información para evaluar la cobertura real de la infraestructura que se requiere para atender a la población, así como el proceso de regulación médica y la transparencia de los recursos destinados a atender la enfermedad.

José Ángel Córdova, Secretario de Salud del Gobierno Federal en 2011, reconoció las inadecuadas condiciones de vida del conjunto de la población, la falta de un proceso de planeación del sector y la reducida participación social, en la elaboración de la política de salud; también consideró la deficiente prestación de servicios básicos y atención a los pacientes, la falta de personal médico, paramédico y administrativo, la infraestructura antigua

---

<sup>1</sup> Notas del Seminario “*Miradas Multidisciplinarias sobre el Cáncer de Mama en México*”. Colegio de México, noviembre 2011. Cifras del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008 de Atlanta, ([www.cancer.org/downloads](http://www.cancer.org/downloads)).

y en mal estado; además de la carencia de medicamentos, instrumentos, estudios de gabinete e insumos<sup>2</sup>.

La participación ciudadana no es incluida en el diseño e implementación de la política pública de salud ni en sus programas y esa ausencia a nivel federal y local, perjudica la prestación de servicios básicos y afecta la atención a las pacientes. El sistema de salud desperdicia la experiencia y el conocimiento de las mujeres que han sufrido la enfermedad.

En la Ciudad de México en los tres últimos gobiernos se ha avanzado para lograr una ciudad de derechos y se han enriquecido los programas de salud, pero los espacios e instrumentos para incorporar la participación de la población en la política de salud son débiles, no contribuyen a mejorar el diseño del Programa y no son vinculantes.

En el contexto descrito el objetivo de esta investigación es analizar la participación ciudadana en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama como parte de la política de salud de la Ciudad, porque el escenario social de la población que ha tenido y superado la enfermedad, plantea la necesidad de revisar el Programa principalmente en su fase preventiva e incorporar las valiosas experiencias de las mujeres que han padecido la neoplasia. Se trata de conocer cómo la participación ciudadana femenina en la política pública de salud y en el Programa, contribuye para acceder equitativamente a los derechos de salud como un asunto de bienes y servicios exigibles de calidad, lograr una asistencia prioritaria en el primer nivel de atención y una coordinación adecuada en la secuencia del tratamiento.

Como práctica heredada la población sigue considerando a la salud como un bien que debe proporcionar el gobierno y no como derecho alcanzado que tiene la gente; concepción que limita a los ciudadanos a exigir ese derecho. En consecuencia en esta tesis se documentan las prácticas idóneas y las barreras sociales e institucionales que crean una gran distancia entre las necesidades de la población y los servicios de salud y se muestra como la participación ciudadana, puede contribuir a un mejor diseño de las políticas públicas y programas de salud.

Observando el sistema de atención del cáncer de mama en la Ciudad, se formularon varias interrogantes sobre la participación ciudadana y los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres que quieren participar e incorporar su conocimiento al contenido del Programa. Estas preguntas son las siguientes:

- 1) ¿Cómo se incluye la participación de las mujeres en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama en los centros de salud y en las unidades móviles de salud de la Ciudad?
- 2) ¿Cuáles son los obstáculos que enfrentan las mujeres cuando ingresan a los centros de salud o asisten a las unidades móviles para la detección del cáncer de mama?
- 3) ¿Facilita la participación de las mujeres en el Programa la estructura institucional y legal del Gobierno de la Ciudad?

---

<sup>2</sup> Notas de la conferencia del Dr. José Ángel Córdova en el Seminario internacional “*México en los Escenarios Globales. Una visión prospectiva*”. Universidad Nacional Autónoma de México. Febrero 2011.

Para dar respuesta a esas preguntas se propusieron algunas hipótesis que se enumeran a continuación las cuales fueron hilo conductor para el desarrollo de la investigación:

1. A pesar de la importancia crucial que tiene el PAICMA para garantizar mejores condiciones de salud a las mujeres en el Distrito Federal, el Programa se inserta en una política pública de salud en la cual la participación ciudadana no se ha llevado a la práctica, aun cuando se reconoce como un derecho ciudadano. En el diseño de sus espacios e instrumentos se crean formas subordinadas al aparato de gobierno y los programas no se vinculan a la política social para proporcionar incentivos que posibiliten la participación de las mujeres en las decisiones sobre su salud, como es el caso del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama.

2. En el programa de gobierno de la Ciudad de México la participación ciudadana no es un componente central para la operación de su política pública de salud; se da prioridad al diseño normativo y en la práctica la falta de instrumentos para la participación ciudadana en los programas de salud, limita la operación eficaz de la nueva legislación. Además hay inconsistencia entre la estructura normativa que se ha legislado para la participación ciudadana como derecho y su aplicación real para hacer efectivos los derechos.

3. La ausencia de información institucional sobre el derecho de las mujeres a participar en los programas de salud pública y la práctica centralizada y vertical de los profesionales de la salud y del personal administrativo y técnico, no favorece la inclusión de la ciudadanía en las decisiones de la política de salud, ni la apropiación de los espacios públicos para ejercer sus derechos.

El horizonte temporal del periodo de análisis comprende el gobierno de Marcelo Ebrard Casaubón en el Distrito Federal (2006 -2012) y se incluyen algunos antecedentes de los otros gobiernos perredistas, básicamente para averiguar si hay ruptura o continuidad en los planteamientos sobre la participación ciudadana en la política de salud.

El trabajo se organizó en cinco etapas: 1) la revisión de la bibliografía y la información documental y estadística disponible; 2) el diseño de la metodología y la formulación del capitulo; 3) la investigación y exploración de los temas y la creación de instrumentos para el estudio de caso; 4) la investigación de campo; 5) el análisis y las conclusiones.

La búsqueda se sitúa en el ámbito local de las delegaciones políticas del Gobierno del Distrito Federal, porque se piensa que los fenómenos sociales adquieren concreción en esa dimensión espacial. El lugar donde se vive crea condiciones de integración, pero también de desintegración y es donde se produce la principal expresión de desigualdad de la Ciudad y se expresa la fragmentación social para acceder a los servicios de salud, principalmente de la población abierta de mujeres que carecen de seguridad social.

En el espacio local se manifiesta la situación social de la mujer; de la familia, de su trabajo, los ingresos y el acceso efectivo al servicio de salud. Es ahí donde se hace visible y se vincula la participación ciudadana con los programas, porque es donde las mujeres se posicionan como colectivos sociales y pueden iniciar su vinculación con el Programa; cuando ya se presenta la enfermedad ante la necesidad de ser atendida y curada cualquier tipo de participación pierde importancia.

En cuanto a la metodología el proyecto tuvo su origen en los trabajos de Alicia Ziccardi (Ziccardi: 1993, 2004, 2005, 2007) y Joan Subirats (Subirats: 2006, 2008). La exploración consideró dos líneas de investigación a partir de una visión de la mujer como sujeto pleno de derecho a las posibilidades de participación en la política pública de salud.

La participación ciudadana se planteó a partir de su organización institucional y no institucional y su caracterización en clientelar y autónoma deliberativa (Ziccardi: 1993, 2004, 2007; Saltalamacchia y Ziccardi: 1998, 2005), estas distinciones se corresponden con el tipo de la política social en las democracias representativa y participativa. La perspectiva incorporó un enfoque de derechos humanos en el contexto social de pobreza y exclusión de la población abierta.

La participación ciudadana en la salud como derecho fue analizada a través de cuatro criterios: 1) tipo e instancias de participación; 2) instrumentos y mecanismos para intervenir en los diferentes niveles del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama; 3) características del espacio y formas deliberativas; 4) coordinación y redes de información institucional.

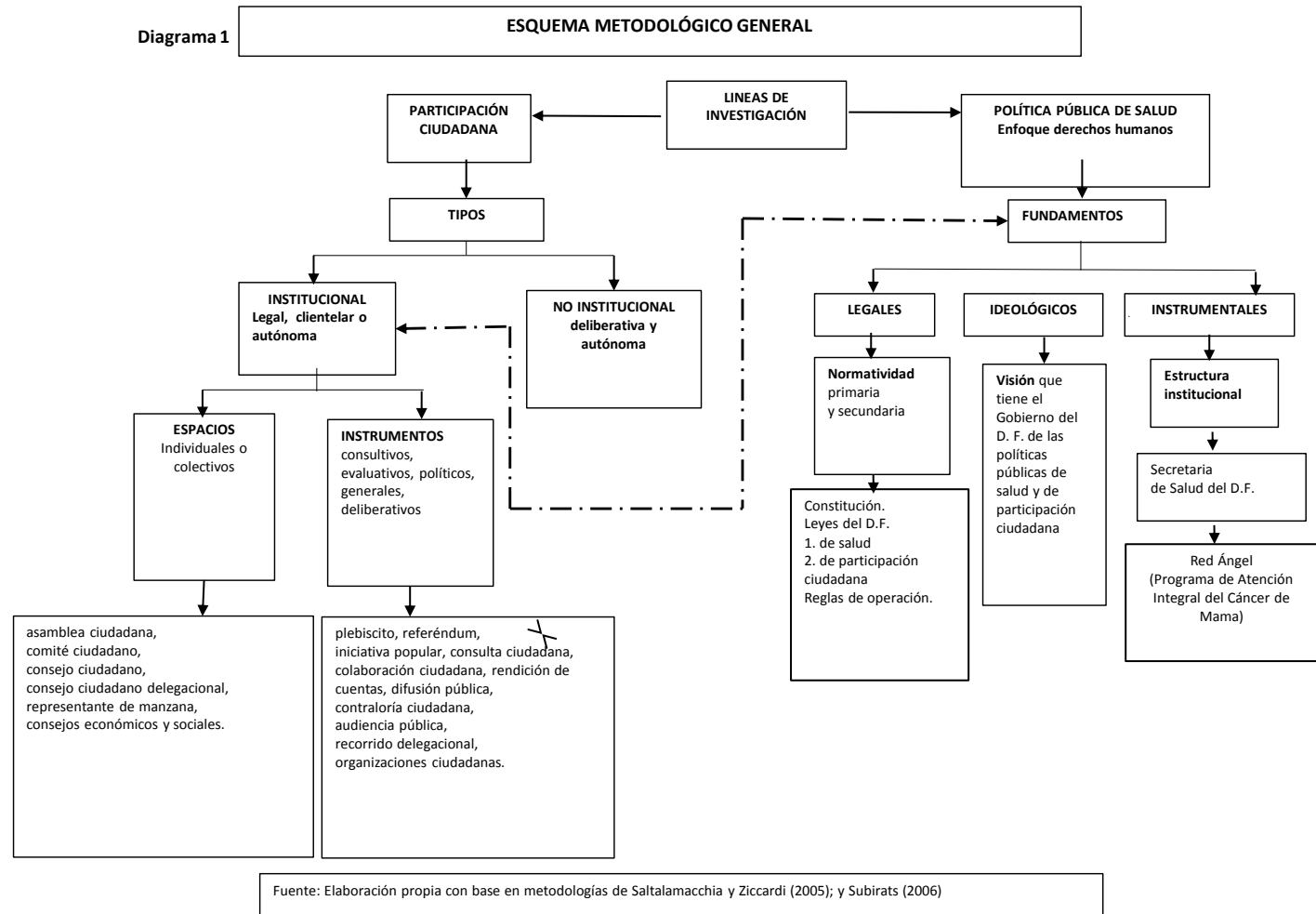
Los espacios e instrumentos que ha proporcionado el Gobierno de la Ciudad para que las mujeres participen, se obtuvieron del análisis de los fundamentos legales de la normativa primaria y secundaria de la política de salud en materia de participación ciudadana. También se examinaron las leyes de desarrollo social y de planeación del Gobierno del Distrito Federal para comparar el sustento legal, su cumplimiento y exigibilidad.

La política pública se trató a partir de identificar su dimensión sustantiva y operativa para analizar la concepción ideológica del problema público de salud, en el marco de una democracia con desarrollo humano y exigibilidad de derechos y la parte instrumental de la estructura institucional desde la cual se fundamenta la acción pública gubernamental.

En el **Diagrama Uno** de la siguiente página se resume el marco general de la metodología, con las dos líneas de investigación, la clasificación que se hace de acuerdo a los tipos de participación ciudadana que se propone y los espacios e instrumentos que la caracterizan, así como los fundamentos legales, ideológicos e instrumentales de la política pública de salud con sus componentes legales, ideológicos e instrumentales que conducen al entramado normativo, la visión del sector y la estructura institucional en que se apoya.



Diagrama 1



El caso de estudio sobre la participación ciudadana en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama se investigó en los centros de salud, unidades móviles de la Delegación Iztapalapa de la Ciudad y en la Red Rosa.

La Red Rosa es una agrupación de mujeres cuyas integrantes tuvieron o tienen cáncer de mama y han enfrentado diversos problemas por la enfermedad. Como resultado en forma solidaria decidieron brindar su experiencia y acompañar a otras mujeres con diagnóstico positivo.

Se trata de una agrupación de mujeres voluntarias cuya actuación puede aprovechar la institucionalidad ya construida y la creatividad de la participación autónoma para hacer nuevas propuestas. La organización desde el inicio fue apoyada por INMUJERES del D.F. mediante pláticas, talleres, actividades y ayuda psicológica.

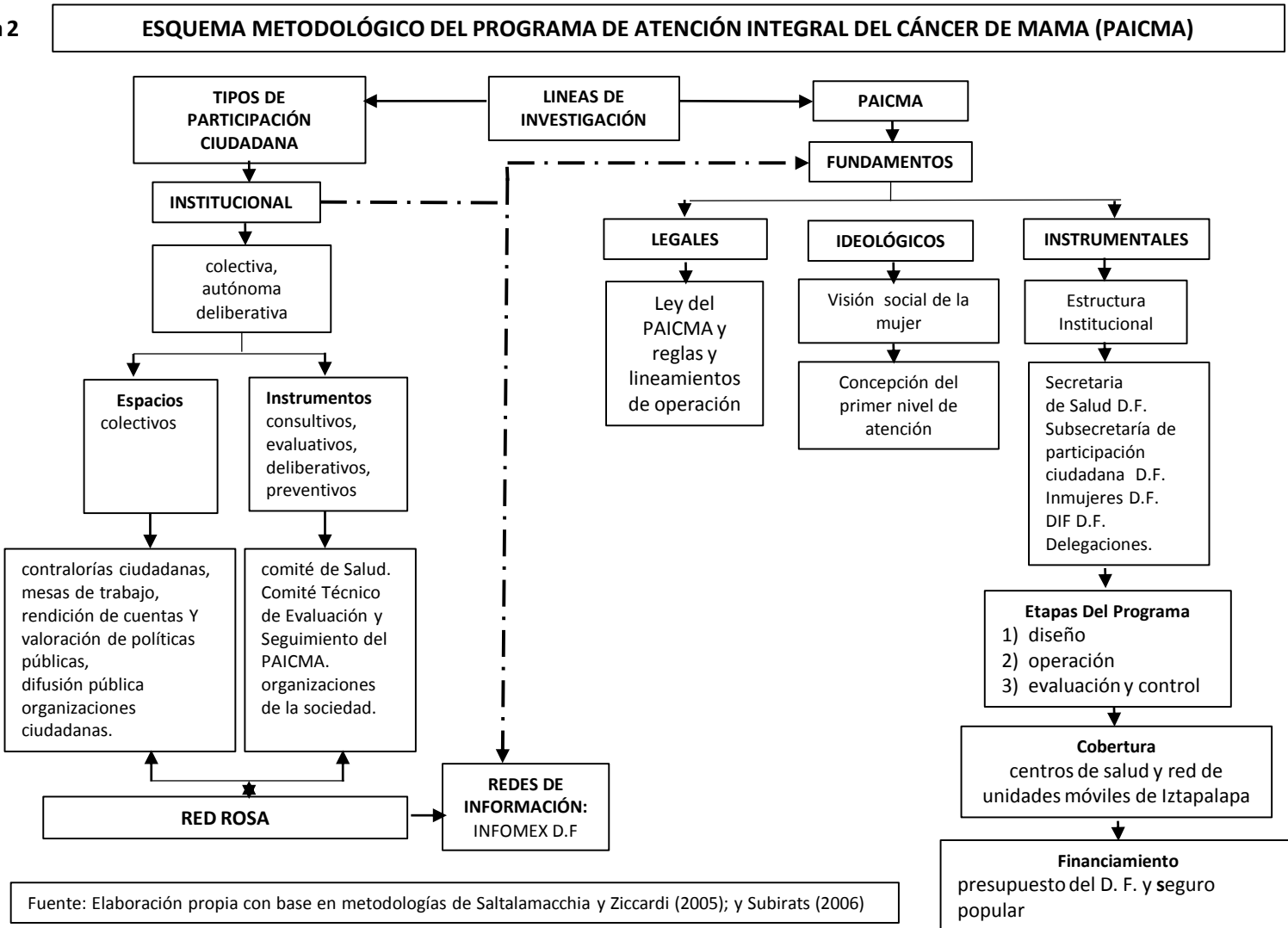
La metodología para examinar el caso de estudio también se planteó con dos ámbitos de investigación: las características del PAICMA y los obstáculos a la participación ciudadana.

Los fundamentos legales del PAICMA están contenidos en la Ley del Programa y sus reglas y lineamientos de operación; la parte ideológica se dirigió a la visión social de la mujer y a la concepción del primer nivel de atención del gobierno, como primera instancia donde la mujer entra en contacto con el sistema de salud. En la parte instrumental se exploró la estructura institucional del Programa y sus etapas, cobertura, el tipo de financiamiento y la coordinación y redes de información institucional.

La participación ciudadana para el PAICMA en la agrupación Red Rosa, centros de salud y unidades móviles se formuló como una construcción institucional, colectiva, autónoma y deliberativa. En los espacios de participación se analizó la operatividad de los instrumentos con que cuenta actualmente el Gobierno de la Ciudad de México.

En el **Diagrama Dos** de la siguiente página se resume el marco metodológico del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama con dos líneas de investigación. Se desagrega la clasificación de la participación ciudadana institucional que se propone con los espacios e instrumentos que la caracterizan, hasta llegar a la agrupación Red Rosa. Como parte del esquema se muestran los fundamentos del Programa y los componentes de cada grupo: legales, ideológicos dirigidos a la visión social de la mujer y a la concepción del primer nivel de atención e instrumentales; en este último se incluyen el soporte institucional, las etapas, su cobertura y el financiamiento.

Diagrama 2



Las técnicas de investigación para la primera parte del proyecto fueron documentales (el estado del conocimiento) y se trabajó y ordenó la información en forma de fichas bibliográficas analíticas y de contenido; posteriormente se identificaron las bases de datos disponibles para:

- 1) Analizar la participación ciudadana desde el perfil epidemiológico de la población de la Ciudad, por delegación política y niveles de atención preventivo, ambulatorio y curativo.
- 2) Conocer el tipo y uso de información que tienen los centros de salud para las pacientes.
- 3) Distinguir la forma de coordinación y responsabilidad que existe en los centros de salud.

También se tomó en cuenta que la creciente complejidad y diversificación de las agendas de la cuestión social requieren herramientas y diagnósticos precisos. Se trató de trabajar con un sistema de información homogéneo con indicadores sencillos que permitieron contar con datos mínimos sobre la participación en la política de salud.

El análisis cualitativo se realizó a través de entrevistas semi - estructuradas y a profundidad con mujeres que tuvieron importantes experiencias positivas y/o negativas con el cáncer de mama; pláticas con ejecutivos con nivel decisorio o injerencia en los marcos normativos de las instituciones de salud y de la academia como EVALUA D.F; Secretaría de Desarrollo Social y de Salud, Inmujeres D. F., Asamblea Legislativa, Delegación Iztapalapa y Universidad Nacional Autónoma de México.

El propósito de las entrevistas fue dar respuesta a algunos criterios planteados en la parte operativa de este trabajo; conocer el posicionamiento de las mujeres que han accedido al Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama en relación a sus derechos y reunir información para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas.

Para las entrevistas se elaboró un cuestionario con preguntas que se aplicaron a tres instancias de mujeres pertenecientes a la población abierta, atendidas en el primer nivel del servicio de salud: 1) la Red Rosa. 2) las unidades ambulatorias de Iztapalapa. 3) los centros de salud de la Delegación Iztapalapa que dispusieron de mastógrafos.

También se preparó una prueba piloto en la Red Rosa para analizar la funcionalidad de los cuestionarios aplicados en las entrevistas, se hicieron preguntas clave para relacionar las hipótesis de trabajo y se usaron cuestionarios ampliados. Posteriormente y a la luz de los resultados se rediseñó el cuestionario y se volvió a aplicar.

El diseño para realizar el análisis de la información identificó cinco secciones: 1) presencia o ausencia de la participación ciudadana; 2) espacios e instrumentos de la participación ciudadana; 3) diseño y operación del Programa; 4) métodos de información; 5) obstáculos a la participación.

El componente cuantitativo del diseño metodológico se ajustó a 68 entrevistas bajo la consideración de que se trató de una investigación individual, con recursos limitados de tiempo e infraestructura para aplicar encuestas. Se incluyó información de médicos, técnicos, enfermeras, trabajadoras sociales, agentes comunitarios y personal administrativo de los

centros de salud. La muestra fue una selección de mujeres con experiencia de tratamientos relacionados con cáncer de mama.

Para evaluar los resultados se hicieron tarjetas ejecutivas de observación y un cuadro de criterios relacionados con las variables conceptuales y las hipótesis de trabajo. Después de la comparación de datos y a partir de la lectura empírica, se rediseñaron las hipótesis en función de la observación documental y las entrevistas y cuestionarios.

Las entrevistas aportaron información cualitativa sobre la naturaleza e importancia de la participación que han tenido las mujeres en la prevención de la enfermedad; los obstáculos que han encontrado y limitado su participación; lo que piensan de los espacios e instrumentos con que cuenta el Programa y la capacidad del Gobierno de la Ciudad para comunicar sus propuestas.

Las entrevistas a los funcionarios públicos y actores institucionales del primer nivel de atención en centros de salud y unidades ambulatorias, permitió conocer su visión sobre la participación ciudadana en el Programa y sobre la enfermedad y las necesidades de salud de la población femenina.

Asimismo se aplicaron algunos parámetros del modelo de asistencia comunitaria (*Community Care*), que es una forma de participación de los ciudadanos en la política social para el área de los servicios. El objetivo es crear vínculos y redes entre los sectores institucional, profesional y el informal de asistencia social.

Esta nueva filosofía trata de pluralizar el sistema asistencial como conjunto complejo y articulado, no jerarquizado. [...] Incluye todas aquellas formas de asistencia que pueden ser elaboradas por los servicios sanitarios y sociales de base de los entes locales. [...] Es una intervención multidisciplinaria que agrupa tanto a los encargados oficialmente de garantizar la asistencia pública, como a las familias, a las organizaciones de voluntariado y, de hecho, a la entera comunidad (Herrera y Castón, 2003: 175, 76).

El origen de ese esquema se ubica en los límites estructurales del llamado Estado social, donde existe un incremento de la demanda asistencial de la población, en este caso por el aumento de la vejez asociada a la reducción de los ingresos y redes familiares; y a sus condiciones restrictivas de movilidad, aislamiento y dependencia que amplía la enfermedad.

También se valora la creciente diferenciación de la demanda asistencial y la diversificación de respuestas del sector para lograr la flexibilidad de los servicios y las posibilidades de su elección por parte de los ciudadanos. En el planteamiento se prioriza la asistencia domiciliar fuera de los hospitales para que el enfermo pueda elegir y continuar con la relación familiar y comunitaria.

El análisis de las características de la población objetivo para la participación ciudadana se hizo a partir de examinar cifras de INEGI, EVALUA, D.F. y el Sistema Integral de Información de la Ciudad. Con esa base estadística se organizaron los datos para mostrar visualmente las diferencias de las cifras y tener un punto de contrastación empírica. Los datos cuantitativos también se trabajaron en forma de cuadros analíticos. Asimismo se usaron

fuentes de material oficial escrito, discursos políticos, discusiones académicas, periódicos y estadísticas.

Para una mejor visualización, los datos se presentaron además en forma gráfica y se usaron los mapas elaborados por EVALUA, D.F. para ubicar las colonias donde se encuentran los centros de salud de la Delegación Iztapalapa. Posteriormente en el trabajo de campo se contrastaron las cifras con base en la investigación directa en las unidades señaladas.

Igualmente se analizaron las investigaciones que sobre esta temática se realizaron en instituciones académicas como la Universidad Nacional Autónoma de México, el Centro de Investigación y Docencia Económica, A. C; el Colegio de México y el Instituto Politécnico Nacional, como espacios de discusión amplia e incluyente.

El trabajo de tesis que se presenta se divide en tres partes y cinco capítulos:

En la primera parte se explica el marco teórico conceptual para el análisis de la participación ciudadana en las políticas de salud. En correspondencia con la metodología se tratan los fundamentos legales, ideológicos e instrumentales de la participación ciudadana, los tipos de participación, la caracterización de los espacios e instrumentos de la participación para analizar las condiciones que afrontan las ciudadanas que deciden participar y los conceptos fundamentales sobre políticas públicas, políticas sociales y políticas de salud.

La segunda parte aborda la participación ciudadana en el Distrito Federal con dos capítulos; el capítulo II explica los fundamentos y tipos de participación ciudadana específicamente en el Distrito Federal y el III expone la política de salud en la Ciudad en sus dimensiones sustantiva y operativa. La instrumentación de la acción institucional se analiza con la Red Ángel, que es un sistema que incluye el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama y comprende los centros de salud y los recursos de la política de salud.

En la tercera parte se exponen los resultados de la investigación del caso de estudio en dos capítulos; en el IV se analiza el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (2006-2012) y en el V se presentan las conclusiones y una propuesta que se elaboró a partir de los resultados de esta investigación sobre como incluir a las mujeres en el Programa.

El programa PAICMA se sitúa en el universo económico social de la Delegación Iztapalapa para mostrar las condiciones de salud de las mujeres de las clases populares, con especial atención a la consulta del primer nivel de atención, como un indicador de prevención en la enfermedad.

Se hace una explicación sobre las características del Programa y se asientan los antecedentes, el objetivo, su diseño y operación, la población a la que se dirige y los recursos de información, infraestructura hospitalaria y financieros con que cuenta.

En este capítulo se aborda el marco legal: la Ley para la Atención Integral de Cáncer de Mama en el Distrito Federal y sus reglas y lineamientos de operación, como base para investigar sobre la parte instrumental que asienta los espacios e instrumentos de participación ciudadana específicos del PAICMA.

En el capítulo IV también se presentan las evaluaciones del Programa: la interna y los resultados de la investigación documental y el trabajo de campo que se obtuvieron con la aplicación de cuestionarios en la Red Rosa, las unidades móviles y centros de salud de la Delegación Iztapalapa.

En este apartado se desarrolla el análisis del Taller denominado “*El Proceso de Convertirse en Mujer, Individua y Ciudadana*”, como ejemplo de un instrumento para lograr un cambio de conciencia social y personal de las mujeres y contribuir a la transformación de su estructura de poder.

En el último capítulo se formulan las conclusiones de la investigación y se hace una propuesta para incorporar la participación ciudadana de la mujer en el PAICMA.

PRIMERA PARTE  
EL MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LA  
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

---

**CAPÍTULO 1 LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

## **INTRODUCCIÓN**

En este capítulo se presenta el marco teórico y conceptual para el análisis de la participación ciudadana en las políticas de salud que ha construido el gobierno enfocado en los derechos humanos.

El análisis se hace en torno a los fundamentos ideológicos, legales e instrumentales que han caracterizado la participación ciudadana en el país (Ziccardi: 2006); se describe la concepción teórica de los derechos humanos y el tipo de desarrollo que protegen; específicamente se trata el derecho a la participación ciudadana como parte de un proyecto de gobierno de la Ciudad vinculado a los principios de la democracia participativa y la búsqueda de la equidad.

En México la historia de la participación ciudadana ha estado relacionada con distintas perspectivas de desarrollo del país, su avance político, el surgimiento de la democracia y la presencia de los derechos humanos. La democracia se relaciona con el sistema de representación de los intereses de los ciudadanos y la construcción de una ciudadanía que carece de suficiente poder, para ser incluida en las decisiones de las políticas públicas y ser parte de un proceso democratizador incluyente.

El marco referencial de los derechos humanos se inserta en un análisis complejo de pobreza, desigualdad y exclusión que limita la participación del ciudadano e impide el objetivo de incorporarlo en las políticas públicas y los procesos decisorios del ámbito gubernamental, no sólo como elector o beneficiario, sino dentro de una nueva visión de los derechos humanos que incluye su participación en la principal herramienta del gobierno para lograr el desarrollo: las políticas públicas.

La eficacia de los esquemas de representación para la participación ciudadana en las delegaciones políticas de la Ciudad se revisó bajo la idea de la suficiente o falta de representación social de grupos colectivos de mujeres, o de ciudadanas individuales, con intereses específicos y criterios de equidad en la salud preventiva con perspectiva de género, para incorporarlas al diseño de espacios e instrumentos de participación de la política pública.

El desarrollo de los derechos humanos se da en tres etapas vinculadas a las visiones del Estado mexicano. En relación a los nuevos derechos sociales se reproduce la visión programática y prestacional que tiene en el Estado de bienestar sin un mandato específico para su forma de operar, lo que presenta un desafío para diseñar su cumplimiento real.

Los fundamentos legales de la participación ciudadana se asientan en la Constitución y en la estructura legislativa y en la normatividad primaria y secundaria que define la forma de operación que sustentan las leyes para que el ciudadano participe.



El Estado es responsable del desarrollo integral y cuenta con la estructura legal para la planeación en cuya organización se especifica la participación social en los diferentes sectores y en la política pública social del país. En la reglamentación se concretan los procedimientos, la articulación y las reglas entre los actores. Particularmente se mencionan los fundamentos legales que sustentan la participación ciudadana en la política pública de salud.

Los fundamentos instrumentales se relacionan con los espacios públicos de debate y deliberación para incorporar a la ciudadanía en los espacios públicos, lograr la gobernabilidad democrática y el diseño de instrumentos específicos para que los ciudadanos participen en las decisiones públicas e integrar los programas que funcionen con la corresponsabilidad entre ciudadanía y la autoridad. La participación democrática estructurada desde las instituciones requiere también de una gestión pública distinta a la que sostienen los gobiernos centralistas.

En las siguientes secciones del capítulo se explican los tipos de participación ciudadana y la clasificación que se usa en esta investigación, adaptada de la propuesta de Ziccardi y Saltalamacchia (1998, 2005) sobre la participación ciudadana institucional y no institucional y autónoma y clientelar. Se describen los espacios individuales y colectivos que tienen los ciudadanos y el tipo de instrumentos que utilizan para tomar parte en la política pública.

En el análisis de los instrumentos de participación ciudadana también se adaptó la clasificación que hizo Alicia Ziccardi (2004; 2007) en el Distrito Federal para: consulta pública; diseño de políticas sociales y diseño, aplicación y monitoreo de políticas sociales.

En la parte final se definen otros conceptos centrales para esta investigación: las políticas públicas desde la concepción de Joan Subirats (Subirats: 2008), las sociales que conceptualizan en una dirección similar Alicia Ziccardi (Ziccardi: 2012), Rolando Cordera y Ciro Murayama (Murayama y Cordera: 2012) y las políticas de salud tomadas de la Ley de Salud del Distrito Federal del 2009.

## **1.1. LOS FUNDAMENTOS IDEOLÓGICOS.**

En México la democracia representativa como forma de gobierno y la transición hacia una democracia participativa, son procesos condicionados por el sistema de representación de los intereses de los ciudadanos y de una ciudadanía que carece de suficiente poder para ser incluida en las decisiones de las políticas públicas.

Por ello, preocupa la incorporación a la ciudadanía en los procesos decisorios del ámbito gubernamental directamente relacionados con su calidad de vida, como es el derecho a la salud. Se trata de lograr mayor cohesión social y hacer más eficaces las políticas públicas y que los ciudadanos sean no sólo electores o beneficiarios, sino sujetos sociales activos. Sin embargo no se ha hecho un diseño funcional ni construido una metodología participativa que responda a las características de los espacios locales específicos, ni se ha creado un clima propicio para el debate y la deliberación, tampoco se ha capacitado a los funcionarios y a la sociedad en los valores de la democracia (Ziccardi: 2007).

La construcción de una ciudadanía inclusiva ha estado restringida por la cultura cívica originada en años de gobiernos autoritarios, con una relación de subordinación clientelar o de confrontación con el gobierno; también han contribuido la fragmentación social por la exclusión y pobreza y la falta de equidad, así como la baja capacidad que tienen los ciudadanos para exigir el cumplimiento de sus derechos.

Teóricamente los derechos humanos civiles y políticos se vinculan con la libertad de elección; en tanto los económicos, sociales y culturales son afines con el principio de igualdad en la intervención de los poderes públicos y las prestaciones y servicios (Huerta: 1998).

La Constitución de 1917 en sus artículos 3, 4, 25 y 123, incluye cuestiones sociales tales como derecho a la educación, la salud, el trabajo, la vivienda y derechos económicos y culturales.

Desde el punto de vista teórico, la visión occidental de los derechos humanos inicialmente estuvo centrada en los derechos civiles y políticos; los sociales relacionados con el pensamiento socialista del siglo XIX, se pronunciaron por obtener una igualdad sustantiva en las condiciones materiales de vida de la población.

Los derechos sociales constituyen reivindicaciones de justicia a tener condiciones de vida digna, que suele ser negada por factores estructurales de poder. El derecho y el poder son las dos caras de una misma moneda (Bobbio, 1999: 13).

El Estado mexicano sujeto a los criterios democráticos de un Estado social complejo se ha debatido dialécticamente en las últimas décadas, entre el liberalismo económico capitalista con su concepción individualista que defiende la propiedad privada y el libre mercado; y el liberalismo social que pretende lograr la igualdad formal aunque no material (Held: 1996; Macpherson: 1997; Huerta: 1998).

T. H. Marshall relaciona las etapas de construcción de los diferentes derechos humanos con los tipos de ciudadanía en formación: la ciudadanía civil está vinculada a la primera generación de derechos individuales; la ciudadanía política concierne a la democracia liberal y sus formas de elección y la ciudadanía social se refiere a los derechos propios del Estado de bienestar (Marshall: 1965, 1998).

La Organización de Naciones Unidas agrupa los derechos humanos en tres estadios; en la primera generación surgen los derechos civiles y políticos de naturaleza individual como la libertad de votar, de expresión y el derecho a la vida. Los derechos económicos y sociales pertenecen a una segunda generación, porque son derechos colectivos cuya protección la fundamenta el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966. Estos derechos se orientan al logro de las condiciones materiales básicas de todas las personas para poder vivir dignamente, desarrollar libremente su personalidad y participar en asuntos públicos. Los mismos están ligados a la educación, la salud, la vivienda, el trabajo y la alimentación.

Actualmente y dada la naturaleza del mundo globalizado existen los derechos de tercera generación de naturaleza integral, porque para su consecución se requiere de la participación

de todos los países, como es el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la vida, a disfrutar de la cultura y de los beneficios que resulten de los progresos intelectuales y de los descubrimientos científicos mundiales y el derecho a la paz.

Los derechos sociales son los que presentan mayor fragilidad económica y social porque son programáticos y están ligados al presupuesto del gobierno y a las carencias de los grupos vulnerables; para incorporarlos al diseño e implementación de las políticas públicas es necesario identificar su costo económico. En los derechos de corte social se obliga al Estado a otorgar las prestaciones y su observancia está relacionada con los recursos con que cuenta para otorgarlas.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el derecho a la salud se refiere a la ausencia de enfermedad y a disponer de condiciones de bienestar físico, mental y social; y reconoce en su artículo 12 que la salud debe entenderse como el derecho a estar sano y a la posibilidad de disfrutar de un abanico de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para lograr el más alto nivel posible de salud; se entiende como un derecho al mayor disfrute posible de salud física y mental.

En este contexto, la salud es un derecho inclusivo que comprende la atención oportuna y adecuada y otros factores como el acceso al agua potable, el suministro de alimentos en buen estado, una vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo, un medio ambiente saludable y el acceso a la educación sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante destacado por el Comité DESC es la necesidad de que la población participe en todo el proceso de toma de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud; sin embargo no está explícito cómo se ejercerá ese derecho.

El derecho a la participación ciudadana en la política pública corresponde a un nuevo proyecto de gobierno y a una perspectiva de desarrollo social apoyada en valores e intenciones políticas y reúne intereses individuales y colectivos vinculados a la democracia participativa.

El enfoque se concibió en la década de los años noventa cuando se aceleró en México la transición democrática ante la pérdida de legitimidad del Partido Revolucionario Institucional. Se trató de un proceso difícil de empoderamiento de la sociedad y de creación de conciencia social, para defender los derechos y participar dentro de los temas de la cuestión social. El ciudadano le otorga sentido al Estado democrático si participa en la sociedad para hacer valer su voz en defensa de sus derechos, lo que plantea una relación diferente y específica entre los integrantes del Estado, la sociedad y el mercado.

El derecho a la participación ciudadana y la construcción de una ciudadanía participativa como elementos para contrarrestar la desigualdad, adquieren relevancia para lograr el acceso equitativo a los servicios colectivos de calidad. Construir ciudadanía significa crear una nueva forma de gobernar, con diseños participativos y diferentes condiciones de gestión e institucionalidad (Ziccardi: 2012). Se trata de que la satisfacción de necesidades se logre con base en un desarrollo humano incluyente, donde el ciudadano privilegie su derecho a participar bajo principios de equidad, libertad, respeto, transparencia y exigibilidad (Güendel: 2000).

Un Estado de derechos requiere un replanteamiento de sus principios e instrumentos y de las estructuras sociales e institucionales de la política pública, con base en la capacidad organizativa de la ciudadanía y nuevos conocimientos de las autoridades. La finalidad es adecuar los procesos, acciones y prácticas de la estructura jurídica que los amparan, con su operación real.

La búsqueda de la equidad o la igualdad de la participación ciudadana de acuerdo a la Organización de Naciones Unidas pueden darse en áreas específicas entre las cuales merecen mencionarse:

- 1) Oportunidades, para acceder al mercado por medio de políticas económicas y sociales que garanticen condiciones semejantes en términos de capacidades y derechos.
- 2) En el ámbito jurídico define mínimos de garantía de participación, en idénticas condiciones dentro de las instituciones políticas; así como aplicación de las leyes; sin distancias entre el reconocimiento formal y el ejercicio real de los derechos.
- 3) En lo estructural refiere a la democratización del acceso al resultado de la producción y distribución de la riqueza social (y económica) generada en la sociedad (ONU: 1966).

En los años de la posrevolución mexicana la rectoría del Estado sostuvo ideas de colectividad a las que se sumaron los principios liberales y las aspiraciones de las clases populares; en el Estado de bienestar los derechos sociales pretendieron disminuir la pobreza y la desigualdad en el ingreso, orientar el desarrollo y lograr mejores condiciones de vida de la gente. Así se estableció la legitimidad social del Estado con la significación de una mejor vida para la población mayoritaria: “Antes que la teoría explicara los derechos sociales [...] el Congreso Constituyente mexicano les dio vigencia a los derechos individuales y ciudadanos” (ONU: 1966) y se añadieron otros derechos sociales como la educación, la salud y la vivienda.

Sin embargo durante todo el siglo XX la distancia entre las garantías y las violaciones de los derechos, suscitó un permanente debate en el ámbito de la filosofía y de la ciencia política sobre la naturaleza, fundamentación y contenido de los problemas sociales y su eficacia para resolverlos. El principio de universalidad en el acceso a los derechos tuvo límites estructurales. Los bienes y servicios que brindaba el Estado eran privilegio de los trabajadores asalariados, lo que evidenció la incapacidad financiera y orgánica del Estado mexicano para proveer a todos los habitantes del país de los satisfactores que la ley prometía, en un país que necesitaba proteger su fuerza de trabajo asegurando con salarios mínimos, jornadas laborales y contratos colectivos.

Se trataba de dar respuestas a las demandas sociales usando la política pública como instrumento del gobierno y la conquista de los espacios para la democracia y justicia social (Cordera: 2010). Así se planteó los límites del modelo de Estado basado en criterios de universalidad y la descentralización de los servicios sociales, entre ellos los de salud, aunque de hecho actualmente todavía se convive con estructuras centralizadoras que limitan la acción pública local.

En la década de los ochentas del siglo XX se emprendieron profundos cambios para salir de la crisis económica en que se hallaba el país. El Estado nacional sirvió para regular la

emergencia social y proteger algunos derechos; servicios como la salud fueron proveídos por el Estado, aunque sin una concepción eficaz de política pública integral y universal.

La realidad heterogénea de México hizo necesario un proyecto articulador del Estado nacional para enfrentar la estructura de poder, con una visión de justicia social y una política de bienestar vinculada a los derechos de la gente. El proyecto asumió la conducción del desarrollo con la idea de integrar la parte económica en torno a la industrialización y al mercado interno y la parte social al llamado Estado de Bienestar, cuyo propósito era disminuir la desigualdad y la marginalidad con el apoyo de los derechos sociales y una propuesta mínima de igualdad material, social y jurídica (Cordera y Fuentes: 2012).

Por otra parte los derechos ciudadanos también han estado ligados a las dos concepciones de la democracia. En la representativa los ciudadanos actúan como electores y no diseñan ni controlan los resultados de la política pública. En la participativa se tiene otro sentido de la cosa pública; los ciudadanos con una construcción diferente de consciencia social, eligen a sus gobernantes y se involucran, los vigilan y los sancionan.

Pero en México los principios rectores de la participación ciudadana en la política pública fueron instrumentados dentro de diferentes marcos normativos y distintos criterios de elegibilidad de beneficios y visiones institucionales, no siempre asociadas a los derechos. Se prefirió un soporte institucional burocrático adecuado al nuevo proceso de construcción social, con una acotada participación ciudadana, sin reconocer la desigualdad de los sujetos que no participaban de la estructura de poder, ni eran protegidos por el Estado.

Las nuevas propuestas en los años noventa de incluir a los ciudadanos en decisiones públicas se hicieron dentro del mismo sistema de representación y el cambio no tránsito a una democracia participativa. Sin embargo, el sufragio mayoritario de oposición se iba ampliando y ello dio lugar a cierto pluralismo, aunque no a una transformación sustantiva del Estado y su estructura de poder. Diego Valadés argumenta que en una sociedad compleja el sistema de representación es el eje que permite vertebrar los elementos de libertad, seguridad, equidad y responsabilidad que equilibran y articulan la normatividad de un gobierno democrático (Valadés: 2011).

Hasta la fecha el debate democrático de los problemas sociales se ha limitado y la complejidad local de las ciudades no se ha incorporado. Por otro lado la intervención de la sociedad civil muchas veces es pasiva y marginal y no coadyuva en el diseño y aplicación de las políticas públicas.

También están ausentes componentes esenciales de la democracia como el Estado de derecho ante el conflicto social y un claro objetivo del gobierno de convenir e instrumentar las políticas públicas incluyendo de manera no subordinada a todos los actores, entre ellos al ciudadano. Con ello el Estado continúa debilitándose por la falta de representación plural del régimen político y de un democrático ejercicio participativo.

En este contexto ya consolidadas las políticas de corte neoliberal se impuso una nueva administración pública, con criterios funcionalistas de cooperación entre la sociedad y el Estado para enfrentar el desafío de la construcción de un orden institucional distinto. La acción pública como producto de la nueva gobernanza contempla la aplicación de

instrumentos de transparencia y rendición de cuentas (Uvalle: 2010) y concibe el capital social como agente articulador cooperativo de grupos y organismos sociales, que trabajan bajo una propuesta de confianza, como forma de auto - organización y autogestión del conjunto (Cohen: 1999; Peters: 2004; Ziccardi: 2004; Putnam: 1993, 2005; Cabrero: 2006; Aguilar: 2007; Uvalle: 2009).

Sin embargo, la relación de los individuos con el Estado aunque tiene una participación en los asuntos públicos más amplia e incluye, es más formal que real. El Estado no ha consumado la concreción de la garantía de los derechos y está en construcción su exigibilidad en la política pública.

## **1.2. LOS FUNDAMENTOS LEGALES**

El derecho a participar en la política pública en el área de la salud está contenido en la Constitución y en la normatividad primaria y secundaria del Distrito Federal donde se define la forma de operación que sustentan las leyes para que los ciudadanos participen.

La Carta Magna del Estado mexicano asigna al gobierno la responsabilidad de organizar el Sistema de Planeación para el desarrollo integral del país y también existe la Ley de Planeación y el Sistema Nacional de Planeación Democrática. En ambos textos se especifica la participación de los diferentes sectores sociales mediante los mecanismos de consulta, concertación, control y evaluación.

Los fundamentos legales que dan sustento a la participación ciudadana en la Constitución son: el Capítulo I del Título Primero sobre los derechos humanos y sus garantías; en el artículo 4 sobre el derecho a la salud; el 6 se centra en el derecho a la información y protección de datos; el 8 se enfoca al derecho de petición y respuesta de la autoridad y el 26 al sistema de planeación democrática que incluye la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.

En México el derecho a la protección de la salud está contenido en el ordenamiento jurídico que impone al Estado la obligación de ofrecer la protección al titular del derecho como prestación de índole individual, pero considerada colectivamente. El derecho se resguarda empleando los medios necesarios para que el ciudadano tenga acceso a la salud. No es una gratuidad del Estado sino un derecho reconocido en la Constitución, en donde los tres poderes de la Unión y los órdenes de gobierno requieren de políticas públicas efectivas y eficientes para el cumplimiento de esa prestación.

El concepto del derecho a la protección a la salud se ha ido transformando y se corresponde con la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas, que lo llevó a rango constitucional como derecho autónomo con la reforma al artículo 4º de la Constitución del 3 de febrero de 1983. La eficacia y efectividad de la política de salud requiere la concurrencia de la federación, las entidades federativas y los municipios (Inciso I de la Fracción tercera del Artículo 115 Constitucional).

La construcción de la norma para la participación ciudadana en la política pública de salud involucra nuevos aspectos en su estructura. El derecho prestacional de los servicios de salud lo garantiza directamente el Estado y en este caso el Gobierno del Distrito Federal, pero en

el tema del derecho de la participación ciudadana en la política pública, el Estado asume un compromiso indirecto y la forma como se cumplirá ese derecho está contenido en la Ley y su reglamentación. Los mecanismos prácticos para que se cumpla la norma estarán incluidos en la legislación donde se establecerá las formas progresivas de su aplicación.

La participación ciudadana en materia de salud está sujeta principalmente a dos leyes: la Ley de Salud 2009 y la de Participación Ciudadana 2010, ambas del Distrito Federal:

En la primera el artículo 1º se refiere a los mecanismos para promover la participación de la población; el 12 define la participación como una obligación de los usuarios; los artículos 13 y 14 están dirigidos a las acciones de promoción de hábitos y colaboración voluntaria controlada por las autoridades y también a las acciones de denuncia para apoyar al sistema (la denuncia se reitera en el artículo 105); el artículo 15 trata sobre establecer y promocionar los esquemas de participación de la población; el 16 reitera impulsar la formación de grupos y asociaciones y el fomento a la participación individual y colectiva para el cuidado de la salud; los artículos 69 y 70 se inclinan a promover la participación de profesionales, técnicos y auxiliares en actividades docentes o técnicas y la constitución de sus colegios, asociaciones y organizaciones.

Asimismo el artículo segundo de la Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal menciona los fundamentos legales del derecho de los ciudadanos para intervenir y participar, individual o colectivamente, en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas, programas y actos de gobierno.

### **1.3. LOS FUNDAMENTOS INSTRUMENTALES**

La participación ciudadana en una democracia participativa se relaciona con la inclusión de la ciudadanía en los espacios de debate y deliberación pública para construir acuerdos y consensos. El diseño de instrumentos para que los ciudadanos incorporen sus experiencias en los programas y participen en las decisiones públicas, se decide en forma corresponsable con las autoridades.

Los fundamentos instrumentales de la participación ciudadana están contenidos en la política de salud y en su enfoque de la ley de participación ciudadana; así como en las reglas de operación de los programas. Al gobierno le corresponde poner objetivos y metas y diseñar e instrumentar la política pública fortaleciendo el proceso de transparencia y rendición de cuentas y estableciendo sistemas de evaluación. A los ciudadanos les concierne participar en la defensa de sus derechos, en el diseño, operación y evaluación de la política pública y controlar las acciones de los responsables del gobierno y los resultados de los programas.

En esta investigación la unidad territorial para la búsqueda de los instrumentos de participación ciudadana en la política pública y los programas de salud, es la delegación política y sus colonias. Se trata de analizar los diseños específicos para las localidades pensando en su forma y calidad de representación.

La gestión local se concibe como una combinación de relaciones entre los actores implicados territorialmente para usar los recursos públicos y determinar la orientación de las acciones institucionales (Chiara: 2008). Para ello se examina lo que se ha construido desde las

instituciones y el diseño de sus instrumentos contenidos en la reglamentación para definir los procedimientos, la articulación y las reglas entre los actores.

Los gobiernos del Partido de la Revolución Democrática desde el año 1997 hasta la actualidad, han marcado una experiencia distinta de gobierno en la capital y una agenda progresista con instrumentos democráticos para incorporar a la ciudadanía en espacios públicos diferentes a los tradicionales. Sin embargo no se ha estructurado un esquema participativo integral, simplificado y funcional que se identifique con los intereses de la gente; los partidos y las instituciones gubernamentales continúan desvinculados de los ciudadanos para diseñar los instrumentos<sup>3</sup> y no son eficaces ni prácticos para proponer acciones dentro de un marco participativo que mejoren los programas públicos. Asimismo los instrumentos que aún están enfocados a cuestiones electorales han sido discontinuos y se han modificado sin alcanzar su operatividad plena. Se destaca el presupuesto participativo aunque este instrumento no se incluye en el tema de la salud.

En materia de política social el mayor énfasis ha estado en reconocer nuevos intermediarios sociales, en particular ONGs, académicos, organizaciones sociales y gobiernos delegacionales, con el objeto de construir un paradigma diferente, basado en conceptos de equidad, desarrollo, inclusión y participación ciudadana (Ziccardi; 2006: 102).

En los programas de salud el diseño de instrumentos requiere cubrir diferentes niveles de participación por tratarse de temas especializados en los que adquiere relevancia el conocimiento de los ciudadanos y su capacidad para facilitar la pluralidad de opciones y evitar la centralización de las decisiones.

El PAICMA<sup>4</sup> es ampliamente aceptado por la población, por las autoridades y por los grupos de poder; sus beneficios, su acceso universal y su valoración para lograr legitimidad lo hacen exitoso. En ese aspecto el presupuesto y la transparencia en su aplicación es el instrumento operativo más idóneo para medir los resultados y el impacto que ha tenido el Programa en la salud de la población; asimismo las contralorías ciudadanas y un sistema de información planeado, son los medios que tienen los habitantes de la Ciudad para pedir cuentas al gobierno de los resultados de los programas y de la política de salud.

Una participación estructurada desde la democratización de las instituciones requiere también del instrumento de una gestión pública distinta a la procedimental, ya superada, de los gobiernos centralistas que contenga medidas institucionales y mecanismos de inclusión para incorporar a la ciudadanía.

La administración pública fue arrastrada por el agotamiento del modelo de desarrollo y por la decadencia del sistema político autoritario que lo sustentaba. [...] Los programas administrativos de prestación de bienes y servicios, particularmente los dirigidos a los ciudadanos pobres; representaban el dispositivo principal de uso clientelar de los recursos públicos (Aguilar; 2011: 14, 15).

---

<sup>3</sup> En el capítulo 2 se presentan los instrumentos de la participación ciudadana en el Distrito Federal.

<sup>4</sup> Caso de investigación de esta tesis.



El manejo procedimental implica un cambio en el significado de gobernar, haciendo referencia a un nuevo proceso de gobierno, a una condición referente de las reglas del orden o a un nuevo método por el cual la sociedad es gobernada (Alcántara, 2012: 165).

La forma de integrar la participación ciudadana a la política pública de salud de la Ciudad, como un derecho de los ciudadanos es un desafío de la democracia participativa dadas las prácticas tradicionales.

Las resistencias que operan en el espacio local para construir una cultura y prácticas democráticas, no son fácilmente removibles para dar paso a la construcción de una gobernabilidad local democrática que torne más eficaces y eficientes las políticas públicas (Ziccardi; 2008: 182).

Un rediseño institucional con criterios democráticos en la administración pública para incorporar formas de participación ciudadana no subordinadas, obliga a una efectiva descentralización del Distrito Federal orientada entre otros fines, al logro de la inclusión de los ciudadanos y sus comunidades en las decisiones del gobierno local; y supone el traspaso de poder a las delegaciones políticas y la incorporación de los intereses particulares y colectivos en esas decisiones.

Este enfoque diverge de la óptica gerencial en la que se soslayan tres aspectos: la democratización del Estado con una visión integral de la actividad social para incorporar a los ciudadanos a las decisiones de la política pública del gobierno, la observancia de los derechos humanos y las sanciones para actos de corrupción e incumplimiento de la responsabilidad gubernamental.

La democratización de la administración pública se finca en la cultura de la transparencia, la corresponsabilidad y la rendición de cuentas; acciones que permiten conocer el compromiso y las consecuencias de la gestión de los asuntos del gobierno, el modo en que se ejercen los recursos, el cumplimiento de las políticas públicas y la eficacia de las tareas colectivas. En esa posición Miguel Carbonell (2012) afirmó que en México se ha incrementado la corrupción. Con datos de Transparencia Internacional indicó que en la escala internacional el país pasó del lugar 59 en el año 2000 al lugar 103 en 2011. Entre las causas atribuibles está la impunidad ante actos de corrupción por la ineficacia del trabajo que ha hecho el Estado mexicano en ese campo<sup>5</sup>.

Un tercer eje se relaciona con el esquema de desarrollo asociado a la acción colectiva; y apunta a lo local comunitario con base territorial, como espacios geográficos y políticos en donde emergen las fuerzas de la sociedad civil. Interesa la gobernabilidad democrática en tanto capacidad para la conducción política, lo que incluye los procesos sociales y la relación entre los ciudadanos y el gobierno, así como el ejercicio, formas, espacios e instrumentos de la participación ciudadana (Ziccardi: 2006, 2008, 2012).

La gobernabilidad alude a resultados específicos que se relacionan con la eficacia de las instituciones; [...] y de la gestión pública como la herramienta a través de la cual se procede a la construcción de capacidades que permitan a la comunidad vivir con equilibrios

---

<sup>5</sup> Notas tomadas del Seminario Internacional “*Más allá de las elecciones: la democracia electoral y sus límites*” Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM junio 2012.

dinámicos, reacomodos funcionales y el cumplimiento de las metas públicas que se han definido (Uvalle, 2012: 35).

Supone también la autonomía de las organizaciones de la sociedad y su tendencia a la autogestión y a la lucha de espacios que antes ocupaban las instituciones del Estado (Peters: 1998; Brugué y Gomá: 2001, Subirats 2005).

#### **1.4. CONCEPTUALIZACIÓN Y TIPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

La participación ciudadana para efecto de este trabajo de tesis se conceptualiza como:

Formas de inclusión de la ciudadanía y sus organizaciones en las decisiones públicas [...] (lo que) supone una relación entre los ciudadanos y las autoridades gubernamentales [...], que implica cambios en su misma naturaleza porque genera interacciones entre actores públicos, privados y sociales, y que en algunos casos, adquiere una forma multimodal en red, de interdependencia, la cual requiere una nueva institucionalidad del aparato gubernamental (Ziccardi, 2009: 281).

Acorde también con esa idea, la Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal la considera como derecho de los ciudadanos para intervenir y participar, individual o colectivamente, en las decisiones públicas, en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas, programas y actos de gobierno. Esta conceptualización vincula la participación ciudadana con la construcción democrática de la vida social y la integración del ciudadano, individual o colectivamente, a la toma de decisiones en asuntos públicos relacionados al proyecto de desarrollo social del gobierno de la Ciudad y los programas de su política social.

Hay distintas clasificaciones de participación ciudadana que corresponden al comportamiento de diferentes actores, a los tipos de espacios e instrumentos y a las acciones que corresponsablemente gobierno y ciudadanía ejercen en los diversos ámbitos.

Algunos ejemplos se muestran en Putnam: 1993; Warren: 2001; Joan Prats: 2004; J. Koiman 2003 y otros; sin embargo, para analizar los espacios, instrumentos, procedimientos y la estructura operativa, en esta tesis se retoma la clasificación que hace Alicia Ziccardi al distinguir como formas principales de participación ciudadana: la institucional y no institucional y autónoma y clientelar (Ziccardi: 1993, 1998, 2004, 2007).

También se menciona la participación incluyente que promueve la participación de toda la ciudadanía, independientemente de la pertenencia o identidad partidaria, religiosa o de clase social. Un diseño de participación ciudadana basado en estos criterios no se ha puesto en práctica en ningún gobierno local del país (Ziccardi, 2007: 166).

La esencia de la participación institucionalizada reside en su reglamentación para orientar al ciudadano a que participe en los procesos decisorios de la política pública que instrumenta el gobierno. Este tipo de participación puede ser formal o informal. Se trata de una construcción social que usa los espacios, instrumentos y procedimientos institucionales del gobierno para que el ciudadano pueda concurrir en las decisiones de los asuntos públicos de manera independiente y sin formar parte de la administración pública o de un partido político.

La participación es clientelar cuando se relaciona la autoridad y los individuos o grupos a través de un intercambio de favores o cosas. Tiene sus raíces en el siglo pasado con la construcción de grupos sociales reunidos en las organizaciones corporativas ligadas estructuralmente al Estado; y posteriormente en una concepción limitada del Estado de bienestar, cuando una parte significativa del gasto público se orientó a la salud, educación y vivienda (entre otras áreas sociales), con prioridad de las acciones de equilibrio fiscal, mercado y protección de los derechos económicos, pero escasa regulación de la política pública.

La persistencia de las condiciones materiales y culturales de pobreza y exclusión social, facilitan la reproducción de prácticas clientelares, de una ciudadanía subordinada, cuya erradicación requiere la construcción de mecanismos y espacios de uso colectivo, que fortalezcan la capacidad organizativa de la localidad, y generen condiciones de empoderamiento de los ciudadanos (Ziccardi, 2012: 9).

Sin embargo la experiencia ha indicado que los grupos más activos no clientelares, participan con mayor facilidad y lo hacen desde su derecho a debatir e intervenir en política pública y asuntos públicos; aunque se enfrentan a las condiciones reales de su existencia y a que el gobierno no necesariamente garantice el ejercicio de esos derechos. En esa línea, en la Ciudad de México se instrumentalizaron diferentes programas de naturaleza obligatoria durante los gobiernos del presidencialismo autoritario, que fueron coherentes tanto con el interés del gobierno para proteger la salud de la clase trabajadora, como del capital por trasladar el costo de la protección de los trabajadores al sector público, con limitados espacios de participación ciudadana.

Un elemento que se consideró al analizar el caso de mujeres enfermas de cáncer, es que desde la participación ciudadana institucional, el gobierno puede incorporar en la reglamentación algunas acciones concretas para un contexto de enfermedad y orientar a las ciudadanas a participar en los programas sociales y bajo esa circunstancia, vincularse con los servicios que el propio gobierno ofrece para atender el padecimiento. La población abierta de mujeres enfermas, individual o colectivamente, necesita contar con disposiciones específicas de apoyo social, porque la enfermedad restringe sus actividades.

Actualmente la participación ciudadana en el PAICMA se define exclusivamente por la utilización de los servicios de salud para atender la enfermedad. La asistencia para brindar apoyo psicológico a las enfermas y sus familiares es parte de esos beneficios y el origen de la Red Rosa como organización que fue constituida por las propias enfermas bajo el amparo de INMUJERES D.F. Sin embargo sus integrantes pueden aportar elementos creativos para la construcción de un diseño participativo de tipo institucional, que opere con principios de autonomía y adecuado para incorporar su experiencia colectiva como parte complementaria y enriquecedora para el Programa. Las mujeres tienen mucho que decir sobre la forma que han enfrentado la enfermedad, pero se les escucha muy poco.

Por ello es importante promover la participación ciudadana autónoma, aquella en la que la ciudadanía participe a través de algún tipo de asociación civil o social, no gubernamental. Incidiendo en diferentes instancias de gobierno, pero sin depender ni ser controlada por éste.

Las ONG's enfocadas a la salud en Distrito Federal actúan teóricamente sin fines de lucro y apoyan desde sus ópticas particulares a grupos vulnerables afectados por diferentes enfermedades, brindan atención médica, forman comunidad, transmiten información, crean conciencia sobre los padecimientos y los derechos de los pacientes, promueven acciones para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la gente y las nuevas ciencias de la salud así como el desarrollo humano y organizacional.

La participación no institucionalizada, suele ser crítica de las prácticas institucionalizadas y del sistema. En general proponen la apertura de canales de comunicación y de intervención para contrarrestar la creación de nuevas elites de poder con acceso privilegiado a la toma de decisiones y revitaliza los poderes ciudadanos frente a las formas de cooptación (Fung y Wriqth: 2003).

#### **1.4.1. ESPACIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS**

La participación ciudadana también se organiza en forma individual o colectiva. En esta tesis se analiza su ordenamiento por su expresión afín al territorio (comités vecinales), a sectores específicos (mujeres adultas) y al tema (salud). En relación con la salud se advierte un claro déficit de representatividad social de género; en la investigación se advirtió que las mujeres se agrupan en torno a la propia enfermedad básicamente con amigas y vecinas; mujeres adultas de más de 40 años en condiciones sociales y económicas vulnerables, con trabajos no reconocidos y precarios y el estatus cultural de interpretación de la enfermedad. Las mujeres con cáncer de mama no se identifican con las formas contenidas en la legislación (como los comités) y no les interesa la vida institucional<sup>6</sup>.

La identidad y la solidaridad de las mujeres de las clases populares se facilitan por las experiencias de sobrevivencia que han tenido con la enfermedad. La Red Rosa es una agrupación de base social a la que acuden mujeres básicamente de las delegaciones políticas de menor desarrollo social, pero también de otras delegaciones e incluso de otros Estados.

La articulación de estas ciudadanas dentro del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, se basa en la atención individual, actualmente con pocas posibilidades para influir en la construcción del Programa de manera colectiva, sin embargo existe la posibilidad de convertirse en un espacio general de representación eficaz y tomar parte en las decisiones del PAICMA si se logra una información idónea y transparente, organización y asesoría. Con una dirección adecuada se puede convencer a los funcionarios, administrativos y técnicos de los centros de salud y de las unidades ambulatorias de que la participación ciudadana en los programas de salud es benéfica para todos y complementaria a las acciones institucionales y puede lograr formas creativas de colaboración.

#### **1.5. LOS INSTRUMENTOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

El alcance operativo de los instrumentos de participación están asociados a la voluntad política y compromisos que tienen las autoridades de los gobiernos con la democracia participativa, a los resultados de los espacios de debate en las propuestas ciudadanas en torno a la política pública y a su difusión e incorporación real en el proceso de toma de decisiones.

---

<sup>6</sup> En el estudio de caso (Capítulo 4), los cuestionarios aplicados sustentan esos resultados.

En materia de participación ciudadana la construcción de los instrumentos se vincula al diseño de las políticas públicas para abrir los canales de participación, lograr el apoyo institucional y alcanzar una relación de cooperación y propuestas entre el gobierno y la ciudadanía. También influye el tipo de representación local y los intereses de la población para incorporar sus ideas e influir en las decisiones de los programas. El tiempo de duración de los instrumentos se vincula generalmente a los objetivos y periodos de gobierno.

Para el análisis de los instrumentos de participación ciudadana se usó la clasificación de Alicia Ziccardi ordenada en tres tipos, de acuerdo a los objetivos que tiene esa participación en la política de salud y en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama:

- **Instrumentos de consulta pública** para tomar una decisión, tales como las encuestas o preguntas puntuales en torno a un problema social, a través de medios de comunicación masivos o internet o de instrumentos de democracia directa como son el plebiscito y el referéndum.
- **Instrumentos de diseño de políticas sociales** como son la consulta especializada en comités o comisiones de expertos y/o representantes de grupos de interés sobre determinada problemática, por ejemplo ambiental, cultural, de salud, de género.
- **Instrumentos de diseño, aplicación y monitoreo de políticas sociales** como son la planeación estratégica o participativa en las contralorías sociales y el presupuesto participativo (Ziccardi; 2004:261).

En México los instrumentos de participación ciudadana básicamente se han orientado al terreno político electoral dentro de la democracia representativa. Sin embargo en el Distrito Federal con la apertura de los gobiernos democráticos se planteó una política pública planeada y vinculante en sus programas, con integración de la ciudadanía.

En la política de salud del D.F realmente sólo se hace mención de las acciones del gobierno para fomentar la participación de las personas y de la comunidad en la promoción de mecanismos para la participación de la población en la definición, vigilancia y desarrollo de los programas de salud. Básicamente se refiere en forma general a las acciones de promoción de hábitos y colaboración voluntaria controlada por las autoridades para ayudar al sistema.

La población puede informar sobre irregularidades o deficiencias en la prestación de servicios de salud y sugerir acciones para mejorarlos. Asimismo el Reglamento de la Ley de Salud sólo menciona que el Sistema de Salud del Distrito Federal promoverá y apoyará la formación de grupos y asociaciones para participar organizadamente en los programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva.

El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama cuenta con algunos instrumentos de diseño como el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa y teóricamente se menciona en la reglamentación aspectos de planeación.

## **1.6. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

Participar en las políticas públicas de salud es colaborar e intervenir desde su diseño, hasta su evaluación en un proceso que adquiere sentido cuando su objetivo es lograr un desarrollo social en el cual la salud es para la gente un elemento primordial.

Los instrumentos del gobierno para conducir el desarrollo social en el área de la salud y decidir los asuntos públicos que le competen, son las políticas públicas y particularmente la política social y la política de salud con sus respectivos programas.

Para Alicia Ziccardi las políticas públicas son formas de intervención y o programas de acción de las autoridades que tienen y ejercen el poder de poder público y de legitimidad gubernamental, para dar soluciones a diferentes asuntos públicos (Ziccardi, 2008: 8).

Para Joan Subirats son decisiones o acciones intencionalmente coherentes, tomadas de diferentes actores públicos y a veces no públicos, con diferentes recursos, nexos institucionales e intereses, para resolver un problema políticamente definido como colectivo, un aspecto fundamental, de la política pública es la utilización del poder político para resolver el problema colectivo (Subirats, 2008: 37).

**Una política pública** en el área de salud que introduzca una visión de participación ciudadana implica crear nuevas y diferentes modalidades para proteger ese derecho que tienen los habitantes del Distrito Federal, diseñando nuevas relaciones entre ciudadanos y autoridades gubernamentales. Como parte de esa política debe crearse una nueva institucionalidad del aparato gubernamental y una articulación distinta con el Estado para construir condiciones de equidad social; se trata de construir condiciones de equidad social y promover y garantizar el ejercicio de esos derechos de la ciudadanía (Ziccardi: 2010, 2012; Cabrero: 2007; Subirat: 2008).

**Las políticas sociales** como parte de las políticas públicas son aquellas que tienen como principal objetivo crear condiciones de equidad social, así como promover y garantizar el ejercicio de los derechos de la ciudadanía. Además se dirigen al conjunto de la población adoptando criterios de universalidad, porque son parte de la responsabilidad social del Estado (Ziccardi: 2012, 2008; Cordera: 2012).

Los servicios de salud se organizan a través de normas, acciones y recursos y participan funcionarios públicos y actores sociales y privados (asociaciones, sectores público y privado, sindicatos, servidores de la salud, ciudadanos y administradores); asimismo tienen programas con proyectos que persiguen determinados objetivos y en los que se establecen las prioridades de la intervención pública y los recursos asignados (Organización de Naciones Unidas).

Se trata de resolver asuntos de interés colectivo, cuya solución implica objetivos, recursos, iniciativas, decisiones y acciones, no sólo del campo de los servicios de salud, sino desde el conjunto de sus determinantes sociales. La salud como fenómeno social, requiere complejas formas de acción política intersectorial con frecuencia vinculada a la agenda de justicia social (Murayama y Cordera: 2012).

**La política de salud** en la Ciudad se define como instrumentación de las acciones del gobierno para proteger la salud de todos los habitantes del Distrito Federal y proporcionar los servicios respectivos a que tienen derecho los habitantes, bajo los principios de universalidad, equidad y gratuidad.

La Ley de Salud trata sobre el derecho a la protección y acceso a la salud como prestación del Estado y describe los servicios básicos de sistema de salud, las instituciones y autoridades que intervienen en la prestación de ese servicio público, sus ámbitos de competencia e instrumentos; puntualiza la realización de algunas tareas para las enfermedades más importantes que afectan al Distrito Federal. Sin embargo en materia de participación ciudadana sólo se menciona la necesidad de crear y promocionar esquemas de participación de la población, en todos los aspectos relacionados con la salud.

## **CONCLUSIONES**

El marco teórico de esta investigación se fundamentó en el enfoque ideológico, los aspectos legales y la parte instrumental de la participación ciudadana en la política pública de salud. Se hace uso de la clasificación que elaboraron Ziccardi y Saltalamacchia (2004) sobre los tipos de participación ciudadana, específicamente la de orden institucional, que se considera la más idónea para construir una forma novedosa de participación con las integrantes de la Red Rosa en el Programa de cáncer de mama.

En el país los derechos humanos se sustentaron básicamente en un Estado que pretendió constituirse como de bienestar y otorgó derechos prestacionales de difícil concreción a su población. Con esa visión se construyó el marco legal de los derechos y se diseñó la instrumentación institucional para proveer a los ciudadanos de servicios fundamentalmente para la salud, educación y vivienda siempre que el Estado contara con los recursos presupuestales suficientes, pero el diseño de este tipo de derechos no obligó a un resultado funcional y operativo ni a un propósito de cumplimiento.

En el México contemporáneo las formas de gobierno insertas en un mundo globalizado y la necesidad de crear condiciones para lograr una sociedad menos desigual, se plantean otro tipo de derechos acordes con la democracia participativa, como es el derecho a participar en la política pública del gobierno y en sus programas. Sólo en esa perspectiva la política pública podrá repercutir en las condiciones para alcanzar el proceso de desarrollo equitativo deseado y hacer realidad los derechos de su sociedad. Sin embargo lograrlo le concierne a otra clase de Estado de bienestar de tipo social, con criterios democráticos universales y principios sustantivos de desarrollo.

Esa concepción plantea una nueva visión de Estado y un rediseño de instituciones, espacios e instrumentos de inclusión social, porque la construcción de una ciudadanía participativa ha estado restringida por la cultura cívica originada en años de gobiernos autoritarios y por la relación de subordinación y dependencia entre gobierno y ciudadanía; también influye la fragmentación social dada la exclusión, pobreza y falta de equidad de su población, así como la limitación de los ciudadanos para exigir el cumplimiento de sus derechos.

**SEGUNDA PARTE**  
**LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL DISTRITO FEDERAL**  

---

**CAPÍTULO 2 LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL DISTRITO FEDERAL**

## **INTRODUCCIÓN**

En la primera sección de este capítulo se exponen los fundamentos ideológicos, legales e instrumentales de la participación ciudadana en el Distrito Federal en correspondencia con la metodología que se eligió para su análisis.

Los fundamentos ideológicos se vinculan a la democracia como régimen de gobierno y su visión de política pública; particularmente en el Estado de bienestar de los 70's y 80's cuando se concibió una forma de planificación que incluyó a la participación ciudadana como un elemento central del desarrollo social.

En el Distrito Federal la participación ciudadana se ha relacionado con las formas tradicionales de representación que han operado en la Ciudad y en las delegaciones políticas; así como con figuras que se fueron transformando a partir de las diferentes visiones de gobierno de la Ciudad; desde su condición de Departamento del Distrito Federal hasta el actual Gobierno del D.F. que plantea un intento de democratización. En esa trayectoria se distinguen tres periodos de gobierno (1997 - 2000; 2000 - 2006 y 2006 a la conclusión del Gobierno de Marcelo Ebrard).

Los fundamentos legales de la participación ciudadana en el campo de la salud de la Ciudad se organizan principalmente con cuatro leyes y los respectivos reglamentos: la Ley de Planeación del Desarrollo, la Ley de Desarrollo Social, la Ley de Salud y la Ley de Participación Ciudadana. En cada una se analizan las bases normativas de la participación ciudadana.

Los fundamentos instrumentales se relacionan con el diseño de la participación ciudadana en la política pública y la estructura institucional del gobierno para definir los programas; se pone énfasis en la administración pública como elemento regulador y coordinador de las unidades que integran los sistemas institucionales del gobierno y se precisa el papel de la gobernanza y la gobernabilidad en el Distrito Federal para lograr esa participación ciudadana.

Como rubros prioritarios se examinan el presupuesto y la información; el primero debido a que el derecho a la participación ciudadana en la política pública forma parte de los derechos humanos de corte social cuyo cumplimiento no es un mandato obligatorio, sino de orden programático que se relaciona con el presupuesto asignado; y la información como instrumento fundamental para la construcción de la participación ciudadana en la operación de los programas y para la toma de decisiones de los gobernantes y de la sociedad gobernada.

Como ejemplos de información se analizaron dos periódicos (El Universal y La Jornada) y los resultados dan cuenta de la visión limitada que algunos medios de información tienen sobre la participación ciudadana en el tema de la salud en el Distrito Federal.



Como parte del soporte instrumental se examinan los espacios y se presentan los instrumentos que se asientan en las leyes relacionadas con esa participación ciudadana: desarrollo social, planeación del desarrollo, salud y la participación ciudadana de la nueva Ley.

El capítulo finaliza con la clasificación de los tipos de participación ciudadana en el Distrito Federal de acuerdo a la metodología que se construyó para esta investigación, los cuales se relacionan con algunas nuevas formas democráticas de participación y las tradicionales que todavía están presentes en el gobierno.

## **2.1. LOS FUNDAMENTOS IDEOLÓGICOS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

La democracia como régimen de gobierno adquiere sentido cuando responde a los intereses de la población y tiene una visión de política pública incluyente que se observa en la práctica.

El tema de la participación ciudadana en la salud amerita un análisis de la relación de los ciudadanos con los programas de salud del gobierno del D.F. especialmente con las formas de democracia y la construcción de sus herramientas institucionales y administrativas para la toma de decisiones.

En México la participación ciudadana por muchos años se ha dirigido a los procesos electorales y a la utilización y goce tradicional de los bienes y servicios que proporciona el gobierno, aunque también se ha tenido experiencia de algunos movimientos sociales (ferrocarrileros, maestros, médicos, el de los estudiantes de 1968, el movimiento Zapatista y en fechas recientes las marchas por la inseguridad y el perdón).

El concepto de ciudadanía como ejercicio de derechos y obligaciones se afirmó en el Estado de Bienestar, cuando se consideró a la salud como bien público, sin embargo se ha limitado la construcción de la ciudadanía y la efectividad de ese derecho en parte, por la fragmentación del sistema de salud y por la falta de desarrollo de una cultura ciudadana que aumente la capacidad de acción colectiva y garantice el acceso a los bienes colectivos.

El ejercicio de la participación ciudadana para la construcción de la política social en el Distrito Federal, en general también ha sido escaso. En ese tema se ha hecho patente que las reglas que norman la política pública determinan lo que con anterioridad políticamente se ha decidido, pero sin la participación ciudadana.

En el Estado de bienestar algunos programas de inversión se hicieron en unión con las comunidades: en la selección, las actividades, la operación y en el mantenimiento; en el caso de la atención a la salud se propició la segmentación porque se articuló a partir del factor trabajo, lo que excluyó a un alto porcentaje de la población.

En el Distrito Federal la participación ciudadana se ha relacionado con las formas tradicionales de representación que han operado en la Ciudad y en las delegaciones políticas; así como con figuras que se han ido transformando de acuerdo con las diferentes visiones de gobierno: asambleas vecinales, comités ciudadanos y otras cuya instrumentalización demandan espacios comunes de interacción y temas de discusión para influir en la política social local del sector salud.

En 1970 el Departamento del Distrito Federal (antecedente del actual Gobierno del D. F.) era un órgano público descentralizado de la administración federal, encargado del gobierno de la Ciudad, pero no se contaba con un órgano propio con facultades legislativas; el Congreso de la Unión legislaba lo concerniente al Distrito Federal y la estructura política del Departamento mostraba la ausencia de espacios de comunicación y organización entre la ciudadanía y el gobierno.

La representación vecinal en la Ciudad se caracterizó en mucho tiempo por estar ceñida a las organizaciones formales o gremiales, vinculadas al gobierno y por ser dirigida a través de mecanismos de designación. En esos años se creó como una nueva instancia de participación la junta de vecinos, pensada básicamente como órgano de colaboración ciudadana desde la misma estructura corporativa y por tanto ajena a la comunidad, lo que limitó su funcionamiento.

En el periodo de 1928 a 1977 no obstante la conflictividad social de la Ciudad, no hubo reformas sustanciales; el presidente gobernaba la Ciudad en la figura del Regente. Entre 1977 y 1979 se crearon nuevas formas de participación ciudadana: referéndum, iniciativa popular, comités de manzana y juntas de vecinos; básicamente fueron espacios para legitimar decisiones y tuvieron un limitado enfoque de atención de las diferentes áreas y poca representatividad e interés ciudadano. Particularmente en 1978 se crearon las asociaciones de residentes y los comités de manzana, como figuras de participación que funcionaban junto con las juntas de vecinos y el Consejo Consultivo de la Ciudad de México; éstos últimos tenían una base de elección libre y operaban como intermediarios de las demandas ciudadanas con la delegación. Las instancias no funcionaron por las muchas deficiencias en la representación, la falta de recursos para operar y el control de la estructura de poder que ejercía el sistema político sobre la base social.

Las primeras formas de participación política autónoma tuvieron su origen en el desastre sísmológico de 1985. Antes ya se había cuestionado las bases autoritarias del Partido Revolucionario Institucional (PRI). En 1987 algunos líderes sociales afiliados al PRI, Cuauhtémoc Cárdenas y Porfirio Muñoz, crearon un frente democrático para las elecciones de 1988 y rompieron con el Partido.

En 1988 se modificó la Ley Orgánica del D.F. y se creó la Asamblea de Representantes la cual constituyó un primer paso para una forma de gobierno más democrática ya que se pudo elegir representantes para un órgano de representación ciudadana.

En 1993 se propuso la creación de Consejos Delegacionales y también se convocó a un plebiscito ciudadano para conocer la opinión sobre la forma de gobierno de la Ciudad.

Con la reforma de 1993 se expidió el Estatuto del Gobierno del Distrito Federal; se propuso una reforma administrativa orientada a la descentralización de funciones y se fijaron las bases para la elección democrática de los consejos ciudadanos de representación vecinal. La idea fue que con un total de 365 áreas vecinales los ciudadanos participaran en los 16 programas de las demarcaciones territoriales. La importancia de esta forma estatutaria fue el primer propósito institucional de participación ciudadana con visos democráticos en el ámbito público; con el Estatuto de Gobierno del Distrito Federal de 1994 ya se concebía a la participación como un derecho de los ciudadanos para introducirse en las decisiones y

acciones públicas. En ese contexto en 1996 se discutió la Ley de Participación Ciudadana del D.F. para elegir representantes para los consejos y se realizó la elección de consejeros ciudadanos. El Estatuto fue reformado en 1997 y actualizado en diversas ocasiones, la última en 2008. En él se reconoce a la participación ciudadana como elemento sustantivo en problemas de interés público y como principio estratégico para la gobernabilidad de la Ciudad.

Es importante mencionar que no se encontraron señalamientos específicos sobre la gestión en materia de salud para la prestación de servicios ante la delegación, no obstante que dentro de las facultades de los consejeros estaba la supervisión de algunas áreas de atención social, los servicios comunitarios y las prestaciones sociales; asimismo que las resoluciones de los consejeros en los programas operativos de las delegaciones políticas tendrían carácter vinculatorio, siempre que las decisiones no fueran sometidas a consulta ciudadana.

Continuaron operando las organizaciones vecinales y los comités de manzana como órganos de participación facultados para efectuar actividades con las delegaciones. En esa época algunas organizaciones, como el Movimiento Ciudadano por la Democracia, La Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, y Mujeres en Lucha por la Democracia, trataron de construir espacios de interlocución con el gobierno y los partidos políticos y lograr la participación de los ciudadanos en el desarrollo social local y en los derechos de los ciudadanos:

Se trataba de asumir la corresponsabilidad social, participar en la orientación de las políticas públicas, fortalecer y ampliar el sistema de derechos [...] y tomar parte desde esos ámbitos en la construcción ciudadana [...], y en la construcción de puentes y espacios de interlocución con el gobierno y los partidos políticos, e impulsar el diseño de leyes e instrumentos normativos para la regulación de sus actividades y la reglamentación de los espacios de interlocución (Álvarez; 2006: 61).

Las participantes de algunas organizaciones feministas organizaron la *Red de la Salud de las Mujeres*, para luchar por el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y por el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud (Álvarez: 2006).

La primera Ley de Participación Ciudadana en el Distrito Federal fue aprobada en 1995. En ella se crearon los consejos como instrumentos de participación ciudadana, los cuales fueron revocados al año siguiente.

Asimismo se asentó que los delegados políticos y los consejos electos de los ciudadanos, podían participar en los problemas vinculados con la Ciudad; sin embargo, la limitante se presentó por la estructura partidista de la Asamblea. Los partidos políticos con registro no podían postular candidatos a consejeros ciudadanos, lo que provocó que se organizaran con diferentes formas encubiertas para poder participar.

Según el Comité Central de la Comisión de Integración de los Consejos Ciudadanos, la participación electoral fue de 21.33% y aunque con gran porcentaje de votos nulos (20%) fue la más alta que se ha logrado. De la lista nominal de candidatos a consejeros ciudadanos, Iztapalapa fue de las delegaciones de más baja participación (19.53 % de votación) junto con

Benito Juárez, Coyoacán, Álvaro Obregón, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza (Instituto Electoral del Distrito Federal).

La estructura de gobierno mantuvo el control político centralizado de la Ciudad no obstante la elección de las figuras señaladas. La participación ciudadana se mantuvo acotada frente al poder del delegado y del Departamento del Distrito Federal. Hasta 1997 la Ciudad siguió tutelada por el Presidente de la República quien designaba al Regente.

Hubo un importante reclamo ciudadano por la falta de representación en los órganos de gobierno del Distrito Federal y porque el Jefe de Gobierno era nombrado por el Presidente de la República<sup>7</sup>. También se demandaba un órgano propio para el Distrito Federal que contara con facultades legislativas. El proceso de democratización amplió los derechos políticos de la ciudadanía y replanteó los órganos de representación; lo que repercutió en la transformación de la representación vecinal y en el rediseño de los instrumentos para la participación ciudadana en los asuntos públicos.

En 1997 entró en funciones la primera Asamblea Legislativa que reemplazó a la Asamblea de Representantes y los habitantes de la Ciudad pudieron elegir por primera vez y por sufragio universal al Jefe de Gobierno. No obstante se tuvieron inconvenientes porque todavía sus facultades estuvieron limitadas y algunas de sus decisiones sujetas al veto del Ejecutivo o al Congreso de la Unión; además la estructura se hizo con base en el esquema territorial.

Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano que encabezó la coalición de los partidos de izquierda (Partido de la Revolución Democrática y el Partido del Trabajo), fue electo para gobernar la Ciudad de México con el 48.11% de los sufragios. Desde entonces ese partido ha ganado las elecciones para Jefe de Gobierno del Distrito Federal en tres ocasiones consecutivas (2000, 2006 y 2012).

En ese año el Jefe de Gobierno suspendió los consejos y por medio de la Ley de Participación Ciudadana creó los comités vecinales, que no funcionaron adecuadamente entre otras razones, por la confusión de los ámbitos de acción de las delegaciones, barrios y colonias.

En ese periodo los esfuerzos de apoyo se dirigieron a los grupos vulnerables y a la promoción de una democracia participativa con la organización vecinal que sin embargo no logró institucionalizarse. Lucía Álvarez considera que la construcción de ciudadanía se observó en las agrupaciones de vecinos y en las organizaciones civiles de sectores avanzados; pero eran núcleos muy acotados de la ciudad, que sin embargo fueron referencia para nuevos comportamientos de los ciudadanos (Álvarez: 2006).

Se hicieron reformas buscando disminuir el poder de la figura presidencial y la hegemonía del Partido Revolucionario Institucional que se habían mantenido por varias décadas en el poder. En la práctica sólo se participó en temas relacionados con el aprovechamiento de la vía pública, modificaciones de uso de suelo, seguridad pública y giros mercantiles.

---

<sup>7</sup> Actualmente en pleno siglo XXI algunos funcionarios de vital importancia como el Procurador y el Jefe de la Policía todavía son designados por el Presidente de la República

El Informe Final del Consejo de Evaluación de 2011, califica a los comités vecinales creados en 1997 como órganos débiles y divididos que se estancaron o desaparecieron. Asimismo los espacios e instrumentos diseñados en esa administración fueron efímeros y a la larga resultaron ineficaces por inconsistencias del marco legal y falta de reglamentación adecuada.

### **2.1.1. GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL 1997-2000**

En la Ciudad de México los tres últimos gobiernos han buscado crear procesos democratizadores y se han afanado por lograr una ciudad de derechos. En la salud se ha conseguido avanzar en los programas, infraestructura y equipamiento, no obstante la destrucción en general del Estado de bienestar como consecuencia, entre otras causas, de las crisis económicas y de la fragmentación del sistema, originado y a su vez agravado por la permanencia de la desigualdad, pobreza y exclusión.

Se han logrado espacios de libertad que han conducido a un nuevo concepto de ciudadano y han sido un incentivo para alcanzar una política orientada a la participación; se conquistaron los derechos políticos ensanchando las posibilidades de los ciudadanos en la elección de sus gobernantes y se han conseguido algunos derechos sociales para acotar los poderes del Estado y acometer una labor redistributiva del ingreso en busca de la igualdad.

Sin embargo también se han reproducido nuevas formas clientelares vinculadas con el gobierno o con el partido entre las cuales se mencionan grupos como Antorcha popular y el Frente Popular Francisco Villa:

La reproducción de ciertos fenómenos y la refuncionalización de ciertas prácticas en la relación gobierno sociedad, condujeron a la construcción de un neocorporativismo y a la implantación de nuevas modalidades de relaciones clientelares [...] se trata de un momento en que las restricciones presupuestales en campos del empleo, salud y la vivienda, se convierten en poderosos condicionantes para una política de inclusión [...] pese a la creación de instituciones y políticas de apertura y a la institucionalización de la participación, las opciones de integración son realmente escasas y el discurso gubernamental está por encima de la capacidad incluyente de la Ciudad (Álvarez; 2006: 64).

El ejercicio de los derechos se formula a partir de una visión integral del universo económico y social en el ámbito en el que actúan los ciudadanos; en ese sentido, el papel que ha mostrado el gobierno de la Ciudad con una orientación hacia los derechos sociales como elemento de desarrollo distributivo, ha avanzado y se han planteado acciones para lograr la igualdad social participando en una interlocución con las organizaciones sociales y los ciudadanos.

En esos 18 años de gobiernos se ha propuesto una relación diferente con la ciudadanía, con nuevas formas de derechos de inclusión social en algunos procesos, incorporando actores gubernamentales y diferentes grupos de la sociedad como ONGs, académicos, agrupaciones profesionales y ciudadanas; con nuevos instrumentos y acciones participativas en los Programas.

Los retos del nuevo gobierno surgieron en torno a la gobernabilidad democrática que requería una relación diferente entre el gobierno y la sociedad; con esa idea se diseñó la reforma política integral para la Ciudad y la construcción de una estructura jurídico-política, acorde

con una democracia representativa que permitiera avanzar hacia la democracia participativa y a la construcción de un gobierno plural.

Las acciones se dirigieron a Institucionalizar la participación ciudadana, a construir esas nuevas relaciones entre el gobierno y la sociedad; a organizar a la ciudadanía y reorganizar el entramado institucional del gobierno: instituciones, normas y procedimientos públicos y una cultura de la participación ciudadana (Lombera y Cabrera: 1998).

El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 1998 – 2000 se basó en una política social integral fundamentada en un esquema de crecimiento sustentable con equidad, capaz de establecer mecanismos de corresponsabilidad entre gobierno y sociedad. Se promulgaron tres nuevas leyes: Ley de Participación Ciudadana (1998); Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal (2000) y la Ley de Fomento a las Actividades de Desarrollo Social de las Organizaciones Civiles (2000).

Las modalidades de colaboración pretendían lograr la interlocución con la ciudadanía y las organizaciones e incorporar sus opiniones en las políticas públicas y en las acciones de gobierno. Así se definieron tres ejes estratégicos: 1) la creación de una institucionalidad democrática; 2) la formulación de políticas incluyentes y; 3) la recuperación de la responsabilidad social del Estado.

La segunda versión de la Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal de diciembre de 1998 incluyó el plebiscito, el referéndum, la iniciativa y la consulta popular como instrumentos de participación ciudadana.

La figura de los comités vecinales básicamente tenían el propósito de gestionar, evaluar y supervisar las demandas ciudadanas en temas relacionados con lo público, pero sólo funcionaron como gestoría para canalizar las quejas de los ciudadanos ya que los temas de participación estuvieron limitados. Los ciudadanos no fueron incluidos en las decisiones y acciones públicas.

En el Primer Encuentro de Experiencias Latinoamericanas sobre Gobernabilidad Democrática y Participación Ciudadana, convocado por el Consejo de Educación de Adultos de América Latina y el Gobierno del Distrito Federal en febrero de 1998, se mostraron algunos ejemplos de participación: el Centro Operacional de Vivienda y Poblamiento A.C; los integrantes de la Red de Poder Local (REPPOL) y la Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia en el Distrito Federal.

La necesidad de que el ciudadano tuviera un espacio de acceso a la participación en la política social de la Ciudad y pudiera incluir sus intereses en la agenda pública y salir de las prácticas de participación tradicionales, llevó a los gobiernos perredistas a proponer la construcción de una soberanía democrática, con relaciones diferentes a las tradicionales.

Sin embargo, según Manuel Canto integrante del Portal de Innovación Ciudadana para Construir una Gestión Pública Participativa en Espacios Públicos de Concertación Local, la fragilidad de los acuerdos, incluso los que se convirtieron en ley, no fueron producto de una verdadera propuesta y movilización ciudadana. La participación avanzó, pero al privilegiar a

los comités vecinales formados en su mayoría por grupos clientelares, se reprodujeron las prácticas tradicionales y no lograron constituirse en una expresión de auténtica ciudadanía.

También se instituyeron los consejos consultivos como otras instancias de participación en las secretarías del Distrito Federal y en los programas de gobierno; se hicieron foros, consultas y abrieron espacios de deliberación y cooperación entre gobierno y sociedad, como la Coordinación de Enlace y Fortalecimiento de la Sociedad Civil y la Coordinación General de Participación Ciudadana y Gestión Social; ambas dependientes de la Secretaría de Gobierno.

Básicamente las acciones se dirigieron a promover:

- 1) redes de interlocución como la Plataforma de Organismos Civiles y el Foro de Corresponsabilidad.
- 2) algunos programas dentro de los cuales destacaron los proyectos de coinversión social (Gobierno del Distrito Federal y la Agencia Holandesa NOVIB) y el Programa de Mejoramiento de Vivienda (Coalición Hábitat México, Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda y el Instituto de la Vivienda del Distrito Federal).
- 3) la planeación Participativa con académicos, profesionales, organizaciones sociales, civiles y vecinales y la consulta pública.
- 4) la descentralización de la participación en las redes vecinales con una representación más horizontal.

En las elecciones vecinales de 1999 el porcentaje de participación cayó casi 12 puntos respecto al que se había logrado en 1995, también se modificó la estructura de votación de las delegaciones y aunque todas disminuyeron su participación, la más baja que en 1995 fue Benito Juárez, fue superior a la más alta de 1999 que fue Cuajimalpa.

Rosas Montero representante del Partido de la Revolución Democrática (PRD) en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, expuso que las organizaciones ciudadanas que fueron activas políticamente, sobre todo en la reivindicación del espacio público, no accedieron a los mecanismos institucionalizados por los desacuerdos internos del PRD y de los otros grupos parlamentarios.

Tampoco se logró la atención de las demandas ni alguna participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y tras la primera votación se dio el rompimiento para la elección de nuevos comités.

Sergio Zermeño García explicó<sup>8</sup> que no obstante que la Ley establecía la renovación de los comités cada dos años, las elecciones se realizaron hasta 1999. Así los consejos se suspendieron desde 1999 hasta el 2005, año en que se volvieron a votar.

---

<sup>8</sup> Conferencia impartida en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2012

## **2.1.2. EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL 2000-2006**

El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2000-2006 situó a la participación ciudadana como el eje articulador de las acciones de gobierno y una propuesta de transformación cultural de la relación entre la sociedad y sus autoridades.

Andrés Manuel López Obrador, segundo Jefe de Gobierno del Distrito Federal, inicialmente tuvo el propósito de operar los comités vecinales como gobiernos ciudadanos, pero en la práctica y adicionalmente a lo establecido en la Ley de Participación Ciudadana, cambió los 2300 comités vecinales por gobiernos vecinales. Estos operaron con problemas de estructura y con restricciones de vinculación.

Martínez Assad en el Foro Diálogos por una Ciudad Sustentable, Retos y Perspectivas, organizado por la Universidad Nacional Autónoma de México en el Palacio de la Autonomía en septiembre de 2011, mencionó que no se logró el porcentaje de elección legal para constituirse y posteriormente se deshicieron esas figuras.

En esa etapa la organización de la Ciudad se hizo en torno a las necesidades electorales y el Distrito Federal se dividió en 1352 unidades territoriales y se puso en práctica el Programa Integrado Territorial de Desarrollo Social con consejos consultivos; y algunos otros como el de Coinversión para el Desarrollo Social. La población tampoco fue consultada ni informada de las ventajas que representaba la división en unidades territoriales. En la práctica el esquema separó a las colonias que anteriormente formaban una comunidad y rompió la identidad comunitaria de la población (Provencio y Yunes: 2006).

Sin embargo se mantuvo la unidad de Coordinación de Enlace y Fortalecimiento de la Sociedad Civil, en la Secretaría de Gobierno, aunque sin una política definida y con escasas acciones operativas. Asimismo la Coordinación General de Participación Ciudadana (antes adscrita a la Secretaría de Gobierno), se convirtió en la Dirección General de Participación Ciudadana de la Secretaría de Desarrollo Social, que tuvo influencia del modelo brasileño creado en 1998 en Porto Alegre con una idea de cogobierno municipal y el presupuesto participativo como su principal herramienta. En el Distrito Federal con la aplicación de ese modelo, se quería lograr un contacto directo entre los ciudadanos y el jefe de gobierno y sus distintas dependencias.

En 2002 el Programa de Participación y Desarrollo Comunitario contempló la creación de comisiones como núcleos básicos de organización vecinal, con temáticas y acciones definidas. La mayoría de los promotores vecinales se vincularon a campañas electorales limitando su visión de la participación ciudadana; por otro lado el bajo nivel educativo de la población restringió la instrumentación de sus demandas (Ziccardi y Mier: 2012).

Los comités y asambleas vecinales no funcionaron como verdaderos espacios deliberativos para la participación ciudadana y la relación entre el gobierno de la Ciudad y las organizaciones civiles funcionó sin continuidad de los compromisos asumidos. Nuevamente la población no participó en las decisiones importantes de los programas de gobierno; además, las acciones de participación se decidieron en forma centralizada con escasas herramientas. Particularmente los programas de salud estaban desvinculados y carecían de acciones comunes coordinadas.



En abril de 2004 se propuso la tercera versión de la Ley de Participación Ciudadana y la figura de comités ciudadanos que sustituyeron a los vecinales. La votación se efectuaría en abril del año siguiente, pero en julio de 2005 la Ley otra vez se modificó y se dispuso que el proceso electoral concluiría en septiembre y octubre siguientes. Nuevamente se incumplió tal disposición.

Cabe mencionar que con anterioridad a la incursión perredista existieron experiencias de participación ciudadana en la Ciudad. El Profesor Hank González (1976-1982) incluyó en su estructura a las juntas vecinales, las manzanas y las colonias; y no obstante el orden piramidal del Partido Revolucionario Institucional, operaron intermediarios impulsados por las organizaciones sociales y civiles que funcionaron como interlocutores para negociar algunos temas sociales (Ziccardi: 1995).

Asimismo a nivel nacional se crearon otros comités ciudadanos durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari en el Programa de Solidaridad. Procedían como grupo de trabajo institucional visitando a las comunidades, principalmente rurales para negociar la obra pública, que no siempre se hacía con la participación ciudadana. Se utilizaron los recursos etiquetados del presupuesto federal y los del producto de la venta de bancos; dentro de una estructura vertical autoritaria el comité decidía sobre la aplicación del gasto, aunque en la práctica las decisiones se tomaban en función del poder de los delegados y en menor medida por el peso político de la organización.

Algunos comités lograron apoyo para sus demandas, como fue el caso del Comité de Villa Ayala de tradición zapatista. Incluso se crearon coordinaciones para enlazar los comités y las instituciones gubernamentales, aunque hubo enfrentamientos de los delegados y los ejecutivos del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) por diferencias en la aplicación del presupuesto.

Se destacó el liderazgo de los maestros vinculados al sindicato (corporativo) y la organización de los comités de los almacenes rurales de DICONSA, cuyos ciudadanos decidían el abasto de granos, dentro del Programa Rural del gobierno; sin embargo en el ámbito urbano el cambio se dio hasta la llegada del Partido de la Revolución Democrática (PRD) al Gobierno de la Ciudad y su idea de un Estado con responsabilidad social compartida entre ciudadanos y gobierno; desde entonces se ha tratado de construir la inclusión de los ciudadanos mediante la estructura de varias leyes y con diferentes espacios e instrumentos.

Las instancias institucionalizadas de participación ciudadana han continuado sin precisar sus atribuciones para hacerlas operativas, no obstante que la Ley de Participación Ciudadana del 2004 se elaboró en conjunto con los ciudadanos, que se contemplaron mecanismos de inclusión social que ya aparecían en la legislación de 1998 y que se crearon nuevos instrumentos como rendición de cuentas, contralorías ciudadanas y la asamblea ciudadana.

La política de participación ciudadana ha sido y es importante para la gobernabilidad. Se trata de que los ciudadanos puedan concurrir al diseño de las diferentes etapas de las políticas públicas; sin embargo en la última evaluación de la política social se concluyó que “no hubo visión integral, ni se buscó el ejercicio ciudadano [...] la estructura, demuestra el grave error que ha sido forjarla sin una participación ciudadana autónoma, incluyente y equitativa” (CONEVAL, 2011: 26).

### **2.1.3. VISIÓN DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL 2006-2012.**

En México la participación ciudadana se ha dirigido tradicionalmente a los procesos electorales y a la utilización de los bienes y servicios que proporciona el gobierno sobre todo a los sectores populares. La experiencia de la participación de los colectivos sociales y ciudadanos ha sido dirigida y clientelar y en menor medida se ha dado en algunos movimientos sociales.

El concepto de ciudadanía para el ejercicio de derechos y obligaciones se afirmó en el Estado de Bienestar, pero en general, la práctica de la participación ciudadana para la construcción de la política social ha sido escasa y su diseño con base en los derechos ciudadanos reducido o complementario.

La democracia representativa de partidos no satisfizo las expectativas de representación de los intereses de la mayoría de los mexicanos en los asuntos públicos. Además se incrementaron los porcentajes de pobreza, marginalidad y exclusión de la población. En ese contexto, el reto de la gobernabilidad democrática ha intentado una relación diferente entre el gobierno y la sociedad, acorde con una democracia que avance hacia la participación y a la construcción de un gobierno plural.

La Ciudad ha modificado la política de participación ciudadana conforme los enfoques de desarrollo y el estilo personal de gobernar de los jefes de gobierno de las diversas administraciones; también han contribuido las formas tradicionales de representación y las nuevas figuras creadas en los diferentes gobiernos que se han instrumentadas en leyes.

Se han logrado avances en la construcción de la participación ciudadana en la Ciudad: la transformación de la estructura de la Asamblea de Representantes a Legislativa, en el entramado institucional del gobierno local, en la elección de los jefes delegacionales y en los derechos sociales.

Sin embargo todavía hay determinantes estructurales que acumulan las desventajas sociales y limitan la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos. La pobreza, la exclusión y la educación tienen particular relevancia sobre la calidad de vida de la gente y sus posibilidades de participación en la vida pública.

El gobierno todavía no se apoya en el debate democrático y la población no exige rendición de cuentas de la política pública o de las acciones de gobierno. La intervención de la sociedad civil es pasiva y marginal y con excepciones, no se incluye en el diseño de las políticas públicas.

También las estructuras institucionales han dificultado la participación de los ciudadanos en temas de su interés. La asimetría que existe entre las delegaciones políticas y la falta de coordinación de espacios a nivel local y central han generado obstáculos.

Asimismo la calidad y falta de información, o su asimetría, son otros obstáculos para valorar la participación ciudadana y las necesidades de la población. En un escenario de desigualdad la información adquiere relevancia porque el derecho a su acceso es fundamental como elemento de igualación frente a las condiciones desiguales.

En ese tema el problema de generación y administración de información se inicia desde los criterios que determinan el tipo de información que ofrece el gobierno y se continúa con la carencia de sistemas y la forma en que se produce, se resguarda y se hace pública.

Desde la ley que se expidió en 1998 se han presentado nueve modificaciones a las leyes de participación ciudadana y todavía no se erradican las viejas prácticas de control social, no obstante las recientes normativas para lograr formas democráticas de participación. No se ha llegado a un reconocimiento institucional, ni legal y a otra narrativa sobre la participación ciudadana en la política pública; además falta articular los dos esfuerzos sociales: el global de la estructura de gobierno y el territorial - delegacional donde la gente vive y trabaja.

Desde los gobiernos de Cuauhtémoc Cárdenas y Manuel López Obrador, se iniciaron políticas de inclusión social sustentadas en criterios de universalidad y derechos ciudadanos. Se impulsaron leyes de participación ciudadana para fortalecer y democratizar la gestión pública. La elección por el periodo en 2006-2012 otorgó la victoria a Marcelo Ebrard para la Jefatura de Gobierno del Distrito Federal y la Ley de Participación Ciudadana entregó a los consejeros ciudadanos facultades para intervenir en la gestión, supervisión evaluación, así como la consulta y aprobación de los programas delegacionales.

Con Marcelo Ebrard se modificó la Ley de Participación Ciudadana y la reordenación de la política social con una visión de planificación administrativa, participación ciudadana y presupuesto por resultados en el marco del Programa de Derechos Humanos.

Sin embargo el reto para una verdadera participación está en el diseño, evaluación y control de la política pública y en lograr una forma diferente de interacción democrática entre gobierno y sociedad. Con aumento del poder ciudadano se apoya indirectamente a los gobernantes por medio de su participación en los programas que son del interés de la comunidad.

Algunos indicadores de competitividad muestran que en la Ciudad se ha trabajado en un modelo social distinto (equilibrio de finanzas, mayor inversión pública, disminución de deuda en términos reales, política social redistributiva y algunos mecanismos transparentes y participativos), pero no se ha hecho una verdadera evaluación de las administraciones ni se ha explicado con eficacia los resultados que se han obtenido y aunque el Distrito Federal tiene una representación política, la participación ciudadana es el verdadero activo de la Ciudad y sus avances deben estar contenidos en una constitución propia.

Como parte de los debates actuales para lograr la Reforma Política del Distrito Federal, en uno de los foros de debate se llegó a la conclusión de que: 1) se requiere una evaluación de los 18 años de gobiernos perredistas (Alicia Ziccardi); 2) se necesita un acuerdo político básico coherente con la realidad actual (Mario Delgado); 3) es importante un proyecto de Ciudad con autonomía donde se incluya desde su concepto hasta la reforma administrativa descentralizada y coordinada de las delegaciones y las 26 zonas metropolitanas (Porfirio

Muñoz Ledo); 4) es fundamental especificar la forma de participación de la gente y la vigilancia y rendición de cuentas (Ignacio Marván)<sup>9</sup>

## **2.2. LOS FUNDAMENTOS LEGALES DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

El marco legal para la participación ciudadana en el Distrito Federal propone esa necesaria transformación de la relación entre los ciudadanos y el gobierno e incorporar como elemento prioritario al ciudadano en la política social dentro de los principios de una democracia participativa.

Idealmente la democracia como forma de gobierno en la Ciudad se expresa en la construcción de instituciones y procedimientos necesarios para que una ciudadanía organizada e informada, con una visión de derechos y educación cívica para exigirlos, no limite su participación a la recepción de servicios públicos o sólo a cuestiones electorales.

La participación ciudadana en el campo de la salud se organiza principalmente con cuatro leyes promulgadas en el Distrito Federal y los respectivos reglamentos: la Ley de Planeación del Desarrollo, la Ley de Desarrollo Social, la Ley de Salud y la Ley de Participación Ciudadana. En cada una se especifican los espacios y la forma como se instrumenta la participación<sup>10</sup>.

### **2.2.1. PLANEACIÓN DEL DESARROLLO**

La Ley de Planeación del Desarrollo del Distrito Federal en corresponsabilidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se afirma en tres ejes rectores: el desarrollo económico, el social y el ordenamiento territorial y se apoya en los principios y en los mecanismos de la participación social y ciudadana del proceso de planeación.

La participación social en la planeación se tutela por los Artículos 12, 14, 21, 46 y el Título Sexto, dedicado específicamente a la participación social y ciudadana (Artículos 58 al 64).

Los programas que van a formar parte de los planes de desarrollo, deberán detallar la inducción o concertación con los grupos sociales interesados. Los programas parciales indicarán los responsables de la ejecución del programa y la manera en que la comunidad contribuirá a su aplicación.

Le corresponde a La Asamblea Legislativa del Distrito Federal opinar sobre los programas, leyes, informes trimestrales, avance de la evaluación y control del programa general; le incumbe al Ejecutivo de la Ciudad la elaboración, coordinación y avance de programas y aplicación del gasto y la realización del proyecto de presupuesto de egresos y la iniciativa de ley de ingresos.

---

<sup>9</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, mayo del 2014: licia Ziccardi del PUEC-UNAM; Mario Delgado Senador de la República; Alberto Azis del CIESAS; Porfirio Muñoz Ledo de la Comisión para la Reforma Política del D.F e Ignacio Marván Laborde del CIDE).

<sup>10</sup> En el siguiente capítulo Caso de Estudio: Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Delegación Iztapalapa, se analizarán la Ley de Atención Integral del Cáncer de Mama y su Reglamento y los espacios e instrumentos que están definidos en la normativa para atender esa enfermedad en el Distrito Federal.

Conciernen a las delegaciones la elaboración de los programas operativos anuales y la evaluación, control, ejecución y reformulación de los mismos, así como la vigilancia, evaluación y control de los programas de mediano plazo.

En la Ley de Planificación la participación ciudadana es indicativa, inducida y controlada; los ciudadanos seleccionados para participar, son elegidos por el Jefe de Gobierno, previa ratificación de la Asamblea del Distrito Federal, con prioridad de las personas que tienen experiencia en planeación.

El mérito de la Ley como parte de la política social es que articula el desarrollo social a una visión de planificación en la que el ciudadano, teóricamente, tiene el acceso a participar en cada una de las etapas de las políticas públicas y programas del gobierno; y el derecho de acceder a los servicios que brindan esos programas.

Como se puede observar hay una dimensión social de planificación y de participación ciudadana en el desarrollo social, pero sin la instrumentación y coordinación que lo hagan posible. Al respecto la Ley de Planeación es omisa en los procedimientos sobre la participación ciudadana en los programas y únicamente señala que se recogerán los puntos de vista y opiniones de la ciudadanía a través de los mecanismos de participación previstos en la Ley para El Programa General. Tampoco se especifica la forma de integración de esos programas.

### **2.2.2. DESARROLLO SOCIAL**

La política social en la Ciudad está regulada por lo que dispone la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal, su Reglamento, el Código Financiero del Distrito Federal, y la Ley de Planeación del Distrito Federal que alinea la congruencia del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal y el programa sectorial correspondiente.

La Ley de Desarrollo Social en su Artículo 4º define las responsabilidades de los órganos y las competencias y facultades de los integrantes de la Administración Pública del Distrito Federal en materia de desarrollo social. Se detallan los principios que sirven de marco a la planeación, ejecución y evaluación del conjunto de las políticas y programas sociales: universalidad, igualdad, equidad de género y social, justicia distributiva, diversidad, integralidad, territorialidad, transparencia, efectividad y exigibilidad y participación.

Se indica la necesidad de que los programas sociales se conduzcan con base en un diagnóstico, lineamientos y mecanismos de operación en los que se incluirá: la entidad responsable del programa, los objetivos generales y específicos, el alcance, estrategias y metas físicas, el presupuesto, los requisitos y procedimientos de acceso para la población, los mecanismos de evaluación y los indicadores; así como el procedimiento para inconformidad ciudadana.

También se habla de las formas de participación social y articulación con otros programas sociales, la colaboración y corresponsabilidad con la sociedad organizada y las políticas sectoriales por grupos de población.

Los programas delegacionales contendrán en forma más desagregada: antecedentes, diagnóstico y evaluación de la problemática, contexto dentro de los programas del Distrito Federal, justificación y estrategia con metas generales de la calidad de vida de la población.

Asimismo se requiere que se incluyan las formas de colaboración entre delegaciones y municipios, definición de sectores sociales y zonas de atención prioritaria, políticas sectoriales por grupos de población con líneas de acción, integración territorial, metodología e indicadores de evaluación.

En las reglas de operación de los programas se definirá el compromiso regulatorio de aplicación de la ley en cuestión, los principios sobre los que se sustentan el quehacer de los actores y los objetivos, estrategias y metas.

Uno de los principios rectores de la Política de Desarrollo Social es la participación social y un objetivo fundamental es que intervenga la ciudadanía en la política pública. En ese contexto corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social promover y fomentar la participación de la sociedad en la elaboración de las políticas de desarrollo social y a las delegaciones políticas impulsar los programas y proyectos con organizaciones civiles, vecinales y sociales, instituciones académicas y organizaciones empresariales.

Las propuestas y denuncias ciudadanas, así como las propuestas de posibles soluciones a la problemática, las recibirán las delegaciones y turnarán a la Secretaría para su incorporación en el Programa de Desarrollo Social.

La Ley dirige sus prioridades a la educación, salud, nutrición, trabajo, protección social e infraestructura social básica. Tiene el propósito de proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de sus habitantes y disminuir la desigualdad originada fundamentalmente por la distribución concentrada de la riqueza; asimismo, reducir la exclusión socio - territorial, segregación, discriminación y el abuso. Para lograrlo una parte de la estrategia dispone integrar las políticas y programas sociales contra la pobreza y desigualdad social y fomentar la equidad de género y social para lograr construir una sociedad de derechos (económicos, sociales y culturales).

La Ley teóricamente le da un impulso a la participación ciudadana desde el diseño y monitoreo, hasta la evaluación de la política de desarrollo social; asimismo avanza en la mención de mecanismos y procedimientos que garantizan la plena exigibilidad de los derechos sociales (Artículo I, párrafo V). La idea del Programa de Desarrollo Social respecto a la participación ciudadana, es construir una lógica transversal que logre el involucramiento progresivo de los ciudadanos en los asuntos públicos de la Ciudad.

Cabe mencionar que el programa tiene cincuenta metas de las cuales sólo en dos se menciona la necesidad de fortalecer los espacios e instrumentos territoriales de representación y participación y de organizar un sistema para afianzar a las organizaciones civiles.

### **2.2.3. SALUD**

En la salud del Distrito Federal participan las leyes de Desarrollo Social y de Salud del Distrito Federal instituyendo las bases para tutelar el derecho y la concurrencia de la federación.

La Asamblea Legislativa del Distrito Federal entre 1997 y 2011 aprobó un amplio conjunto de leyes sociales incluyendo las enfocadas a promover la igualdad y el reconocimiento de los derechos de los diferentes colectivos sociales que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

La institución responsable de garantizar el acceso a la atención médica y proteger la salud de la población residente en la Ciudad es la Secretaría de Salud del Distrito Federal. A ella le corresponde mejorar y elevar la calidad de vida mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad apoyándose actualmente con 23 mil trabajadores calificados además de infraestructura, material y equipo especializado.

Sobre las finalidades de la salud se establece la necesidad de “Definir los mecanismos para promover la participación de la población en la definición, vigilancia y desarrollo de los programas de salud en el Distrito Federal” (Ley de Salud del D.F. Artículo 5º). En el mismo artículo se habla del cáncer de mama como parte de los servicios básicos de salud que se deben proporcionar con una orientación de atención integral: medicina preventiva, curativa, paliativa, de rehabilitación y atención de urgencias; cuidando además el aspecto educativo y la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales con asistencia médica para los grupos más vulnerables (Artículo 5, Incisos I, II, IV, IX y XI).

El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama está definido en el esquema de política pública con una estructura fiscal desde el 2011. Actualmente la Secretaría de Salud del Distrito Federal es la entidad responsable del Programa y se cuenta con las reglas de operación correspondientes.

La Ley especifica en el artículo 12, inciso V que “los usuarios de los servicios de salud tienen la obligación de: participar activamente en los programas y actividades de prevención, fomento y cuidado de la salud” y menciona la prioridad de la participación de las personas y las comunidades en los programas y en la prestación de los servicios para fortalecer la estructura y funcionamiento del sistema local de salud y mejorar la salud de la población. El Gobierno es responsable de desarrollar los programas para fomentar la participación informada y permanente de las personas y de la comunidad con acciones para ofrecer calidad en los servicios y para atender los problemas sanitarios prioritarios, incluyendo los que causen daños a la salud en el territorio. Cabe mencionar que el derecho de los ciudadanos a participar es exigible, pero no se asume como una obligación del gobierno.

También se da relevancia a la prevención y al enfoque familiar y comunal y a las acciones para la contención de riesgos y daños en zonas marginadas. Se menciona la necesidad de esquemas de participación de apoyo específico para que las mujeres y comunidades, intervengan en los programas de promoción y mejoramiento de la salud (Artículos 12, 13 y 15 párrafos III, VIII, XII y en 16 párrafos XXII y XXIII y 20).

Igualmente se otorga importancia a la coordinación y vinculación con la estructura institucional federal y con los sectores social y privado que ofrecen servicios de salud y se establece que la prestación de atención médica de cualquier nivel contará con un Consejo Directivo (Artículos 26 y 27).

La atención médica del primer nivel se dirige a 1) las acciones y servicios enfocados a preservar la salud mediante promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica; 2) el diagnóstico precoz para el tratamiento oportuno y en su caso, rehabilitación de padecimientos que se presentan con mayor frecuencia y cuya solución es factible por medio de atención ambulatoria.

La medicina preventiva de acuerdo a la Ley se conceptualiza como:

Conjunto de actividades y programas de los sectores público, social y privado que tienen como propósito preservar, fomentar y proteger la salud individual y colectiva, así como impedir la aparición, el contagio, la propagación de enfermedades, y, en su caso, controlar su progresión (Ley de Salud 2009).

Se especifican las acciones para operar (informativas, brigadas, programas de control, fomento, vigilancia sanitaria, promoción e investigación) y se da prioridad al sistema local de salud para las actividades de medicina preventiva y para establecer una política integral eficiente, eficaz y oportuna de calidad (Artículos 40 al 44). Además se consideran las diferentes etapas de la vida y los perfiles demográficos, de morbilidad y mortalidad de los grupos poblacionales.

La medicina preventiva otorga preferencia presupuestal a las políticas sanitarias de anticipación y diagnóstico temprano por medio del examen preventivo periódico y pruebas diagnósticas en poblaciones determinadas y asintomáticas. Sin embargo no se alcanzan a dimensionar cómo se regula el problema general de la salud en relación a la medicina preventiva y dentro de esta, la forma de participación social.

Se concede importancia a los grupos vulnerables, sin señalar las características de esos grupos. Ambas leyes (Desarrollo social y Salud), consideran a una sociedad de derechos universales en construcción, pero no se menciona los mecanismos para la exigibilidad de los derechos<sup>11</sup>.

La identificación e incorporación de beneficiarios al régimen de salud, la transparencia en los recursos y la gestión y el seguimiento operativo de las acciones se identifican en el Artículo 67, párrafos III, IV, VII y XV. Aunque las sanciones administrativas sólo se mencionan para actividades comerciales que pongan en riesgo la salud.

El concepto de atención médica preventiva del primer nivel es discutible y poco preciso respecto a la participación ciudadana, aunque a nivel normativo se le da preferencia presupuestal a las políticas sanitarias de anticipación.

---

<sup>11</sup> Los grupos vulnerables están definidos por CONEVAL y la sociedad de derechos en construcción obedece a los criterios que han determinado los organismos internacionales.



Un enfoque operativo de planeación y de participación social en las políticas públicas, todavía no se alcanzan. Está pendiente elaborar los perfiles demográficos y la implementación del sistema local de salud para las diferentes etapas de vida de la población. Además de que los servicios de medicina preventiva, atención médica integral y atención para la mujer no precisan la importancia y mecanismos de participación.

#### **2.2.4. PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

Con la idea de fortalecer el desarrollo de una cultura ciudadana con principios de índole democrática y crear y regular los instrumentos de participación y los órganos de representación a través de los cuales los ciudadanos pueden organizarse, se aprobó la nueva Ley de Participación Ciudadana en 2010 con algunas reformas y disposiciones que se adicionaron en 2011.

Las modificaciones de las leyes han tenido el propósito de afianzar la manifestación de la voluntad ciudadana mediante órganos de representación para incidir en la toma de decisiones; y en la fiscalización, control y ejecución efectiva de las acciones de las autoridades públicas y privadas. El nuevo marco legal que estructuró el Gobierno del Distrito Federal para la participación ciudadana, corresponde a la idea de transformar la construcción de la política pública, teniendo en cuenta los derechos humanos de los habitantes de la Ciudad.

El gobierno de la Ciudad se ha asumido con voluntad política para construir la participación como uno de los pilares de la democracia; en esa perspectiva la definición y formalización de los criterios normativos establecidos en todas las leyes desde 2009, se ciñen a los lineamientos de la Guía de Elaboración de Reglas de Operación que publicó el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal, lo que ha representado un gran avance al permitir homogeneizar los criterios y por los requisitos de transparencia que se encaminan a disminuir la discrecionalidad. En ese sentido La Asamblea Legislativa reformó la Ley de Participación Ciudadana con el fin de establecer las reglas de operación y funcionamiento de los comités ciudadanos, consejos del pueblo, representantes de manzana y consejos ciudadanos.

Adicionalmente a los espacios e instrumentos señalados en la normatividad, las autoridades de la Ciudad: Jefe de Gobierno, Asamblea Legislativa, jefes delegacionales; el Instituto Electoral y el Tribunal Electoral, tienen la obligación de promover la participación ciudadana a través de campañas informativas y formativas para lograr una mejor gobernanza.

La Ley se rige bajo los principios de pluralidad, responsabilidad social y autonomía y se alude a la capacitación para la construcción de una ciudadanía participativa y a mecanismos para la transparencia y rendición de cuentas del gobierno. Se cuenta con el presupuesto participativo como nuevo instrumento para los ciudadanos, con 1815 comités y con algunos elementos de transparencia, rendición de cuentas y acceso a la información.

La participación ciudadana en el Distrito Federal se conceptualiza en el Artículo 2º como:

derecho, que tienen los ciudadanos y habitantes del Distrito Federal, para intervenir y participar, individual o colectivamente, en las decisiones públicas, en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas, programas y actos de gobierno, en la agenda pública

y en la definición de las relaciones Estado y sociedad (Ley de Participación Ciudadana 2010).

La población objetivo de la participación, se centra en los habitantes, vecinos, ciudadanos y organizaciones ciudadanas conceptualizadas como personas morales sin fines de lucro que reúnen los requisitos exigidos en la Ley para ejercer colectivamente su derecho a la participación; a partir de los grupos organizados se da en dos dimensiones; la institucional y la no institucional. Cada una con sus propios espacios, instrumentos, mecanismos y formas de articulación con el gobierno.

La institucionalizada opera todavía dentro de una política restrictiva y su convocatoria está asociada al ámbito electoral en tanto que la no institucionalizada de acuerdo a la Ley es intensiva. El proceso de ciudadanización se concierta desde el ámbito comunitario que es el que aporta identidad y sentido de pertenencia a la gente.

La organización para la participación ciudadana como anteriormente se mencionó se hace con base en un esquema electoral territorial, que indica para las colonias una población que no rebase los tres mil ciudadanos y la manzana como área territorial mínima de representación. Esta noción es inadecuada para conservar la identidad de los colectivos sociales. También se pretende lograr la capacidad vinculatoria real entre los pobladores del Distrito Federal y sus autoridades delegacionales y centrales. Sin embargo la Ley es poco específica en la forma de vinculación de las organizaciones.

La distancia entre el marco normativo de la Ley y su aplicación real, tiene que ver con la visión de la democracia. Tradicionalmente la participación ciudadana se había orientado a la política partidista de un modelo representativo<sup>12</sup>; con omisiones para construir la política pública de una cultura participativa. Actualmente el esquema teóricamente se basa en los principios de una democracia participativa y señala los instrumentos y órganos de representación<sup>13</sup>; sin embargo no se indican sanciones respecto al incumplimiento de la transparencia y rendición de cuentas y la Ley es poco específica en la forma de vinculación de las organizaciones.

### **2.3. LOS FUNDAMENTOS INSTRUMENTALES DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

Los principales instrumentos para la participación ciudadana en la política de salud se dirigen al arreglo institucional, la organización de la administración pública y su forma de gestión y a los recursos presupuestales y de información con que cuenta el Estado.

#### **2.3.1. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Los fundamentos instrumentales se relacionan con el diseño de la participación ciudadana en

---

<sup>12</sup> “Partidocracia” según Sartori (G. Sartori: 1980), “oligarquías competitivas” según R.Dall (Held: 1996) y “democracia delegativa” según G. O Donnell (O'Donnell: 1973).

<sup>13</sup> El análisis de esos espacios e instrumentos de la estructura legal para evaluar su operatividad se realizará en el siguiente apartado.

la política pública, la estructura institucional del gobierno y el liderazgo de la dirigencia política para definir la voluntad distributiva como base de los programas públicos.

La administración pública como instrumento contribuye al diseño y operación de la política pública facilitando la regulación y coordinación de las unidades que integran los sistemas institucionales del gobierno y del sector público para la aplicación de los instrumentos, especialmente en los sistemas de información. También interviene en la corresponsabilidad de las instituciones administrativas y organizaciones ciudadanas para construir canales de comunicación y cooperación para la gestión de los asuntos públicos.

El desafío está en la creación de un orden institucional distinto, plural y abierto y un cambio en la estructura de poder que permita la participación de la sociedad en los asuntos de su interés. La nueva forma de participación ciudadana supone nuevas instituciones, “una nueva institucionalidad basada en la capacidad organizativa de la ciudadanía” (Ziccardi, 2012:197).

La actual administración pública propone desde la teoría criterios de cooperación. Se plantea la acción pública como producto de la nueva gobernanza (Aguilar: 2007), con aplicación de instrumentos de transparencia y rendición de cuentas (Uvalle: 2013, 2010; Merino: 2012) y el capital social se mira como agente articulador cooperativo de grupos y organismos sociales que trabajan bajo una propuesta de confianza, como forma de auto - organización y autogestión del conjunto (Uvalle: 2009; Cabrero: 2006; Putnam: 2005; Ziccardi: 1993, 2004).

El cuestionamiento es si la gobernanza se dirige a lograr cambios para una democracia participativa donde los ciudadanos tomen parte en las decisiones públicas, o si sólo se pretende conservar la estructura de poder de los grupos y autoridades de los tres órdenes de gobierno que tradicionalmente han tomado las decisiones.

Además se tiene la necesidad de superar los límites que impone a la innovación una estructura como la del Gobierno del Distrito Federal que está organizada para actuar de manera centralizada y sectorial. [...] Hablar de indicios de nueva institucionalidad nos obliga a replantearnos la distribución de recursos y de poder en cada comunidad (Ziccardi, 2012: 28, 32).

En el Distrito Federal la gobernanza en materia de participación ciudadana se dirige al campo electoral con limitada participación de la sociedad en los programas. No se ha logrado proponer un esquema operativo que precise la forma de participación de las mujeres en programas, incluso los de género y hay distanciamiento entre el marco operativo de algunos programas y los actores y beneficiarios.

La efectividad de la participación ciudadana en el Distrito Federal y específicamente en el PAICMA conduce a preguntar:

- ¿Participa la ciudadanía en los problemas cruciales que enfrenta el PAICMA?
- Dentro de las prioridades de operación del Programa ¿en qué acciones prioritarias participan las mujeres?
- ¿Cómo se selecciona lo que es prioritario para ellas y cómo incorporan las soluciones prácticas que ellas proponen?
- ¿Qué vinculación tienen las delegaciones y los grupos sobre el tema?

- ¿Cuáles grupos de trabajo están facultados para participar individual o colectivamente con los funcionarios y otros equipos?
- ¿Toman parte las mujeres en la decisión sobre la aprobación del Programa y su presupuesto?

La estructura institucional para lograr relaciones de la ciudadanía con las áreas del gobierno no es funcional si se tiene el objetivo de alcanzar nuevos espacios de participación autónoma y rediseñar sus políticas y programas públicos bajo una óptica de desarrollo integral local.

Se trata de alcanzar una gobernabilidad democrática como capacidad de gobernar pero en un sentido más amplio [...], incorporando también todo aquello que surge en el campo de las relaciones sociales, del ejercicio de la democracia, de las formas de participación y representación social y de la legitimidad que deben generar las acciones gubernamentales (Ziccardi, 1998: 21).

Específicamente en el área de la salud la organización de los servicios se sustentan en las necesidades institucionales y no en las personas y omite la participación en los programas. Las estructuras institucionales han hecho difícil la participación de los interesados; la cobertura es incompleta, segmentada e insuficiente, con un diseño que ha resultado en una oferta diferenciada y duplicidades en el propio sistema.

La asimetría que existe entre las delegaciones políticas también genera limitaciones para lograr la participación de la gente, lo que incide en las políticas públicas y programas y en la coordinación de espacios a nivel local y central.

Sin embargo el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012 propone un modelo de gestión moderno para contar con una administración pública eficaz, transparente y austera; que pueda responder con rapidez a la demanda de la gente y haga uso eficiente de los recursos públicos. El 6° Informe de Gobierno de Marcelo Ebrard menciona la construcción de una gestión organizacional en la Ciudad, cuya principal herramienta es el presupuesto con base en resultados (Ebrard: 2012).

### **2.3.2. EL PRESUPUESTO**

Las acciones relativas al Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama en su inicio se asignaron al Instituto de Atención de las Mujeres del Distrito Federal, que empezó a tener un presupuesto propio tres años atrás aunque hasta la fecha, carece de partidas específicas para la participación ciudadana.

En 2011, la Secretaría de Finanzas modificó su estructura orgánica para crear la *Dirección de Gestión Basada en Resultados* con facultades para fortalecer con base en esos logros, la ejecución del presupuesto de las áreas de la administración pública del Distrito Federal. Sin embargo, actualmente la Secretaría de Desarrollo Social continúa sin asignar un presupuesto para la participación ciudadana en materia de salud.

Se solicitó al Sistema de Información del Distrito Federal datos sobre el presupuesto aprobado y ejercido para la participación ciudadana en el área de la salud y para el cáncer de mama, en los años 2000, 2005 y 201; también se consultó a las áreas involucradas del

ejecutivo del Gobierno del Distrito Federal que se relacionan con la participación ciudadana en esos rubros: La Secretaría de Desarrollo Social que tiene a su cargo la Subsecretaría de Participación Ciudadana; La Secretaría de Salud que se encarga del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama y el mismo requerimiento se hizo para INMUJERES, D. F. (Anexos 1 y 2).

El resultado obtenido fue que el Programa que establece el costo para ejecutar los programas sociales carece de una línea específica para la participación ciudadana. La Secretaría del Desarrollo Social encargada de la participación ciudadana en el Distrito Federal por medio de la Subsecretaría respectiva no ha destinado un presupuesto específico para la participación ciudadana en materia de salud; en análoga situación está la Secretaría de Salud.

La ciudadanía no ha logrado apropiarse de algún presupuesto para la participación en la política pública en este caso de salud, no obstante que el gobierno la asumió como derecho. Tampoco se ha hecho una reasignación en ese sentido y los recursos aplicados a la salud, no materializan el derecho universal de los ciudadanos a participar en la misma; así la participación ciudadana se encuentra con el límite presupuestal de la política pública y los programas específicos.

La participación ciudadana precisa respuestas vinculantes en los asuntos públicos. Se trata de encontrar respuestas a las dificultades cotidianas que confronta la democracia relacionadas con la fragilidad de sus instituciones, la crisis de legitimidad del sistema político, la ausencia de un reconocimiento igualitario de la ciudadanía e inexistencia de condiciones mínimas para lograr la participación de la ciudadanía en el instrumento más importante del gobierno para inducir el desarrollo, la política pública.

### **2.3.3. LA INFORMACIÓN**

La participación ciudadana es un proceso de construcción en el que la información y la comunicación son instrumentos sustanciales como agentes democratizadores. Asimismo son mecanismos de trasmisión de contenidos y percepciones para informar y formar a la gente sobre temas nodales que afectan su calidad de vida, como es el caso de la salud.

El derecho a ser informado es soporte para lograr otros derechos; también es de doble naturaleza por el límite que marca con la información privada. Además es un requisito para apoyar la apertura a la participación ciudadana y ayudar a cambiar las condiciones históricas de la estructura vertical; es trascendente para lograr una democracia de calidad.

La información se relaciona con la cultura de la transparencia y rendición de cuentas como una cualidad pública gubernamental que se muestra a la población por lo que se hace y lo que se deja de hacer. La rendición de cuentas revela el destino de los recursos, gasto, cumplimiento de políticas públicas y asunción de responsabilidades, incluyendo las que se asumen en la toma de decisiones; también se relaciona con la simplificación administrativa (Merino: 2012).

En un sistema de información los criterios aplicados y los aspectos técnicos limitan o amplían la participación ciudadana. El derecho al acceso de datos es de igualdad frente a las condiciones desiguales, ya que en un escenario de desigualdad la información adquiere

relevancia para conocer los servicios que brinda el gobierno y para que la sociedad gobernada tome decisiones. La deficiente calidad y falta de información o su asimetría son obstáculos para valorar la participación ciudadana en las necesidades de salud de la población y para considerar los servicios, las externalidades y los bienes públicos que se pueden aprovechar.

La posibilidad de participación de las mujeres en los programas de salud del Distrito Federal, se sostiene en un diseño de información pública integral y accesible para todos los niveles educacionales, con datos oportunos y transparentes que permitan conocer el impacto que tiene esa participación en los programas de salud; sin embargo el resultado de las entrevistas que se hicieron a las enfermas de cáncer de mama de la Red Rosa que pertenecen a la población abierta, indica que esas mujeres de escasos recursos en un 90% no tienen Internet y son parte del 65% de la gente de este país que no cuenta con esa tecnología (INEGI: 2011).

El problema de generación y administración de información en los programas se remite a la carencia de sistemas de información no sólo como voluntad política para que los ciudadanos sepan lo que hace el gobierno, sino a los criterios y procesos que determinan el tipo de información que se genera, el responsable de esa información, su destino y la forma en que se produce, se resguarda y se hace pública.

Las estadísticas públicas desde su origen tienen un diseño complicado para el ciudadano común; no se proporciona de manera sistemática y se encuentra desorganizada, precaria y en algunos casos no es coincidente. Los procesos de información son poco comentados y se priva al ciudadano de la oportunidad, confiabilidad y utilidad de esa información (Merino: 2012).

La transparencia en la información sobre las acciones de la autoridad en gobiernos democráticos es una obligación pública. En los últimos veinte años el Gobierno de la Ciudad ha mostrado avances y retrocesos en el acceso a la información<sup>14</sup> y en algunos tramos en la transparencia; se ha mejorado el uso y cantidad de información disponible específicamente de los recursos públicos (incluyendo la del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática y la de los órganos superiores de fiscalización), sin embargo la calidad continúa siendo el reto para el avance democrático de la Ciudad y la evaluación de su gobierno; y continúa pendiente la construcción de un sistema adecuado de fácil acceso que incorpore la rendición de cuentas de las acciones de los gobernantes.

En una sociedad plural un sistema de información funcional oportuno y de calidad, facilita el acceso del ciudadano a los datos, documentos y procesos del gobierno y espacio público, proporcionando elementos para debatir las diferentes alternativas y construir una cultura de la participación ciudadana.

Las características de una información que sea funcional para una participación ciudadana en los programas de salud del Distrito Federal responde a cinco condiciones:

---

<sup>14</sup> la posición de Andrés Manuel López Obrador fue de oposición a la creación de la Ley de Transparencia y de reservar los aspectos relevantes de sus segundos pisos por el desorden que había en la administración de los recursos. Con Alejandro Encinas se cambió la ley y se convirtió en modelo institucional que posteriormente se ciudadanizó (INFODF) en Octubre de 2005.

1. Acceso de cualquier persona a la información independientemente de su nivel educacional.
2. Desaparición de prácticas de secrecía administrativa especialmente en las delegaciones políticas y en general en el gobierno de la Ciudad.
3. La transparencia como política pública y recurso estratégico orientada a maximizar el uso de la información.
4. Flujos sencillos de datos para que puedan ser usados por los ciudadanos, independientemente del nivel educacional.
5. La rendición de cuentas para que los ciudadanos puedan evaluar, incidir y sancionar la complejidad de los actos de gobierno, incluyendo la política pública y el uso de recursos públicos.

En este último aspecto el avance en las reformas ha derivado en diferentes políticas, leyes e instituciones con su propia racionalidad y en algunos casos sin conexión entre sí para el objetivo de rendir cuentas al ciudadano de las acciones de gobierno, pero se carece de una política integral de información, articulada y coherente que incluya la rendición de cuentas. Además se ha continuado la práctica tradicional en la que las autoridades y políticos piensan en términos de resultados, pero escatiman información a los ciudadanos sobre ese proceso de toma de decisiones.

También para la autoridad es relevante la información para el diseño de la política pública; se trata de contar con elementos para dar curso a las acciones de evaluación y permitir la corrección en los problemas de implementación y aplicación de la política pública mediante la comparación de los resultados alcanzados.

La información oficial para las acciones de participación ciudadana en la Ciudad tiene distintos alcances: de acuerdo con la Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal las autoridades tienen obligación de hacer un programa semestral de difusión pública acerca de las acciones y funciones a su cargo; los habitantes tienen derecho a ser informados sobre la prestación de servicios públicos y a quejarse en caso de incumplimiento. La difusión pública debe ser aprobada por las autoridades mediante los comités y consejos ciudadanos a través de los medios informativos.

Sin embargo la principal limitante es la falta de sistematización y desglose de los datos para las investigaciones locales y la accesibilidad de los medios utilizados para informar al ciudadano (gacetas, periódicos de mayor circulación, Internet); además no se fincan responsabilidades sobre las quejas o denuncias ciudadanas ni se informa sobre los programas.

Existe un sistema de información del Distrito Federal ([www.infodf.org.mx](http://www.infodf.org.mx)) con una metodología para solicitar datos: 1) se ingresa la solicitud de información; 2) se registra el usuario con una contraseña y clave personal; 3) Se examinan las solicitudes de acuerdo al tipo de información que se pide. Para facilitar el proceso se pueden hacer peticiones simultáneas a varias dependencias y anexar archivos adicionales. Se cuenta con diferentes formatos para la respuesta; el del sistema no tiene costo y los formatos especiales tienen un precio adicional.

La información considerada de índole pública sigue un procedimiento de oficio y si el solicitante no recibe respuesta o no está conforme con la misma existe un recurso de revisión. El plazo para dar contestación a las solicitudes de acuerdo al Artículo 51 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, se inicia después de 10 días hábiles a partir del registro de la solicitud. En caso de aclaración o complemento de la información se añaden 5 días para recibir una notificación de ampliación del plazo y 20 días más para dar respuesta a la solicitud.

Teóricamente el marco normativo para el acceso a la información preserva el derecho a la información, la prevalencia del principio de máxima publicidad, la protección a datos personales y la universalidad del acceso, ya que toda persona sin necesidad de justificación puede acceder a ella. También los procedimientos de revisión ante órganos u organismos especializados se asumen como expeditos, imparciales y con autonomía operativa de gestión y de decisión.

Se menciona que el gobierno ciudadano deberá preservar sus documentos y publicar actualizados los indicadores de gestión y el ejercicio de los recursos públicos y que la población mayor a 70,000 habitantes requiere contar con sistemas electrónicos.

Sin embargo en la práctica se encontraron obstáculos para acceder a los datos sobre participación ciudadana en programas de salud, que además limitan el esfuerzo del ciudadano para construir un conocimiento que les permita participar en asuntos públicos:

- ✓ El sistema de información está diseñado para usuarios con amplio conocimiento de la organización del sector público. El solicitante debe conocer las instancias específicas del gobierno para dirigir su solicitud y obtener la información.
- ✓ Teóricamente la gestión para obtener información está articulada, sin embargo, las instancias a las que se acudió para solicitar datos simultáneos (Delegaciones y Secretarías del Gobierno del Distrito Federal), no brindaron una respuesta congruente.
- ✓ Ausencia de información homogénea y sistematizada y complejos formatos de presentación.
- ✓ Información insuficiente. Se presentan cifras con datos de tendencias generales. Se advierte la necesidad de elaborar indicadores con parámetros relacionados a las necesidades de los ciudadanos.
- ✓ Tratándose de datos sobre la participación ciudadana el proceso se vuelve más complicado porque se necesita un procedimiento adicional de enseñanza-aprendizaje para los encargados de la información. La visión de la participación ciudadana básicamente se asocia a la concurrencia electoral y el personal carece de experiencia para responder sobre participación ciudadana en política pública<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> En la entrevista con los capacitadores de información de IFAI, D.F. se advirtió que la participación ciudadana se concibe sólo en el aspecto electoral. Después de un año ya con alguna experiencia, se volvió a solicitar la misma información y la respuesta fue más expedita y exacta, aunque solicitaron aclarar algunos conceptos.



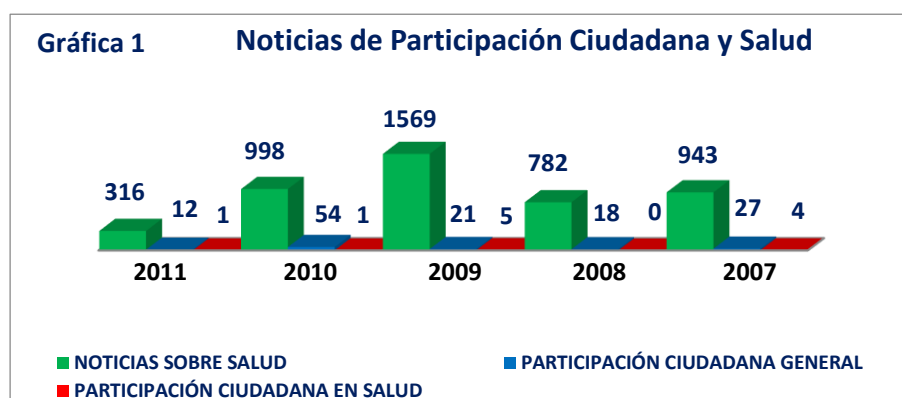
En los informes de Marcelo Ebrard se menciona el Sistema de Información Integral del Gobierno de la Ciudad (SINFÍN), creado para toma de decisiones en materia de políticas públicas y elaboración de estudios y diagnósticos sobre la Ciudad de México; pero todavía no se tiene integración de datos sociales y económicos con representación espacial. El diseño de SINFÍN está homologado a los estándares internacionales de la *Open Geospatial Consortium* (OGC) y pretende la accesibilidad de una información de calidad para toda la población. Cuenta con una base de datos y una plataforma para publicarlos en ambiente WEB; asimismo se tiene un Comité de Informática que trabaja con la Infraestructura de Datos Espaciales de la Ciudad de México (IDE).

En lo referente a la información de INEGI y EVALUA D.F. los datos se proporcionan en formatos de difícil manejo, con restricciones de manipulación y no se suministra el formato original para las necesidades de investigadores y otros usuarios a menos que se compre la base de datos<sup>16</sup>.

### **Análisis de la Información periodística.**

También se investigó sobre la visión de algunos periódicos respecto a la participación ciudadana en salud en el Distrito Federal, se analizaron notas periodísticas de dos periódicos: El Universal y La Jornada y se hizo una recopilación de noticias desde diciembre de 2006, a mayo del 2011, para conocer la información que ofrecen esos diarios a la comunidad.

En el Universal se consideró una muestra completa de noticias sobre la salud con 17,976 referencias de las cuales se eligieron 4,673 de contenido. De ellas sólo el 0.26% (12 noticias), se refirieron a la participación ciudadana en ese campo. El 18 % de las noticias (828), fueron sobre la epidemia de influenza del Virus A H1N1, que afectó al país en 2009; por otro lado, un 14% de noticias fueron sobre obesidad y nutrición; un 9% se refirieron a la mujer, básicamente para tratar el aborto y en menor medida cáncer cérvico uterino y mamario; un 7% fueron sobre alcoholismo y tabaquismo; y un porcentaje similar (2% al 3%), a enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, colesterol e hígado), a tercera edad incluido el Alzheimer, y a enfermedades de niños y VIH Sida (**Gráfica 1**).

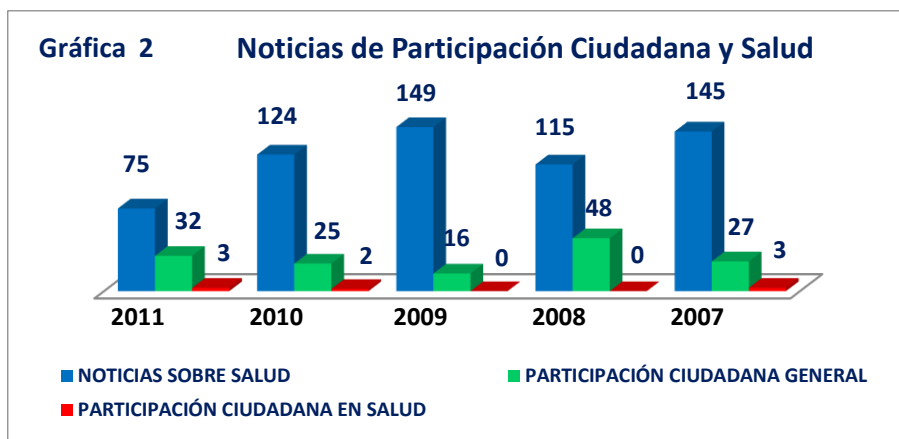


**Fuente:** Elaboración propia con información del Periódico El Universal. Diciembre 2007 a Mayo 2011

<sup>16</sup> En la exposición que hizo Eduardo Sojo Director de INEGI, El 18 de junio del 2014 en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Seminario de la Cuestión Social que coordina Rolando Cordera Campos, se advirtieron notables avances en la información.

En La Jornada se seleccionaron las 300 noticias anuales más importantes sobre salud y las 300 más significativas sobre participación ciudadana a juicio del Diario. En total se trabajaron 1370 notas de las cuales 623 atañían al tema de salud y sólo el 1.28% con 8 noticias fueron sobre participación ciudadana en la salud (**Gráfica 2**).

En el diario La Jornada, el 17% fueron notas sobre la epidemia del Virus A H1N1; y de las notas relacionadas con la salud, 11% fueron sobre la mujer principalmente respecto al aborto; 6% trataron el problema de obesidad y nutrición; 4% fueron sobre alcoholismo y tabaquismo; y un porcentaje similar (1% al 2%), se refirieron a enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, colesterol, hígado); tercera edad, incluido el Alzheimer; enfermedades de niños; y VIH Sida.



**Fuente:** Elaboración propia con información del Periódico La Jornada. Diciembre 2007 a Mayo 2011

Como puede observarse se dedicó un número muy reducido de noticias a tratar la participación ciudadana en materia de salud y un limitado concepto respecto al contenido en el tema, el cual se circunscribe a la concurrencia ciudadana en campañas de vacunación y a la intervención clientelar de acciones de interés para los partidos políticos e instituciones gubernamentales.

Las noticias principalmente fueron para informar sobre logros de las autoridades (inauguración de unidades y ampliación de cobertura, éxitos de partidos o reproducción de debate entre líderes políticos sobre elecciones, convenios con instituciones privadas y méritos burocráticos). También hubo noticias especializadas o dirigidas a sectores de mayor nivel académico o a tratar acciones de corrupción.

La información de esos periódicos para la participación de los ciudadanos en los programas sustantivos de salud es restringida y no está organizada ni sistematizada; no se muestra con claridad la diferencia entre información y opinión; la mayor parte tampoco se enfoca a grupos sociales diferenciados y falta espacios públicos de debate e intercambio de ideas para que los ciudadanos participen o se retroalimenten con las noticias.

La información que ofrecen los periódico estudiados soslaya los puntos de vista de los intereses ciudadanos sobre los diferentes temas de salud y se inclina por indicaciones, avisos

y declaraciones del gobierno. Las noticias refieren a los puntos de vista oficiales y en menor grado los intereses colectivos.

Es poca la participación de las instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil para promover una mayor conciencia participativa en la población. No se ofrece la capacitación y organización que indica la ley para informar a la población, lo que desvincula la participación ciudadana de los programas.

De acuerdo al resultado de la investigación en esos periódicos puede decirse que los ciudadanos tienen poca injerencia para configurar la política de salud que rige al país y son insuficientes sus posturas críticas frente a la información y reducidas las herramientas para solicitar transparencia en la información. En ese periodo no se encontró información específica sobre participación ciudadana en el Programa.

## **2.4. TIPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

Los tipos de participación ciudadana como se mencionó en el marco teórico se clasifican en institucionalizada, no institucional y autónoma y clientelar; y para el desarrollo de esta tesis se explorará la participación ciudadana institucional.

En la Ciudad de México durante los gobiernos del presidencialismo autoritario se instrumentalizaron diferentes programas de naturaleza obligatoria en el terreno de la salud con una intervención ciudadana en su mayoría de tipo clientelar que disponía de limitados espacios para su participación. Los programas fueron coherentes tanto por el interés que tuvo el gobierno para proteger la salud de la clase trabajadora, como por el deseo que mostró el capital por trasladar el costo de la protección de los trabajadores al sector público.

Actualmente en el Distrito Federal la participación ciudadana puede considerarse un avance por la creación de algunas formas democráticas de relación con los ciudadanos y el gobierno, aunque empíricamente todavía se mantienen mecanismos centralistas que la limitan y la hacen insuficiente. En esa línea es necesario revalorizar el comportamiento y la calidad de la participación de los diferentes actores en los espacios públicos.

Todavía la participación básicamente está vinculada a las formas tradicionales ligadas a las instituciones y al clientelismo. El marco legal ofrece sustento para ese tipo de participación y la estructura institucional facilita la subordinación de las agrupaciones. También se han propuesto otras formas para tomar decisiones en conjunto, pero se han enfrentado con la resistencia al diálogo y al debate entre ciudadanos, funcionarios, técnicos y políticos; no obstante sobreviven algunas experiencias autónomas de organizaciones sociales y políticas y de observatorios ciudadanos.

La forma de operación de las comisiones y comités que se relacionan con la participación institucional colectiva, han logrado cierta amplitud, pero no son autónomas porque se ligan a los partidos políticos, a la Asamblea Legislativa o al Ejecutivo local (desarrollo social, de salud; de presupuesto y planeación participativa y desarrollo económico y empleo; de capacitación y formación ciudadana y comunicación y cultura cívica; de fomento a los derechos humanos; de fomento a la transparencia y acceso a la información; y de equidad y género).

La designación de algunos consejos y comités ciudadanos, también de corte institucional aunque de elección ciudadana, están vinculada a los órganos electorales que son los que realizan el proceso de convocatoria y prácticamente de elección, de tal forma que el asunto de fondo sigue siendo la construcción de la ciudadanía y su inclusión, lo que encierra una redistribución real de poder a la sociedad y la ampliación de sus espacios públicos. Si la ciudadanía participa en los programas que son de su interés, se incorporan diversos criterios producto de las diferentes experiencias ciudadanas lo que enriquecerá la política pública. En igual caso están los representantes de manzana, con la excepción de que la participación es de corte individual.

También están los consejos y comités institucionales de índole colectiva y elección gubernamental como el de salud, delegacional, y de expertos, cuya forma de operación está muy vinculada a las necesidades del gobierno y no de los ciudadanos.

Es necesario distinguir claramente entre los espacios de la participación ciudadana y los de la participación política. Al principio las formas clientelares de intercambio de bienes y servicios por votos o apoyo político, fueron mecanismos que usó el Estado corporativo priista; sin embargo hoy la realidad ha demostrado que también el Partido de la Revolución Democrática y el de Acción Nacional han utilizado ese tipo de participación ciudadana con diferentes formas de representación.

El desprestigio que han adquirido los partidos y la clase política ante la ciudadanía y su eficacia para sustraerse de la vigilancia complican la representación; solamente teniendo un sistema representativo confiable como elemento de control social eficaz para defender los intereses sociales colectivos va a devolver la confianza en la participación ciudadana. Los aspectos esenciales del desarrollo cívico y la confianza se construyen a través de las prácticas del propio gobierno y la respuesta que ofrecen los instrumentos de participación a la sociedad que representan (Valadés: 2011). Se trata de que se logren procesos democráticos en las políticas sociales, se superen las formas obsoletas tradicionales de representación y se construyan más diseños de participación creativos e instrumentos funcionales para operar.

## **2.5. LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

La participación ciudadana requiere de la construcción de espacios e instrumentos y de una cultura participativa entre los ciudadanos que permita incluir sus posiciones y propuestas en los programas de salud.

En el modelo de gestión donde participan las autoridades y los sectores privado y social se crearon los espacios e instrumentos para la participación de la sociedad en la política pública; así como la construcción de una acción colectiva.

En los espacios públicos de discusión se definen los objetivos colectivos y los medios y acciones para alcanzarlos; el tipo de organización; el modo de reclutamiento y liderazgo de los grupos; los instrumentos y mecanismos que se van a utilizar; y el nivel deliberativo (Cabrero: 1994; Ziccardi: 1998, 2004; Wynne: 2005).

Los espacios e instrumentos toman concreción en ámbitos locales donde habitan los ciudadanos en condiciones sociales y económicas determinadas, con problemas públicos que

les afectan en forma específica. Esto también se relaciona con el sistema de representación y los criterios democráticos del régimen local vigente.

Bajo ese enfoque y para una mayor comprensión visual en las siguientes páginas se presentan dos diagramas: en el **Diagrama 3** se resumen los espacios e instrumentos obtenidos de las cinco leyes del Distrito Federal relacionadas con la participación ciudadana institucional en el tema de la salud: Ley de Desarrollo Social, Ley de Planeación, Ley de Salud y la propia Ley de Participación Ciudadana

Partiendo de esa síntesis y en forma más específica se presenta en el **Diagrama N° 4** un cuadro que muestra los espacios para la participación ciudadana concernientes a la salud.

El contenido de las secciones se hizo de conformidad con la metodología que se eligió para el análisis de la participación ciudadana: institucional y no institucional y de acuerdo a las leyes del Distrito Federal señaladas anteriormente.

En el diagrama se puede observar la ubicación que se hizo de la agrupación Red Rosa, de acuerdo a la metodología planteada, como una organización de la sociedad cuyas características la sitúan en participación institucional, autónoma y colectiva.

**Diagrama 3 Espacios e Instrumentos de Participación Mencionados en la Normativa**

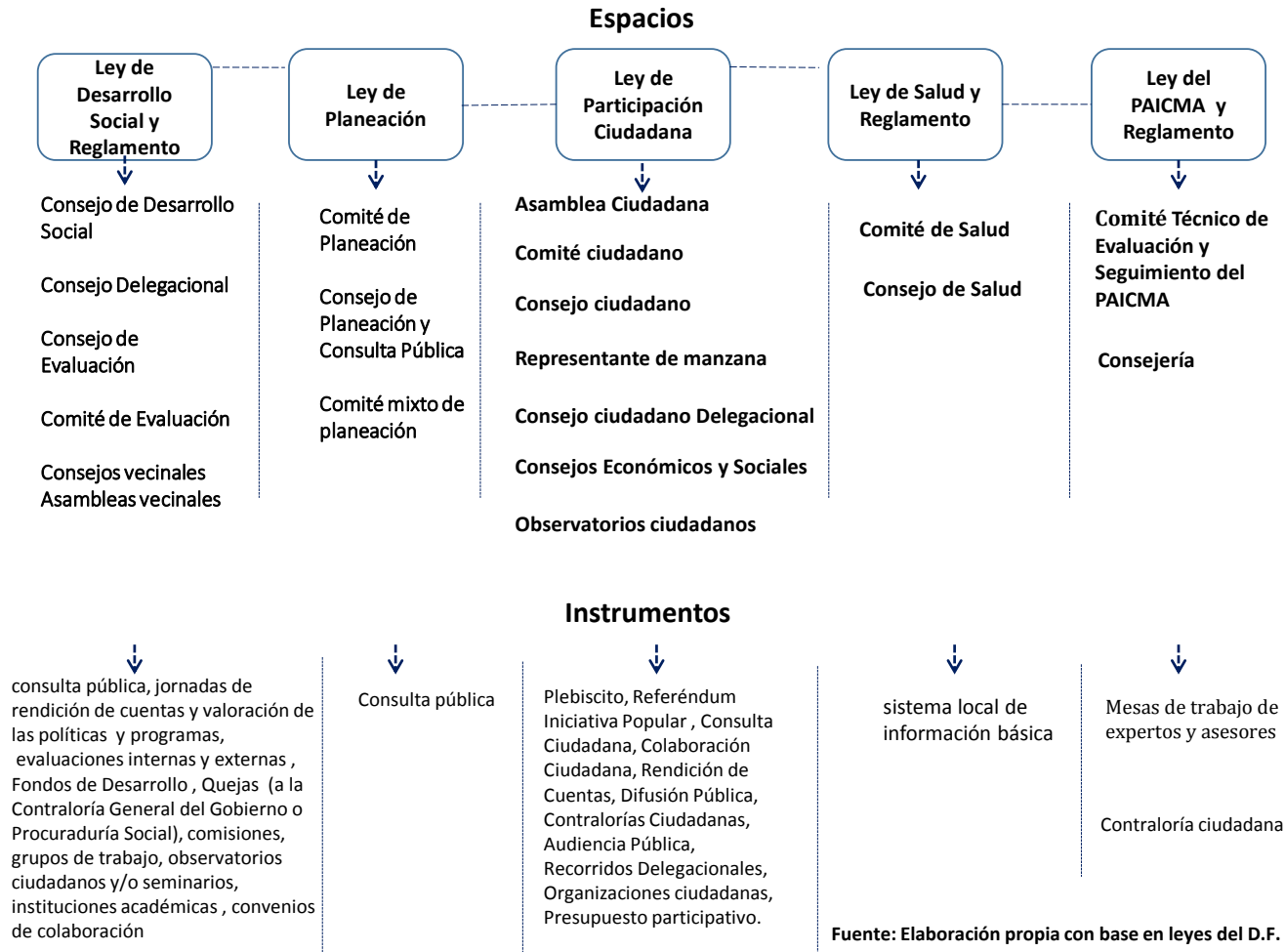
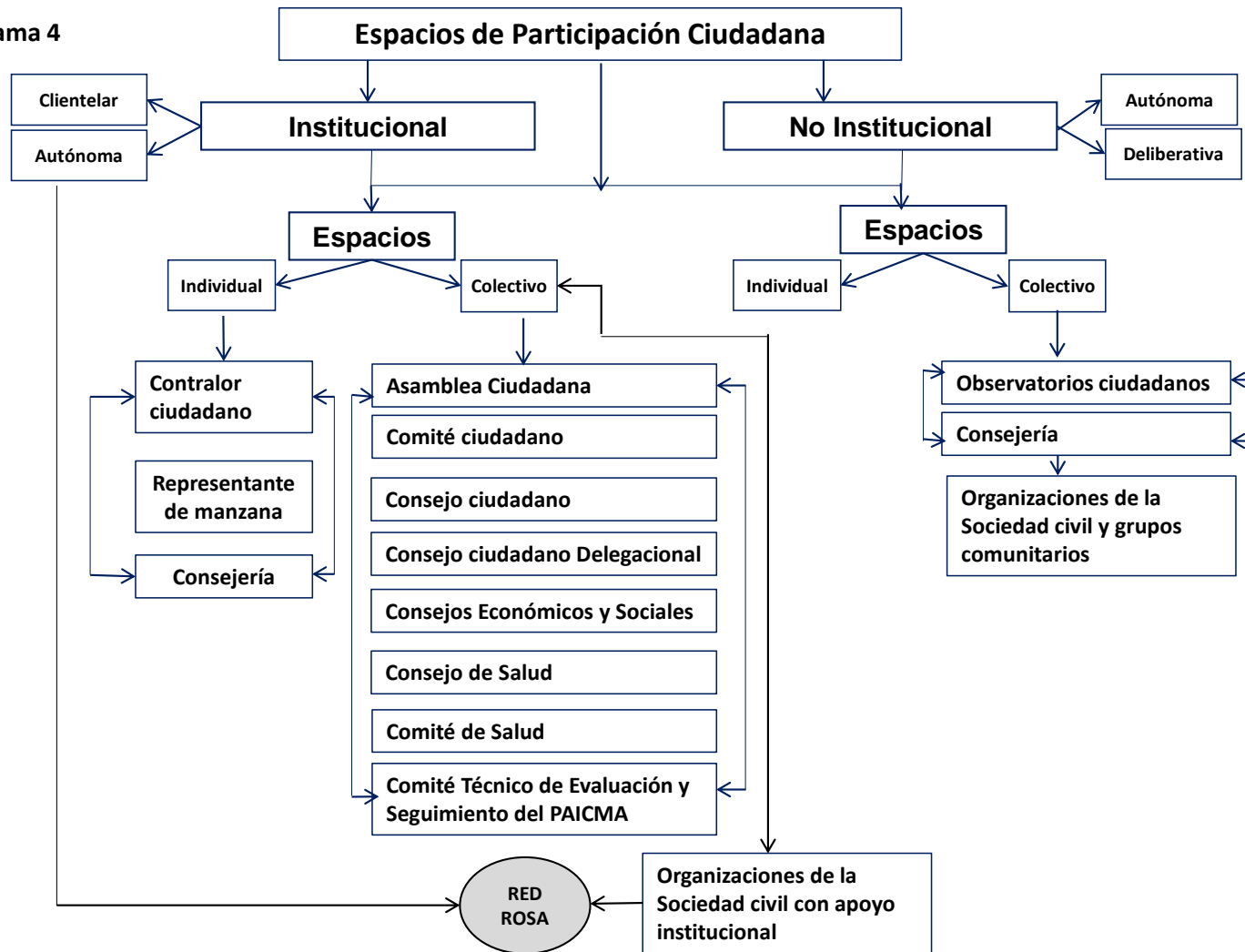


Diagrama 4



Fuente: Elaboración propia con base en leyes del Distrito Federal y en metodología de Saltalamacchia y Ziccardi (2005)

### **2.5.1. Desarrollo Social**

La política pública para el desarrollo social en el Distrito Federal asigna a la Secretaría de Desarrollo Social la tarea permanente de fomentar la participación ciudadana en el diseño, monitoreo y evaluación. Como apoyo se plantea un sistema de información básica que estará disponible a la sociedad.

El fomento de la participación ciudadana en la elaboración y ejecución de políticas para el Programa de Desarrollo Social se encomienda al Consejo de Desarrollo Social como órgano de carácter honorífico de consulta, opinión, asesoría y vinculación entre el gobierno y la sociedad. Se pretende que las propuestas ciudadanas sean incluidas en el Programa.

Particularmente la delegación política debe promover el debate y la concertación entre los diversos actores sociales e instalar y coordinar el funcionamiento de un Consejo Delegacional de Desarrollo Social para la realización de acciones y proyectos entre las delegaciones o con el Distrito Federal.

El Consejo se forma por el Jefe de Gobierno, las secretarías, el Instituto de las Mujeres del D.F. el Instituto de la Juventud, la Procuraduría Social y el Desarrollo Integral de la Familia. Participan en los grupos de trabajo tres integrantes de: la Asamblea Legislativa (comisiones para desarrollo social), organizaciones civiles y sociales, instituciones de asistencia privada, académicos, grupos empresariales y consejos delegacionales de desarrollo social. Asimismo pueden colaborar comisiones, observatorios ciudadanos y/o seminarios permanentes para estudiar y atender aspectos específicos del desarrollo social en coordinación con el Consejo.

Este órgano puede opinar sobre los lineamientos, criterios, objetivos y estrategias de la política de desarrollo social y sobre el contenido de los programas; también puede proponer mecanismos e instrumentos para vincular las unidades administrativas responsables de la aplicación de los programas y colaborar con criterios e indicadores para la evaluación de la política de desarrollo social.

Además proporciona diagnósticos actualizados, evaluaciones e indicadores e informa a la sociedad sobre los problemas y las medidas de desarrollo social que propone para resolverlos. Tiene facultades para modificar la normatividad; proponer mecanismos para controlar los recursos, revisar la evaluación de los resultados y el cumplimiento de metas.

Una Comisión designa a los consejeros ciudadanos del comité de evaluación en convocatoria pública y emite las recomendaciones del Consejo de Evaluación; cuya labor es promover y fomentar la participación ciudadana en la elaboración de las políticas públicas de Desarrollo Social.

Por otro lado los gobiernos de izquierda de la Ciudad propusieron un proyecto de redes de participación ciudadana para tratar el desarrollo social; en ese contexto operaron dos consejos con cinco representantes de organizaciones sociales y civiles (y cuatro del gobierno además de los especialistas). Sin embargo de acuerdo al Informe Final de Evaluación del Diseño, Instrumentación y Resultados de la Política de Participación Ciudadana en el Desarrollo



Social del Distrito Federal de Mayo 2011, no se implementaron las propuestas y se concluyó con los consejos en 2008.

La administración pública del Distrito Federal ofrece posibilidades de que participen instancias ciudadanas en la evaluación interna y externa de los programas sociales: El Consejo de Evaluación del Desarrollo Social, La Junta de Gobierno, la Comisión de Desarrollo Social de la Asamblea legislativa y El Comité de Evaluación y Recomendaciones.

También el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (EVALÚA, D.F) es un instrumento para evaluar la política social del gobierno, incluyendo la verificación del ejercicio del presupuesto. Su función es hacer las observaciones y recomendaciones para valorar el diseño, la operación, los resultados y el impacto de la política y de los programas de Desarrollo Social. Se trata de un organismo público descentralizado sectorizado a la Secretaría de Desarrollo Social, con personalidad jurídica y patrimonio propio, autonomía técnica, presupuestaria y de gestión.

Su máximo órgano es el Comité de Evaluación que se integra por la Secretaría de Desarrollo Social, seis ciudadanos designados por el Jefe de Gobierno a propuesta de la Comisión Interinstitucional del Desarrollo Social (cuatro del Sistema Nacional de Investigadores). Además opera con principios de igualdad, equidad de género y social, justicia distributiva, diversidad, integralidad, territorialidad, participación y efectividad.

Sin embargo los asuntos sobre la participación ciudadana contenidos en las Actas del Comité son escasos y generales; los acuerdos asumidos no influyen en las políticas públicas y no se debate sobre el incumplimiento de obligaciones de servidores públicos. Las faltas se remiten a la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, las auditorías como instrumento de vigilancia de los recursos y denuncia de las inconformidades ante La Contraloría General del Gobierno del Distrito Federal (juez y parte de actos administrativos).

En síntesis los espacios de participación de los ciudadanos en el desarrollo social son las asambleas vecinales; consejos para las valoraciones internas y externas, el consejo de desarrollo social y los consejos delegacionales de desarrollo social (órganos de consulta, opinión, asesoría y vinculación).

## **2.5.2. Planeación del Desarrollo**

La planeación del desarrollo social orienta la participación de los sectores sociales por tres mecanismos: 1) consulta pública por iniciativa de la administración, para conocer las propuestas de la ciudadanía en materia de planeación; 2) vigilancia y evaluación para controlar el cumplimiento de los programas con el auspicio del Consejo de Planeación y el Comité de Planeación; 3) concertación e inducción para orientar las acciones conjuntas en la ejecución de los programas.

El Comité de Planeación dispone del Comité Mixto de Planeación para reunir las propuestas de la ciudadanía sobre el Programa General del Distrito Federal: integra los programas nacionales y delegacionales que a su vez incluyen los programas parciales y especiales. Se forma con cinco ciudadanos con experiencia en planeación nombrados por el Jefe de

Gobierno con la ratificación de la Asamblea. También se incorporan los representantes de las distintas organizaciones sociales y de ciudadanos.

Al Consejo de Planeación le corresponde promover la participación en la planeación de la comunidad, grupos sociales y ciudadanos, quienes podrán conocer y analizar las políticas de desarrollo y presentar sus propuestas a los comités mixtos de planeación. Este órgano puede recibir en forma permanente las observaciones que tengan los grupos sociales y los ciudadanos sobre los programas, las cuales se remiten al Comité de Planeación. El mismo procedimiento se llevará a cabo para la vigilancia y evaluación de la ejecución de los programas delegacionales a través del Comité Mixto de Planeación. La información en materia de planeación para garantizar la participación social y ciudadana se pondrá al alcance de quien lo solicite.

### **2.5.3. La Salud**

La planeación de los servicios de salud de acuerdo a la Ley de Salud del D.F. la definirá el Gobierno junto con el Comité de Planeación para el Desarrollo del Distrito Federal. Las instancias encargadas de la organización de la salud son: el Consejo de Salud del Distrito Federal y la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Los espacios e instrumentos de participación ciudadana en ese sector son enunciativos. Se menciona la necesidad de promocionar esquemas de participación, fomentar la participación individual y colectiva en el cuidado de la salud y determinar planes y programas en ese tema incluyendo su evaluación.

En el aspecto organizacional se habla de impulsar la descentralización y consolidar la desconcentración de los servicios de salud en las delegaciones de la Ciudad, para lo cual se introduce la figura de comités delegaciones de salud cuyos objetivos y organización se determinarán en los instrumentos jurídicos.

El Consejo de Salud del Distrito Federal es el órgano de consulta y apoyo del gobierno y de servicio a la sociedad en materia de salud. Se integra por: el Jefe de Gobierno y titulares de las secretaría (Salud, Gobierno, Finanzas; Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación); la Subsecretaría de Coordinación Delegacional y Metropolitana y la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Asamblea Legislativa.

Tiene como invitados permanentes a representantes de instituciones: Academia Nacional de Medicina, Secretaría Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Politécnico Nacional, servicios médicos privados e industria química farmacéutica.

La ciudadanía puede participar en el diagnóstico, las metas de calidad de vida de la población y en la definición de zonas de atención prioritaria y evaluación de la problemática. Sin embargo, las formas de corresponsabilidad con la sociedad organizada y las estrategias de colaboración entre delegaciones y municipios no están definidas. Los usuarios tienen “obligación” de participar activamente en los programas y actividades de prevención,

fomento y cuidado de la salud; pero no se especifica la forma de participación y la infraestructura indispensable que se requiere para hacerlo.

De manera indicativa hay algunas acciones para fomentar la participación informada de las personas y de la comunidad (calidad de los servicios, problemas sanitarios que dañen la salud con relevancia en la prevención y enfoque familiar y comunal), sin embargo no se ha logrado participar en el desarrollo integral de la salud de grupos poblacionales específicos, como el de las mujeres.

Dentro de las atribuciones de las delegaciones se establece la operación del sistema local de información básica que debe estar disponible y actualizada para el conocimiento público, con datos sobre beneficiarios, monto de recursos asignados y temas básicos, pero en la práctica no existe disponibilidad de cifras presupuestarias, ni están actualizados los padrones de beneficiarios, ni se cuenta con cifras sobre calidad de los servicios y otros datos indispensable para que el ciudadano tenga un mínimo conocimiento del sector para participar en los programas.

Como ejemplo se tiene que las cifras de cáncer de mama en los centros de salud no corresponden con las que se manejan en otras instituciones del propio gobierno; además, la información se presenta en formatos de difícil acceso para la gente y muchas veces es obsoleta; no obstante en forma constante se enfatiza el enfoque de planeación en la prestación de los servicios de medicina preventiva, atención médica integral y atención para la mujer y se indica sobre el sistema local de información y sus mecanismos de acceso.

#### **2.5.4. La Participación Ciudadana del Distrito Federal**

La esencia de la participación ciudadana se hace realidad en los espacios públicos en donde se deliberan en condiciones de igualdad, diversas alternativas de elección para lograr un intercambio de ideas y formar significados colectivos que hagan operacionales los principios normativos, teóricos y abstractos en los cuales se sustenta la participación ciudadana.

Los órganos de representación ciudadana en las colonias del Distrito Federal son el comité ciudadano, el consejo ciudadano, el consejo del pueblo y los representantes de manzana. También hay consejos ciudadanos delegacionales. Los integrantes de esos espacios no pueden ser representantes populares ni formar parte de la administración pública.

El comité ciudadano es una instancia consultiva, participativa y evaluativa que colabora en los procesos de evaluación. Es el máximo órgano de representación ciudadana de la colonia, para la organización, planeación y ejecución de actividades y proyectos para resolver la problemática local de la comunidad. Sus acciones las aprueba la Asamblea Ciudadana.

El comité se forma por nueve integrantes electos por votación universal, libre, directa y secreta; teóricamente representan los intereses colectivos de los habitantes de la colonia. Sus facultades son instrumentar las decisiones de la Asamblea Ciudadana; elaborar y proponer programas y proyectos de desarrollo comunitario; cooperar en la ejecución de los programas de desarrollo y propuestas integrales para la colonia. También se puede evaluar y opinar sobre los programas y servicios públicos del Gobierno del Distrito Federal. No todos los

coordinadores de los comités rinden cuentas a las autoridades o a los ciudadanos como lo especifica la Ley.

Los comités por la cercanía con sus comunidades tienen la posibilidad de conocer mejor las necesidades sociales de sus ciudadanos y trabajar en conjunto con las diferentes dependencias del gobierno para el mejoramiento de las delegaciones; sin embargo, las reglas de operación para su funcionamiento no desagregan los procedimientos para la operación de los actores ni la utilización de los instrumentos, para que el ciudadano participe en la política pública de la Ciudad o para evaluar sus resultados.

Se cuenta con las coordinaciones de varios comités: Desarrollo Social; Presupuesto y Planeación Participativa y Desarrollo Económico y Empleo; Capacitación y Formación Ciudadana y Comunicación y Cultura Cívica; Fomento a los Derechos Humanos; Fomento a la Transparencia y Acceso a la Información; y la Equidad y Género.

Al interior de los espacios deliberativos se privilegia el consenso o la decisión de mayoría según el grado de control que tengan los organizadores o las organizaciones. Las diferencias son resueltas por sus integrantes y por el Instituto Electoral. Hay resultados positivos y ejecución puntual de los proyectos pero no todos los comités han podido lograr la cohesión.

A través de la organización ciudadana se puede participar en otros instrumentos como son: las reuniones de las Asambleas Ciudadanas con voz y voto, los consejos ciudadanos para opinar y proponer sobre las funciones, planes, programas, proyectos y acciones de gobierno del Distrito Federal. Algunos espacios de representación carecen de atribuciones para participar en procesos decisivos pero tienen facultades para legitimar decisiones tomadas con anterioridad en las asambleas o en espacios que tienen funciones de coordinación y atribuciones similares a los comités.

Los consejos económicos y sociales son espacios de la sociedad civil que operan como vasos comunicantes entre la población y las autoridades como representantes de organizaciones sociales de diferente naturaleza.

Asimismo, las organizaciones no gubernamentales, académicos e investigadores, se pueden reunir para proponer, analizar y evaluar las acciones, obras y políticas públicas de los distintos niveles de gobierno y de los diferentes poderes. Se trata de espacios y mesas de debate y concertación para proponer soluciones a distintos problemas.

También están los observatorios ciudadanos como expresión de participación ciudadana para mejorar la política pública. Son espacios de evaluación, estudio, análisis y formulación de propuestas a partir de la información generada (o existente), sobre la acción pública gubernamental.

Los observatorios se enfocan a los asuntos de política pública, rendición de cuentas, especialización temática; tecnología para instrumentar indicadores, encuestas y estudios. A la fecha de la investigación hay una red de 38 de esos espacios en el Distrito Federal ([www.observatoriosciudadanos.org.mx](http://www.observatoriosciudadanos.org.mx)), aunque en general carecen de una metodología de investigación específica.

Algunos importantes espacios para la participación ciudadana están supeditados a la aceptación de las autoridades y a la acción organizativa electoral. Por otro lado la mayoría de los ciudadanos desconocen el funcionamiento de las mesas de trabajo de expertos y asesores y también se ignora el tratamiento que se les da a sus propuestas o si se toma en cuenta las opiniones de la gente.

La participación ciudadana está íntimamente relacionada con el poder de los ciudadanos y es con la instrumentación y operación efectiva de los espacios donde se participa como se les traslada poder para que intervengan a nivel decisonal en asuntos públicos. Al respecto Arturo Flores describe tres zonas de empoderamiento cuya aplicación al Distrito Federal sitúa a los ciudadanos teóricamente en la zona 3 y prácticamente en la zona cero:

1. Zona de empoderamiento cero. La participación de la ciudadanía en procesos en que las decisiones ya fueron tomadas, o que por su escasa importancia, las decisiones tomadas no empoderan a los ciudadanos participantes. En esta área, no se producen beneficios tangibles para los ciudadanos o un impacto inmediato para los participantes.

2. Zona de auto-empoderamiento. Organizaciones que operan al margen o paralelamente a las instancias o mecanismos de participación institucionalizados. Hay respuestas por parte de las zonas de poder y son expresión del proceso de empoderamiento (comités ciudadanos o grupos que busquen cambiar las condiciones de su entorno).

3. Zona de empoderamiento institucionalizado. Esquemas establecidos dentro de la normatividad para empoderar “legítimamente” a los ciudadanos, con mecanismos e instrumentos de carácter vinculatorio, incluye algunos instrumentos de democracia directa como el referéndum y el plebiscito, mecanismos de control como la revocación de mandato, ejercicios de cogestión y definición y evaluación de planes y programas (Flores, 2007: 32).

Los ciudadanos en el Distrito Federal aunque intervienen en procesos participativos o de consulta no producen beneficios tangibles o un impacto inmediato en las decisiones públicas y se ubican en una zona de cero empoderamiento. En términos generales el gobierno se ha limitado a informar y los ciudadanos son receptores pasivos o de consulta para legitimar decisiones tomadas con anterioridad (Ziccardi: 2009).

También se cuenta con los consejos consultivos. El Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal en su informe de 2011, expone que esos espacios existen por ley desde 1983 aunque actualmente se retoman con un sentido diferente y se aspira a una colaboración genuina y más eficiente bajo la responsabilidad del coordinador ejecutivo o del secretario técnico.

Estos organismos cumplen también con una función básicamente consultiva y deliberativa a nivel del gobierno central y en forma más restringida en las delegaciones; sin embargo la integración de espacios no ha sido normada por un marco legal común, no se reconocen en la Ley de Participación Ciudadana, han adolecido de cierta discrecionalidad por parte de la autoridad convocante y no garantizan la representatividad de las organizaciones. Las propuestas no se concretan operativamente y ha sido muy limitada la posibilidad de influir de manera eficaz en las estructuras burocrático-administrativas y en las políticas públicas.

Se identificaron 38 consejos aunque no todos estaban instalados o en funcionamiento. La integración de los 32 analizados se hizo en un 52.8% con funcionarios del gobierno, 23.4% con el sector social, un 7.2% lo forman académicos y el 5.3% diputados. Existe una proporción igual del 4.9% para el sector privado y consejos delegacionales; y hay 9 integrantes del Gobierno Federal (1.4%) y 1 representante del sector financiero que representa el 0.2% (CONEVAL, 2011: 63, 64). La participación de los ciudadanos en el mejor de los casos llega a 35.5% si se suma el sector social, el privado y el académico; por otro lado, las atribuciones de los órganos de participación social y ciudadana tienen carácter consultivo y los ciudadanos sólo pueden emitir recomendaciones que no necesariamente se incorporan a la política pública.

En los consejos analizados se aprecia la diversidad de atribuciones que da cuenta de la carencia de una política unificada en su estructura. Además el ámbito de actuación de los consejos se ubica en la dimensión sectorial lo que proporciona pocas posibilidades de tomar decisiones integrales (CONEVAL D.F. 2011). No obstante hay excepciones que confirman que se pueden crear nuevas formas de participación ciudadana, tal es el caso del Programa Comunitario de Mejoramiento Barrial y su Comité de Administración y Supervisión (Ziccardi: 2012)

## **2.6. Instrumentos de Participación Ciudadana**

**En el Diagrama 5** de la página siguiente se presenta de manera esquemática los instrumentos relacionadas con la participación ciudadana en el Distrito Federal.

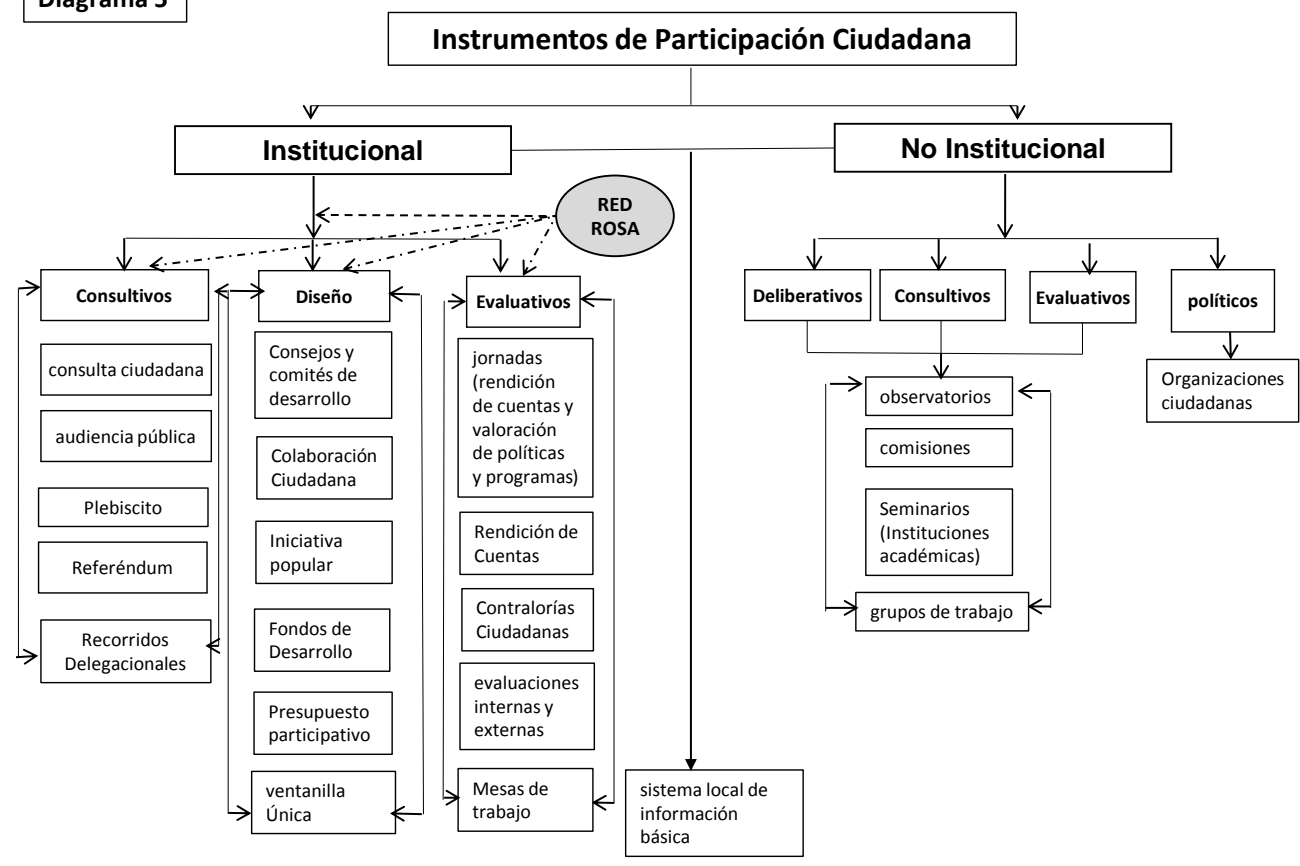
La clasificación corresponde con los instrumentos que se mencionan en las leyes del Distrito Federal concernientes a la participación ciudadana en el tema de la salud: Ley de Desarrollo Social, Ley de Planeación, Ley de Salud y los instrumentos que incorpora la propia Ley de Participación Ciudadana.

El cuadro se ordenó de acuerdo a la metodología propuesta en el marco teórico, aunque se da relevancia a la participación ciudadana institucional.

Asimismo en el diagrama se puede observar que se incluyó a la agrupación Red Rosa como una agrupación de mujeres con características de organización de participación institucional que puede aportar y construir instrumentos de participación consultivos, de diseño y evaluativos.

Adicionalmente se incluyó el sistema de información local en el Distrito Federal porque se consideró prioritario para relacionar los instrumentos de los dos tipos de participación ciudadana (institucional y no institucional) y para hacer una política de salud con acciones transparentes, que apoyará a las ciudadanas para tener datos para apoyar su decisión de participar o decidir abstenerse de hacerlo.

Diagrama 5



Fuente: Elaboración propia con base en leyes del Distrito Federal y en metodología de Saltalamacchia y Ziccardi (2005)

### **2.6.1. Desarrollo social, planeación y salud en el Distrito Federal**

Entre los instrumentos de participación para el desarrollo social están: la consulta pública para conocer las propuestas de la ciudadanía y concurrir en la política y programas de desarrollo social; la colaboración en la asignación de fondos de desarrollo social mediante coinversiones, financiamiento y convenios y la rendición de cuentas de los programas sociales en jornadas y en asambleas vecinales.

Los medios concretos que dispone la ciudadanía para construir y fomentar la participación en el desarrollo social son los fondos de desarrollo social, los programas de coinversión y de asistencia y financiamiento para organizaciones civiles.

Los recursos se canalizan al desarrollo de proyectos nuevos con la idea de hacer investigación, evaluar las acciones y apoyar directamente a proyectos de atención a grupos específicos para atender: derechos, equidad, igualdad, diversidad y necesidades básicas, producción, construcción, comercialización, abasto, dotación de servicios básicos y capacitación.

El proceso de la consulta pública vincula la instrumentación y operación de los programas de desarrollo social, con la participación de los grupos sociales involucrados. Las convocatorias y resultados se difunden en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en un diario de circulación nacional o local.

La participación de los sectores social, privado y de la comunidad en general es concertada e inducida, de tal forma que las propuestas ciudadanas seleccionadas son remitidas al Comité de Planeación para su incorporación a los diferentes programas (general o delegacionales). Se trata de apoyar al Comité de Planeación en la realización de los foros de consulta pública.

Las propuestas de los ciudadanos se presentan por escrito; las que proceden son seleccionadas con criterios definidos por el Consejo y Comités y se incorporan a los programas. Las que no proceden se regresan al Comité de Planeación o al Comité Mixto correspondiente.

### **2.6.2. Participación Ciudadana del Distrito Federal**

Los habitantes del Distrito Federal según la Ley de Participación Ciudadana vigente (2012) cuentan con doce instrumentos para participar en los asuntos públicos: plebiscito; referéndum; iniciativa popular; consulta ciudadana; colaboración ciudadana; rendición de cuentas; difusión pública; red de contralorías ciudadanas; audiencia pública; recorridos del jefe delegacional; organizaciones ciudadanas, y asamblea ciudadana.

1. **El plebiscito** es el medio a través del cual el Jefe de Gobierno puede someter a consideración de los ciudadanos los actos o decisiones que piensa que son trascendentes para la vida pública de la Ciudad. El carácter vinculatorio lo define la mayoría de la votación válida y cuando menos una parte representativa de los ciudadanos inscritos en el padrón electoral.



2. **El referéndum** es un recurso orientado hacia la labor parlamentaria por medio del cual los ciudadanos pueden intervenir en las leyes de la competencia de la Asamblea Legislativa; como en el caso anterior la participación ciudadana encuentra su límite en la dificultad para cumplir los requisitos. También la Asamblea Legislativa requiere del acuerdo de las dos terceras partes de los asambleístas para la aprobación de cualquier ordenamiento legal en proceso de creación, modificación, derogación o abrogación.

El instrumento carece de carácter vinculatorio y sus efectos sólo sirven como elementos de valoración para la autoridad.

3. **La iniciativa popular** de los ciudadanos y sus órganos de representación en las colonias (comité, consejo, representante de manzana) abre el camino para que puedan proponer a la Asamblea Legislativa proyectos sobre leyes o decretos.

4. **La consulta ciudadana** es el instrumento por el cual la autoridad en coordinación con los órganos de representación someten a consideración de la ciudadanía temas de impacto de los distintos ámbitos territoriales del Distrito Federal. Los resultados de la consulta ciudadana también son elementos sólo de apreciación para la autoridad, aunque se otorga la posibilidad de opinar sobre el presupuesto participativo.

Este instrumento encamina a darle sentido de pertenencia a la comunidad al permitir que los ciudadanos y sus organizaciones asignen los recursos públicos y decidan su forma de utilizarlo conforme a sus intereses locales o sectoriales.

Sin embargo en las entrevistas que se hicieron en los foros de participación ciudadana se observó que los ciudadanos no pueden decidir realmente lo que quieren hacer porque las autoridades limitan el presupuesto participativo al uso de tres rubros (servicios, equipamiento urbano y seguridad<sup>17</sup>), los cuales además son asuntos que le corresponde resolver a la delegación. Los resultados dependen no solo de una buena integración y colaboración interna entre los miembros de los comités, sino también del grado de cercanía que logren establecer los participantes con su respectiva delegación política y con los funcionarios y autoridades.

La aplicación del presupuesto participativo es diversa. En el Seminario Pobreza Urbana, Exclusión Social y Políticas Sociales (PUEC- IISUNAM 2012), Pablo Yanez de EVALUA, D.F. mencionó que hay colonias donde los vecinos no saben el saldo final del primer presupuesto participativo y en otras no se ha empezado a ejercer el de 2012.

La consulta ciudadana también se utiliza para el ejercicio del gasto; sin embargo el ciudadano común ignora la manera de participar en la discusión de las prioridades del gasto de las delegaciones; en general se desconoce las responsabilidades de los delegados en relación a la aplicación del gasto.

Las figuras de plebiscito y consulta como mecanismos de participación de los ciudadanos (ya previstas desde la antigua Ley de Participación Ciudadana), se han usado sólo seis veces en 11 años; siempre por iniciativa de las autoridades. La última consulta convocó a menos del 10% de los empadronados.

---

<sup>17</sup> En la siguiente administración con Miguel Ángel Mancera, se amplió a cinco rubros.

La participación ciudadana en el mejor de los casos sólo es auxiliar para las decisiones del gobierno; no hay autonomía en la organización de las consultas ciudadanas y se diluye la responsabilidad entre la organización, difusión y aplicación de los resultados de las consultas.

No existen protocolos de aplicación de las consultas. Las instancias delegacionales muchas veces carecen de recursos (hasta técnicos), para aplicar los resultados de la consulta e incorporar la opinión de los ciudadanos, lo que hace inoperantes los instrumentos. Tampoco hay un procedimiento preciso para integrar la opinión de las consultas a los programas y no hay sanciones para la autoridad que incumple con los resultados de esas consultas. Los mecanismos no son vinculantes y las facultades de participación que otorga la Ley a la ciudadanía en el mejor de los casos se vuelve sólo consultiva.

5. **La colaboración ciudadana** orienta a los ciudadanos para participar con las dependencias y delegaciones aportando recursos económicos, materiales o trabajo personal en la ejecución de obras o servicios públicos colectivos o comunitarios, En este caso compete a las autoridades la aceptación de la colaboración ofrecida, aunque no se estipula las características para aceptar o rechazar la colaboración.

6. **La rendición de cuentas** muestra también limitaciones; los ciudadanos tienen derecho de recibir (no de pedir) informes generales o específicos acerca de la gestión y actuación de los servidores públicos, pero sin consecuencias si existen evaluaciones desfavorables o incumplimiento en los resultados de los programas. Los ciudadanos pueden informar a las autoridades sobre irregularidades administrativas, aunque no se define la responsabilidad y sanciones en que se incurre por actos de gobierno o incumplimiento de los programas. Las autoridades evalúan su propia actuación y también hay ambigüedad en la responsabilidad de las áreas y funcionarios.

En general no se especifica responsabilidades vinculadas a sanciones; además, se carece de espacios coordinados para interlocución entre la autoridad, los ciudadanos y los grupos organizados que buscan generar contrapesos y respuestas a diferentes necesidades.

Sin embargo, se continúa avanzando en el diseño de los instrumentos para el proceso de transparencia (rendición de cuentas, difusión pública y se mencionan las contralorías ciudadanas); pero está pendiente la organización de la operación de esos instrumentos; la red de rendición de cuentas no está articulada ni se cuenta con un órgano central que reúna las orientaciones de las instancias locales involucradas.

7. **La difusión pública** dispone que las autoridades locales del Gobierno del Distrito Federal están obligadas a difundir un programa semestral acerca de las acciones y funciones a su cargo; aquí tampoco se especifica las consecuencias si no lo hacen.

8. **La red de contralorías ciudadanas** es el instrumento de vigilancia de los ciudadanos para supervisar y garantizar la transparencia, eficacia y eficiencia del gasto público. Los contralores ciudadanos son acreditados por el Jefe de Gobierno del Distrito Federal y sus acciones coordinadas y supervisadas por el Programa de Contraloría Ciudadana de la Contraloría General. Pueden participar con voz y voto en las decisiones de los órganos colegiados de la Administración Pública del Distrito Federal y en caso de anomalías

hacer las denuncias ante las autoridades correspondientes. En esta situación también las autoridades son juez y parte y valoran su propia actuación.

La contraloría ciudadana es una expresión de la democracia participativa por la que el ciudadano y sus comunidades pueden ejercer acciones de control, vigilancia y evaluación de la autoridad en el cumplimiento de los programas sociales. Es un instrumento directo del ejercicio de la soberanía que no se ha instrumentado y que se puede aprovechar desde su concepción, diseño e implementación para la operación de los programas sociales, hasta penetrar en la política pública a nivel de organizaciones y vincular a los ciudadanos en la revisión de la calidad de los servicios públicos de sus comunidades. La contraloría ciudadana es una tarea de los ciudadanos.

9. **La audiencia pública** permite a los habitantes de la Ciudad proponer de manera directa a las autoridades por medio de los mecanismos señalados en la ley, la adopción de acuerdos o la realización de algunos actos.

10. **El recorrido del jefe delegacional** es un instrumento de participación directa de los vecinos de la delegación para formular de manera verbal o escrita sus opiniones y propuestas sobre la forma y las condiciones en que se prestan los servicios públicos y el estado que guardan las obras e instalaciones comunales. Tampoco tiene consecuencias por incumplimiento, mal servicio o instalaciones inadecuadas, ni es vinculante.

11. **La asamblea ciudadana** es la reunión pública y abierta de los habitantes de la colonia y pueblos originarios convocada cada tres meses por el comité ciudadano en el que sus integrantes tienen voz y voto. En la asamblea se emiten opiniones y se evalúan los programas, las políticas y los servicios públicos de la colonia; asimismo, se aprueban los diagnósticos y propuestas de desarrollo integral, el programa general y los programas específicos del comité ciudadano.

En la asamblea ciudadana se garantiza la participación de cualquier vecino y pueden participar niños y jóvenes con derecho a voz. Aquí se plantea la distribución del presupuesto participativo y se opina sobre la aplicación de recursos aprobados por la Asamblea Legislativa y las acciones prioritarias para las colonias. Las autoridades hacen dos convocatorias para definir las acciones de los recursos y para rendir cuentas.

Se designan comisiones ciudadanas de administración y supervisión y la de vigilancia. Cinco ciudadanos supervisan y dan seguimiento a los acuerdos de la asamblea ciudadana; además de evaluar las actividades del comité ciudadano y emitir un informe anual sobre el funcionamiento de éstos. También se forman comisiones de apoyo comunitario coordinadas por el comité ciudadano con temas específicos. Este instrumento puede ser punto de coordinación con las comisiones de otras unidades territoriales en temáticas concretas; y proponer los programas y proyectos de carácter comunitario y colectivo, así como participar en su instrumentación.

Un aspecto que ha limitado la construcción de la participación ciudadana es que la estructura formal no es soporte de una participación real, se trata de alternativas de instancias de participación con pocas atribuciones reales y efectivas para los ciudadanos. El ciudadano carece de condiciones para competir equitativamente con el monopolio de poder de los

partidos políticos en materia de participación. Por otro lado, los ciudadanos en general no tienen los mecanismos para que se tomen en cuenta sus decisiones. Uno de los Programas que ha logrado superar esa situación es el Programa de Mejoramiento de Barrios.

En conjunto la audiencia pública, los recorridos del delegado y las asambleas, son instrumentos directos de diálogo con los ciudadanos. También están limitados por sus requisitos y por la ausencia de información de los programas delegacionales, lo que obstaculiza la participación y desvincula a los ciudadanos de los programas. Esos instrumentos de participación son convocados por las autoridades o por los órganos de representación con un proceso burocrático engorroso y aunque se requiere definir responsables, no se especifica las sanciones en que se incurre en caso de incumplimiento.

12. **La organización ciudadana** es el instrumento más idóneo para tomar parte en la política pública del gobierno ya que sus objetivos aspiran a fortalecer la cultura ciudadana y mejorar la calidad de vida de la gente. Su ámbito de actuación territorial está vinculado a los intereses de las colonias donde viven los ciudadanos, sin embargo la información no ofrece cifras para realizar un diagnóstico por manzana orientado a las familias, aunque ya se cuenta con los mapas de índices de desarrollo social por colonia y manzana de EVALUA, D.F.

## CONCLUSIONES

En la Ciudad de México la participación ciudadana es un derecho en construcción que se relaciona con las diferentes visiones que han tenido los gobiernos democráticos del Distrito Federal desde 1997 acerca del papel que pueden desempeñar los ciudadanos en las políticas públicas y en particular en las políticas sociales. Actualmente coexisten las viejas tradiciones de control del ciudadano con avances democráticos; han convivido formas tradicionales de representación y nuevas figuras creadas e instrumentadas mediante leyes que muestran adelantos en la construcción de la participación ciudadana.

Pero el ejercicio de la participación ciudadana en la política social en general ha sido limitado. Tradicionalmente la participación se ha dirigido a los procesos electorales y a la utilización de los bienes y servicios que proporciona el gobierno y se ha hecho patente que las prácticas que norman la política pública, determinan lo que con anterioridad políticamente se ha decidido principalmente en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, sin la participación de los ciudadanos.

La visión de los derechos de corte social instrumentados a la fecha sigue siendo programática; se otorgan cuando hay presupuesto, no son normas de cumplimiento obligatorio y todavía no se alcanza la concreción operativa con un enfoque integral, estratégico y de planeación en la política pública de salud.

Asimismo su institucionalidad no está estructurada para que sean garantizados. La situación es más complicada con derechos como el de participación ciudadana en la política pública (de salud). Este derecho es contemporáneo y requiere una nueva visión en la construcción de la política social del gobierno. El tema amerita un análisis de la relación de los ciudadanos con los programas de salud del gobierno del Distrito Federal, especialmente con las formas de democracia que incorporan criterios sustantivos y no sólo formales que es lo que estudia

esta tesis. Se precisan nuevas herramientas legales, institucionales y administrativas para la incorporación de este tipo de derechos en la toma de decisiones.

En el presente la experiencia cotidiana de las prácticas institucionales del gobierno de la Ciudad, se muestran en la legislación primaria y secundaria relacionada con la salud y reproduce la ausencia de participación ciudadana. La legislación en la que se fundamenta (desarrollo social, planificación, salud y la propia ley de participación ciudadana), es omisa en los procedimientos para que los ciudadanos participen a nivel decisonal en la política de salud y sus programas.

Hay una distancia entre el marco normativo de las leyes que instrumentan la participación ciudadana y su aplicación real, lo que tiene que ver con la operación de sus espacios e instrumentos de participación. La estructura formal no ha sido soporte de una participación real, la normatividad no posee las herramientas y los medios para hacerla operativa y son pocas las atribuciones reales y efectivas de participación para los ciudadanos y exiguo el fomento de una cultura participativa diferente a la tradicional clientelar, no obstante que la propia ley lo propone.

Se reconoce el valor de los derechos individuales y colectivos pero el diseño de la estructura legal y su consecución institucional ha sido incapaz de vincular la legislación con la operación real para incorporar, en este caso a las mujeres, a la toma de decisiones de los programas que les competen dentro de la política de salud.

En la parte instrumental los programas sociales no están integrados a un plan de desarrollo y en el mejor de los casos promueven políticas programáticas, pero la mayoría son acciones en las que está ausente desde un diagnóstico sobre los perfiles demográficos, las necesidades y la problemática de la comunidad, hasta la incidencia de la participación ciudadana en la salud. Está pendiente incorporar las acciones y procedimientos específicos para implementar la participación ciudadana en el sistema local de salud y los mecanismos de cooperación, información y nuevos diseños de la política pública. En especial no se alcanzan a dimensionar cómo se va a normar la participación ciudadana en los servicios de atención preventiva para la mujer y su vinculación con la medicina integral como lo menciona la actual normativa.

También limita la participación ciudadana la asimetría que existe entre las delegaciones políticas y la falta de coordinación de los espacios ciudadanos a nivel local y central y la estructura institucional del gobierno que imposibilita alcanzar nuevos espacios de participación autónoma y rediseñar las políticas y programas públicos bajo una óptica de desarrollo integral local. Además el papel que la federación le tiene asignado al Distrito Federal acota su autonomía y lo determina para lograr relaciones efectivas entre las áreas internas del gobierno y entre sus distintos órdenes.

En un escenario de desigualdad la información adquiere relevancia porque el derecho a su acceso es fundamental como elemento de igualdad frente a las condiciones desiguales que existen. La falta de información, su calidad y su asimetría son obstáculos para valorar la participación ciudadana y las necesidades de la población.

En el tema de la información los problemas se inician desde su generación y administración, hasta los criterios que determinan el tipo de información que ofrece el gobierno, la falta de

sistemas y la forma en que se produce, se resguarda y se hace pública. Los datos para evaluar la acción de las autoridades son escasos, no hay esquemas para aplicar sanciones de responsabilidad y el mismo ciudadano no ha alcanzado la exigibilidad para hacer valer sus derechos. Especialmente los instrumentos de transparencia adolecen de un diseño para rendición de cuentas, donde se especifique la información que se debe proporcionar a los ciudadanos, los presupuestos que se van a evaluar y la responsabilidad y sanciones en que incurren las autoridades por incumplimiento.

La participación ciudadana tampoco ha logrado apropiarse de algún presupuesto. Los recursos no se han materializan para hacer efectivo el derecho ciudadano a participar en los programas que integran la política social de la Ciudad. El acceso a los presupuestos para el ciudadano común es restringido, lo que hace indispensable concertar un presupuesto para la participación ciudadana en materia de salud. Contar con el presupuesto como intermediación para el cumplimiento de los derechos y su exigibilidad, con leyes que normen las obligaciones específicas del gobierno como sujeto obligado y con sanciones puntuales en caso de violación o incumplimiento del mandato constitucional.

La participación ciudadana en el diseño de los programas de salud como principal herramienta del gobierno para orientar el desarrollo social, ha contado con limitados espacios e instrumentos para construir esa colaboración en los ámbitos locales donde habitan los ciudadanos en condiciones sociales y económicas determinadas, con problemas públicos específicos. Los requisitos para utilizar los espacios e instrumentos son de difícil concreción, su instrumentación administrativa es compleja y de estructura burocrática complicada y muchos de los procedimientos son inadecuados para la coordinación de los programas.

Los espacios e instrumentos que se han creado son enunciativos y cabe la pregunta si se dirigen a lograr cambios para una democracia participativa donde los ciudadanos tomen parte en las decisiones públicas, o si sólo se pretende conservar la estructura de poder de los grupos y autoridades en los tres órdenes de gobierno, que tradicionalmente han tomado las decisiones. La mayoría de los instrumentos son de carácter consultivo y no son vinculantes; las recomendaciones de los ciudadanos sirven sólo como elementos de valoración para la autoridad y no necesariamente se incorporan a la política pública.

La posibilidad de participación real de los grupos está vinculada a las relaciones de poder y a la distancia que media entre el discurso político y la efectividad de la operación de esos instrumentos. Actualmente la participación en el mejor de los casos sólo es auxiliar, no hay autonomía en la organización de los instrumentos y se diluye la responsabilidad entre la organización, difusión y aplicación de sus resultados.

Aun así puede considerarse que el Distrito Federal ha logrado acometer la creación de algunas formas democráticas en relación con los ciudadanos, aunque empíricamente todavía se mantienen mecanismos centralistas que las limitan y las hacen insuficiente. El gobierno de la Ciudad ha mostrado la decisión política para avanzar en el cumplimiento de los derechos sociales, sin embargo la reivindicación del derecho como un instrumento social permanece en los procedimientos y en la realidad la apropiación del derecho lo ejercen los grupos o clases que tienen recursos para hacerlo efectivo.

Se necesitan formas creativas de legitimación social relacionadas con la participación en la política de salud: alinearse a las necesidades de los ciudadanos, equidad en la prestación del servicio, criterios de justicia en la asignación de recursos y la garantía para acceder a las prestaciones con calidad y oportunidad.

La administración pública del Distrito Federal con las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social mediante la Subsecretaría de Participación Ciudadana no ha establecido las bases de una cultura política participativa entre los actores. También los ciudadanos son indiferentes a la participación y no comprenden los beneficios colectivos que se están malogrando por la ausencia de acciones para responder a temas que les interesan como comunidad; y por la falta de conciencia sobre la relevancia para la obtención de beneficios comunes. Hay una autoexclusión de la gente para hacer exigibles sus derechos.

En forma resumida se presenta a continuación un resumen de los puntos débiles de la participación ciudadana que se encontraron en las delegaciones políticas de la Ciudad:

No hay un proyecto de participación ciudadana en la política pública de corto ni largo plazo para dar continuidad y propiciar un cambio en la cultura social de las localidades. Se plantean acciones aisladas sin coordinación y seguimiento.

Falta comunicación y coordinación entre los actores en la delegación, la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Participación Ciudadana.

Ausencia de compromiso y coordinación entre los funcionarios y la ciudadanía. Hay desconocimiento sobre el trabajo comunitario y las formas de organización ciudadana y no se ha logrado instrumentar acciones conjuntas y comunicación entre los equipos de trabajo.

Se ha descuidado la capacitación de los promotores comunitarios y de los funcionarios vinculados a las comunidades; las actividades comunitarias son aisladas y en ocasiones el trabajo es improvisado.

Se observa la ausencia de acciones afirmativas para motivar la participación ciudadana y los procesos de aprendizaje. Las acciones participativas que han realizado los ciudadanos tienen una base común de auto aprendizaje.

Se privilegia la gestión individual y no se legitiman procesos de inclusión; tampoco se plantean espacios o mecanismos de análisis integral de la problemática delegacional, ni de los programas prioritarios para solucionarlos.

La estructura institucional y forma de trabajo propicia fenómenos de clientelismo y liderazgos personales.

## **CAPÍTULO 3 LA POLÍTICA DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL**

---

### **INTRODUCCIÓN**

En este capítulo se analiza el contenido sustantivo de la política de salud del Distrito Federal, relacionado con la concepción ideológica del problema público del sector, como parte de la política de desarrollo social. Se debate en torno a su visión como derecho en las democracias representativa y participativa y la forma en la que el ciudadano interviene en los programas.

También se trata la parte operativa que concierne al diseño, ejecución y evaluación de la política pública y sus programas, incluyendo los mecanismos para instrumentarla en el ámbito local; y así definir los espacios, los actores y los recursos para fomentar la participación ciudadana en un marco legal dentro de la estructura institucional del gobierno.

La importancia del ámbito local de las delegaciones políticas se manifiesta en la construcción de las políticas públicas y de los espacios que facilitarán la participación de los ciudadanos en los programas.

También se señala la relevancia que tiene la desigualdad y la forma de representación política en la organización de la estructura institucional de las políticas sociales y la participación asimétrica de la población.

Mediante gráficas se presentan algunos aspectos relacionados con la condición de salud de las mujeres en el Distrito Federal: patrones de asimetrías por la pobreza y rezago social, crecimiento de la población de más edad, hogares con jefatura femenina, escolaridad de las madres, servicios básicos en la vivienda, cobertura de los servicios médicos, importancia del primer nivel de atención y crecimiento de enfermedades y mortalidad.

La estructura institucional de la política pública del sector salud en la Ciudad, se organiza con las dependencias y entidades de la administración pública y el sistema de protección social de la Red Ángel. El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, forma parte de ese arreglo.

En este apartado se hace especial referencia al primer nivel de atención y se describen las condiciones de los centros de salud de las delegaciones políticas como unidades mínimas de atención local de la Secretaría de Salud.

La última parte se refiere al gasto público que el Gobierno del Distrito Federal asigna a la salud y el efecto que ha logrado; con especial referencia al monto que se destina para la población no asegurada.

### **3.1. LA DIMENSIÓN SUSTANTIVA**

La política pública de salud es una respuesta del sistema político - administrativo para el problema social de salud, que se ha reconocido como tal en la agenda gubernamental de la Ciudad y que requiere una acción concertada en cada etapa de su definición.



El contenido comprende aspectos conceptuales y sustantivos de fondo que se relacionan con la definición del esquema de desarrollo y del problema social de salud en el Distrito Federal como una construcción. “Una política pública tiene un contenido de percepciones, representaciones, intereses y recursos” (Subirats, 2008: 36). El fundamento sustantivo de la política de salud (Subirats: 2006, 2008), se dirige a la concepción ideológica del problema público y a la forma como la acción del Estado, va a usar el poder político y el instrumental operativo para resolverlo.

El enfoque de esta tesis se centra en una democracia participativa con desarrollo humano y en la exigibilidad de derechos en dos dimensiones: La institucional desde la cual se fundamenta la acción pública gubernamental para explorar la coherencia de las instituciones en la política de salud; y la normativa (primaria y secundaria), para analizar el sustento legal, su cumplimiento y exigibilidad.

El diseño y operación de la política pública y sus programas son factores medulares en la construcción de una ciudadanía con mayor cohesión social; así como los distintos niveles y diferentes mecanismos para instrumentarla y definir los espacios, los actores y los recursos en un marco legal dentro de la estructura del gobierno.

Ambas líneas de investigación (sustantiva y operativa) reúnen los elementos esenciales para el análisis de los programas de la política pública (Subirats: 2008):

- 1) una teoría del cambio social para la base conceptual sobre la que actúa el gobierno.
- 2) la solución del problema público de salud que propone el gobierno.
- 3) programas específicos e individualizados.
- 4) el grupo de población objetivo al que se enfoca el o los programas.
- 5) decisiones y actividades en acciones concretas relacionadas con la base conceptual.
- 6) los actores públicos del sistema político administrativo que tienen legitimidad para actuar.
- 7) actos formales para la implementación de la política pública y sus programas.
- 8) obligatoriedad de las decisiones y actividades de la autoridad legítima que reviste el poder público.

La política pública transita por varias fases no necesariamente secuenciales que se relacionan con la idea del desarrollo social del país y del gobierno, etapas que enlazan la parte sustantiva de la política pública con la parte operativa; desde la percepción e identificación del problema público; su incorporación a la agenda; una definición del modelo causal para formular la política en cuestión que supone un programa político administrativo, hasta una selección de objetivos, instrumentos y procesos e implementación y evaluación (Subirats: 2008)<sup>18</sup>.

En México la política pública de salud que se construyó en el Estado de bienestar resultó segmentado e ineficaz, con áreas focalizadas e instituciones incapaces para enfrentar el compromiso de salud especialmente en el envejecimiento de la población, lo que aumentó e hizo habitual un proceso de exclusión social.

---

<sup>18</sup> Luis Aguilar propone como etapas: la definición del problema público, las alternativas en el diseño de la estrategia, la implementación que detalla los instrumentos y el costo real que va a tener la alternativa elegida; y la evaluación de los resultados de la aplicación de la política en cuestión (Aguilar: 2007).

Posteriormente con el neoliberalismo disminuyeron las funciones del Estado y las que aún se conservaron no siempre estuvieron vinculadas a las necesidades reales de la población y a las reivindicaciones de los ciudadanos. La aplicación general de políticas neoliberales con su filosofía individualista, limitó los derechos para el bienestar de la comunidad y afectó áreas sociales, entre ellas la salud, incidiendo en un menor bienestar social de la gente; con el agravante de que los colectivos sociales acumularon mayor desigualdad por el efecto de las crisis recurrentes.

En la participación ciudadana en la política de salud el debate conceptual se da en torno a las visiones del desarrollo; el liberalismo con su enfoque individual y sus diferencias con el liberalismo social, que reflejan los contrastes de las democracias representativa y participativa y como resultado la forma en la que el ciudadano interviene en los programas de salud.

En esta visión la Secretaría de Desarrollo Social en coordinación con la de Salud son las entidades encargadas para atender la cuestión social en el tema de la de la participación ciudadana en el área de la salud de la Ciudad; tanto en el diseño como en la aplicación de los programas: planeación, presupuesto, evaluación y control.

A estas entidades corresponde desde la estructuración del padrón de beneficiarios hasta las acciones participativas en el tema. Se trata de contar con un diagnóstico por casa y colonia; para saber las edades y necesidades de la población, su situación de salud y las formas de apropiación de los servicios de los programas públicos.

En teoría la cualidad fundamental de las políticas y programas sociales del Distrito Federal son sus diseños participativos, desde su implementación hasta la evaluación, lo que a su vez implica la creatividad para pensar en nuevas formas de gestión y otra institucionalidad que incorpore, responsabilice y beneficie a la ciudadanía (Seminario Ziccardi: 2012).

A partir de la complejidad social y las nuevas formas de organización de la pobreza en la Ciudad, la construcción de los acuerdos sociales para ordenar la política pública se ha enfocado a proponer acciones para alcanzar un universalismo básico en la organización de los programas y su vínculo con la administración pública.

Las instituciones se han reorganizado acorde con esa complejidad social para logra el acceso a los bienes públicos, aunque todavía está en construcción la apropiación de los servicios públicos con una concepción social de derechos.

Desde un inicio el tema de la desigualdad asociada a la globalización y a la participación asimétrica en la modernización, se ha vinculado a la forma de inserción de los procesos sociales en esa globalidad, favoreciendo la concentración de la riqueza y recursos “La igualdad es uno de los valores de la modernidad; sin embargo los procesos que desata pueden generar nuevas formas de desigualdad” (Reygadas y Ziccardi, 2010: 250).

También la forma de representación política ha contribuido a que la institucionalidad para las políticas sociales se construya en función de los intereses de los sectores hegemónicos y de una lógica de interacción social determinada por el mercado y no en función de los derechos y necesidades de la gente (Valadés: 2011; Güendel, 2000).

Todo ello produce insatisfacción en los ciudadanos por la falta de acceso a los servicios sociales que definen los programas; y desesperanza por la ausencia de estructuras públicas que garanticen ese acceso con calidad y en condiciones de equidad.

Reygadas y Ziccardi (2010) puntualizan aspectos de la paradoja modernidad – desigualdad: la democracia moderna no necesariamente se traduce en mayor igualdad socioeconómica; los grupos que se integran a la modernidad también promueven sus intereses particulares que no necesariamente se asocian al bienestar comunitario.

Los avances de la tecnología, sistemas productivos y formas de organización económica y social contemporánea son desiguales y con acceso diferenciado, lo que genera más disparidad por la existencia de los previos niveles de desigualdad; la debilidad de las instituciones y por las acciones individualistas de algunos actores (Reygadas y Ziccardi: 2010).

Las implicaciones de la forma en que se ha desarrollado el país han dado como resultado una constante de inclusión exclusión de la sociedad en las diferentes áreas sociales, circunscribiendo el interés por participar en los programas. En los procesos de cambio se ha producido la polarización entre los que acceden a la modernidad y los que no pueden incorporarse a los avances.

En ese contexto, la política pública es una de las herramientas del gobierno para romper el ciclo de pobreza y pobreza extrema en que vive la mayor parte de la población mexicana. El crecimiento económico además de estar limitado, por sí mismo no ha producido prosperidad para todos, ni ha resuelto la desigualdad. El reparto de los avances de la modernidad y el desarrollo ha beneficiado a los más competitivos, aunque el mercado tampoco ha asignado en forma equitativa los frutos del desarrollo.

La competitividad como motor del progreso ha reducido la vida de la gente a un mecanismo individualista en donde gana el más entrenado, el más adecuado para el sistema y con mayores recursos, soslayando la cooperación entre individuos, desgastando el tejido social y limitando la participación ciudadana.

Mabel Manzanal (Manzanal: 2014) explicó que el crecer para luego distribuir es una falacia del sistema capitalista; las sociedades exitosas crecen y distribuyen al mismo tiempo por medio de sus políticas públicas<sup>19</sup>.

No hay duda de que el país se ha transformado en los últimos 40 años; hay adelantos en comunicaciones, informática, medicina y otras áreas a las que no todos han podido acceder. El ejemplo de la salud en el tema de cáncer de mama muestra que hay tecnologías modernas para tratar esa enfermedad, pero el alto costo lleva a la elección de tratamientos invasivos para la mujer y de menor precio para el gobierno.

Rodolfo Stavenhagen (2011) considera que la exclusión social se dirige a los que se quedaron rezagados del proceso de modernización, a los que no han sido incorporado a la globalización en: oportunidades, empleos, bienestar social, convivencia y a los que se incorporaron a ella

---

<sup>19</sup> Notas del Seminario “*Pobreza Urbana, Espacio Público y Participación Ciudadana*”. Universidad Nacional Autónoma de México, Septiembre 2012. Coordinadora Alicia Ziccardi.

y no han sabido crear otro tipo de desarrollo; y propone cuatro ideas para resguardar al ciudadano de los efectos del sistema capitalista en la política pública<sup>20</sup>.

- ✓ La aplicación de los progresos de la ciencia y el avance tecnológico de la modernidad requiere de un componente de ética humanista para construir la política pública.
- ✓ Los objetivos y mecanismos del desarrollo social deben revisarse (y del crecimiento para el bienestar humano) y medirse con otros parámetros e indicadores.

La meta para lograr el desarrollo requiere del diseño de políticas públicas que cierren la brecha de la desigualdad y fortalezcan a la gente y las comunidades, asegurando el acceso de poblaciones vulnerables. Las políticas sociales necesitan fomentar el hábito de la cooperación más que de la competencia; la evidencia que se tiene muestra que las comunidades locales que mejor se han organizado han sido en cooperación.

Según José Narro (2011), corresponde a los ciudadanos y a la sociedad civil organizada enfrentar las formas modernas de exclusión y la paradoja de la modernización - desigualdad para hacer de manera colectiva un proyecto nacional más equilibrado y con menos injusticias<sup>21</sup>.

### **3.1.1. LA SALUD COMO DERECHO**

La salud en México es un derecho prestacional porque el Estado tiene la obligación de prestar el servicio y garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios para la atención.

Es un derecho humano fundamental y colectivo y forma parte de los derechos humanos de 2ª generación con una concepción humanista; sin embargo es de difícil concreción, por ser prestacional vinculado con el presupuesto del gobierno; y por el manejo que se ha hecho de los principios de igualdad y justicia social para la prestación de los derechos sociales.

El derecho a la salud en el Distrito Federal se sustentó en principios de universalidad y acceso equitativo como criterio filosófico y contó también con el Programa de Derechos Humanos, del 2009, que tiene como objetivo general respetar, proteger, garantizar y promover, bajo el principio de igualdad y no discriminación, el derecho al disfrute de salud física y mental de todas las personas que habitan o transitan por el Distrito Federal.

Con esa óptica la equidad para la salud desde el nivel de su calidad, significa que ninguna persona está en desventaja para alcanzar su máximo potencial de salud y la accesibilidad de los servicios apunta a la satisfacción de la demanda.

Para lograr la equidad en la atención al cáncer de mama, es preciso identificar a la mujer con sus atributos específicos de edad (joven o adulta), de persona con o sin seguridad social, con

---

<sup>20</sup> Notas de la Conferencia de Stavenhagen “Inclusion vs. Exclusion” en la Ciudad de las Ideas. Puebla, Puebla noviembre 2008.

<sup>21</sup>Notas del Seminario Internacional “México en los Escenarios Globales. Una visión prospectiva” Universidad Nacional Autónoma de México. Febrero 2011.

información o desinformada. Esto implica reorganizar los servicios de atención en torno a los derechos de la mujer e involucra un costo económico para ordenar esos servicios con calidad.

Requiere también una labor de concientización de ese derecho, no como subvención del gobierno, sino como derecho ganado, para que las ciudadanas puedan exigir calidad y oportunidad en el servicio; que las ciudadanas participen en las contralorías de los servicios, que reclamen auditorías médicas y se involucren en todos los aspectos del Programa.

En la Ciudad, los derechos humanos son una prioridad del gobierno. Los tres órdenes de gobierno locales, han trabajado en el Programa de los Derechos Humanos; también existe voluntad política y compromiso del jefe de Gobierno, del Consejo de la Judicatura y del presidente del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal para atender los programas.

Además se cuenta con la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, creada mediante una carta compromiso en 2007 con participación del sector académico, de organizaciones de la sociedad civil y de la observación de la representante de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México.

Se tiene también un diagnóstico sobre la situación que guardan los derechos humanos en la Ciudad, un programa y un comité formado por grupos de trabajo con funciones para proponer la Ley de Derechos Humanos, difundir el diagnóstico y crear un instituto de información estadística.

El programa tiene como propósitos definir las acciones más adecuadas para atender los problemas que impiden o dificultan el ejercicio y goce de los derechos humanos de las personas que habitan y transitan en la Ciudad, entre ellos el derecho a la salud; consolidar y replicar las buenas prácticas detectadas a través del diagnóstico; generar políticas públicas, y establecer acciones y propuestas para los tres órdenes de gobierno.

Se han diseñado los documentos, instrumentos y mecanismos necesarios para definir los contenidos del programa y se han identificado líneas estratégicas, actividades y responsables en el Gobierno del D.F. el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y la Asamblea Legislativa, así como plazos para dar solución a los principales problemas que en materia de derechos enfrenta la ciudad.

El diseño y la instrumentación de la política pública de derechos humanos a nivel teórico, contiene estrategias transversales de género, igualdad y no discriminación; y en ella participan la sociedad civil, con la cual se formó el Consejo Consultivo para las Organizaciones de la Sociedad Civil, como un mecanismo de articulación y comunicación (más 80 organizaciones y redes ciudadanas del Distrito Federal).

También a nivel discursivo, se habla sobre coordinación y articulación institucional; cultura de derechos humanos; presupuesto; transparencia y acceso a la información; sustentabilidad y mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad (Ebrad: 2012). Sin embargo en el escenario real el tipo y acceso de los derechos no está claramente tipificado y se carece de mecanismos operativos y disposiciones para hacerlo realmente efectivo. El derecho de los ciudadanos para participar incorporando sus experiencias en los programas de salud no existe.

También la participación ciudadana como derecho en la salud se ha limitado al uso de los servicios; y no obstante su fragmentación que limita el acceso y su calidad, la ciudadanía no participa para exigir la excelencia y oportunidad a la que tiene derecho.

En la Ciudad hay toda una normatividad que introduce formalmente la participación ciudadana, pero ésta no se extiende como punto organizador para el desarrollo de políticas y programas específicos con base en los derechos humanos. Tampoco se tiene un modelo transversal para enfrentar la organización vertical y la visión fragmentada y sectorizada de la administración pública, para lograr la coordinación de las delegaciones y una intervención pública integral de los sectores e instituciones que se oriente a las necesidades de la gente desde el enfoque de sus derechos.

Sin embargo existen investigaciones sobre la transversalidad con acciones específicas orientadas a lograr la igualdad de género en ámbitos locales y cambiar los procesos contra la desigualdad, corrigiendo la estructura de la administración pública y su institucionalidad (ONU: 1995; Cruells y Alfama 2013: 355 *apud* Brugué, Canal, Paya, 2010).

Ciro Murayama (2012) expone que la cultura de derechos humanos se enfrenta a varias limitantes y señala que se necesita un nuevo modelo participativo de prevención, escalonado y tipificado, para acceder a los servicios de salud; y un piso mínimo de los servicios que requiere la población. Menciona la falta de equilibrio entre prevención y curación y la tendencia de los servicios de atención a los enfoques estandarizados que soslayan la prevención (Murayama y Cordera: 2012).

En las delegaciones políticas de la Ciudad, el primer nivel primario de atención se encuentra fragmentado; la coordinación entre programas y acciones está ausente, hay dificultad en la planeación de la operación y carencia de un esquema articulado.

Asimismo, existe desigualdad en la distribución de los recursos. Insuficiente información y educación respecto a la organización de la oferta de los servicios de salud lo que dificulta que la población conozca sus derechos y que la planeación se realice con base en las necesidades y los derechos de la gente.

Transitar de la beneficencia del servicio de salud a la garantía del derecho, requiere información; primero para que la gente conozca al gobierno como tutelar de los derechos y proveedor y regulador, y después como subsidiario, promotor y rector de la política de salud de la Ciudad.

Sin embargo aunque el discurso oficial se enfoca a un planteamiento de derechos, en la práctica la participación ciudadana no es parte principal de la agenda pública. Se mencionan actividades dirigidas a la planeación, desarrollo social o salud, pero no se explican los procedimientos y acciones para garantizar esa participación en las políticas públicas.

Todavía no se ha construido un sistema de salud con la participación de la ciudadanía rumbo a la igualdad de oportunidades, con formas de compensación para poblaciones vulnerables. El diseño carece de programas con poblaciones específicas tanto para recibir servicios, como para exigir su cumplimiento. En la legislación hay imprecisiones y no se especifica cómo reclamar el derecho. Los programas en la Ciudad no están planteados en función de los

derechos que se tienen que atender, por lo tanto las acciones no corresponden con la operación de esos programas.

### **3.2. LA DIMENSIÓN OPERATIVA**

La parte operativa es la otra línea para instrumentar y analizar las etapas de la política pública de salud en el espacio territorial e involucra las negociaciones del acuerdo político – administrativo, para concretar las decisiones en lo que respecta a su implementación y su aplicación (Subirats, 2008).

En la operación es fundamental definir las acciones específicas para determinar las competencias, responsabilidades, planes de acción, la calidad del servicio, la estructura institucional, los actores, recursos, instrumentos, construcción de indicadores así como parámetros de evaluación y las prácticas y reglas de operación. Se trata de tomar decisiones mediante acuerdos, que involucran actores y reglas institucionales para delimitar y canalizar las posibilidades de acción. En los programas de salud, son fundamentales los acuerdos y pactos de amplio alcance para establecer los mecanismos de consulta, deliberación colectiva, consenso y la asunción de criterios que privilegien el interés general. También incluye el proceso de designación de autoridades.

De esta manera, la participación ciudadana en la política pública necesita reglas de operación con una amplia difusión para la comunidad local, usando los nuevos instrumentos de información y comunicación y los que tradicionalmente han dado resultados en las delegaciones.

También la información es un segmento capital para la operación de la política pública que permite que el grupo objetivo participe de manera más activa en los programas y otorga mayor eficacia cuando los ciudadanos se apropian de sus contenidos.

Asimismo se incluye la reorganización del Gobierno de la Ciudad en su relación con el Gobierno Federal, y el logro de vínculos precisos entre partidos y grupos de interés, con los canales adecuados para encauzar políticamente las demandas de la sociedad.

La parte evaluativa de la participación ciudadana en los programas de salud, se hace mediante el análisis del comportamiento e impacto que tienen los grupos objetivo o beneficiarios, así como el resultado en términos de eficiencia y eficacia de los programas y mediante el efecto de la transparencia y rendición de cuentas.

Algunas acciones que han estado ausentes en el Distrito Federal, son determinantes en la transformación de los programas y la política pública para incluir una participación ciudadana efectiva:

- 1) la voluntad política de los gobernantes en el ámbito local para abrir canales de participación.
- 2) el diseño de metodologías participativas.
- 3) la construcción de una ciudadanía con valores democráticos.
- 4) el debate plural de la sociedad.

- 5) la creación de nuevas redes entre actores (públicos, privados y sociales).
- 6) la recuperación de la confianza como cemento social para incidir en las políticas públicas (Ziccardi: 2008).
- 7) la estructura formal de la operación que sistematice la voluntad de inclusión de la ciudadanía en la política pública.

### **3.2.1. LA POLÍTICA DE SALUD EN EL ÁMBITO LOCAL**

La Ciudad es el espacio donde se construyen las colectividades y las identidades de los individuos y es el territorio de interacción social dentro de la estructura de poder; también atañe al sitio donde se expone realmente el avance democrático de las políticas sociales que tienen relación con la vida de la gente.

En el ámbito local es donde se ven los resultados de los procedimientos y reglas de la estructura institucional, que el gobierno ha construido para ordenar las acciones para que pueda operar la política pública; ahí se ejercen los derechos ciudadanos y es el espacio de cohesión social e integración.

En ese sentido, en materia de política social en el tema de salud, en la Ciudad se estructuró una institucionalidad que resulta compleja por la situación jurídica del Distrito Federal; aunque independientemente del nivel local donde se sitúe, la salud es un problema que concierne al Estado. Sin embargo, los aspectos relacionados con la estructura de poder y las políticas de gobierno se entrelazan con factores del ámbito local: culturales, de financiamiento y de organización administrativa y desarrollo.

La política pública estructurada con la noción de lo público tiene una aplicación general; “Gobernar en contextos políticos plurales [...] con graves problemas sociales irresueltos, parece exigir dos requisitos fundamentales: gobernar por políticas y gobernar con sentido público” (Aguilar, 2007: 30).

Los problemas de salud tienen una especificidad propia y una circunstancia definida; de tal forma que la construcción de la política de salud requiere de ámbitos concretos, con objetivos, instrumentos y procedimientos diseñados para esos espacios.

Se trata que el Gobierno del Distrito Federal, incremente el acceso de la población a los servicios de calidad que se ofertan y se defina el ámbito de competencia de los diferentes niveles de atención, así como el diseño de intervención de las áreas locales y las articulaciones entre los planos de gobierno en el terreno institucional. Es a nivel local donde se pueden juntar las organizaciones sociales de la comunidad organizada, con las autoridades y donde se puede realizar, por su horizonte de proximidad entre las partes involucradas, una mejor coordinación de los recursos del sector.

La delegación política es la menor unidad político-administrativa poblacional del territorio, que reúne las bases constitutivas, legítimas y legales del poder local, para construir espacios donde se expongan las necesidades de salud de la población y se facilite su participación.

Es en el ámbito local donde La Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) coordina los servicios médicos de primer y segundo nivel de atención en centros de salud, clínicas,



hospitales a su cargo y unidades móviles. Las delegaciones políticas del Gobierno de la Ciudad, también realizan acciones de salud, dirigidas a poblaciones específicas.

### **3.2.2. CONDICIONES SANITARIAS DE LAS MUJERES DEL DISTRITO FEDERAL**

Los datos estadísticos<sup>22</sup>, indicadores, tendencias y algunos hechos ordenados sistemáticamente que se registran en los sistemas de información disponibles, permiten contar con algunos elementos para el análisis de las condiciones sanitarias de las mujeres en el Distrito Federal. En este trabajo se hace referencia a una amplia variedad de manifestaciones y factores que influyen en las enfermedades de las mujeres en la Ciudad, aunque no se tienen indicadores de calidad de acceso oportuno a los servicios y atención a las pacientes.

Las gráficas que se presentan a continuación revelan seis aspectos relacionados con la condición de salud de las mujeres en el Distrito Federal:

- ✓ Patrones de asimetrías por pobreza y rezago social.
- ✓ Tendencia del crecimiento de la población de más edad, mayor esperanza de vida; incremento de los hogares con familias que tienen jefatura femenina y la baja escolaridad de las madres en edad reproductiva, que en su mayoría sólo alcanzó educación básica.
- ✓ Cobertura en la disponibilidad de los servicios médicos, con patrones también asimétricos, y aumento de la población no asegurada, en mayor medida las mujeres (la adscripción al IMSS, ISSSTE y Seguro Popular es desigual).
- ✓ Importancia del primer nivel de atención en los centros de salud que proporcionan la mayor parte del servicio de consulta externa y general y los servicios de diagnóstico y laboratorio.
- ✓ Patrones de crecimiento y enfermedades en las delegaciones políticas, incluido el cáncer de mama.
- ✓ Los datos revelan el alcance y variación que tiene la población femenina en términos demográficos en la Ciudad, lo que sumado a que una de las principales causas de su mortalidad son los tumores malignos, pone en evidencia la importancia de tratar las enfermedades en forma integral, como parte de la política pública de salud, con plena participación de las afectadas.

El Distrito Federal en 2010 participó con el 18% del Producto Interno Bruto Nacional, aunque la tasa de desempleo casi se duplicó en los últimos diez años<sup>23</sup>.

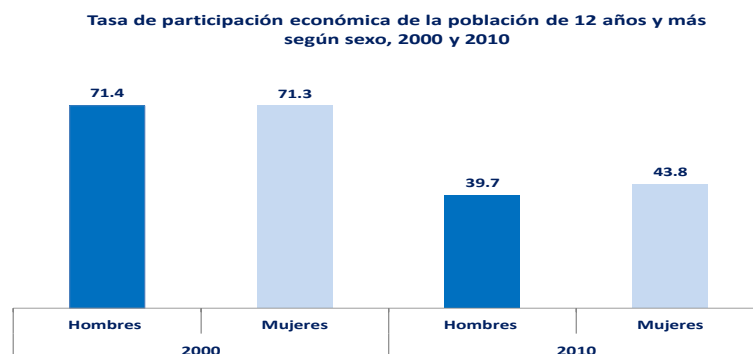
---

<sup>22</sup> Las cifras en general se refieren a los años 2000, 2005 y 2010. Se especificará si se incluya un periodo diferente.

<sup>23</sup> Cifras proporcionadas por los Talleres de Análisis para el Desarrollo Económico, Social y Urbano en el Distrito Federal 2011.

La economía local no logró crear los más de 200 mil empleos anuales que se necesitaban y se tuvo una tasa de analfabetismo del 2.6% con altos niveles de inasistencia y deserción escolar. Los mayores índices de inasistencia se localizaron en la población femenina, donde más de una quinta parte, entre 12 y 29 años, no estudia, ni trabaja. Por otro lado la tasa de participación económica de la población masculina y femenina de 12 años y más en el periodo 2000 – 2010 disminuyó (**Gráfica 3**).

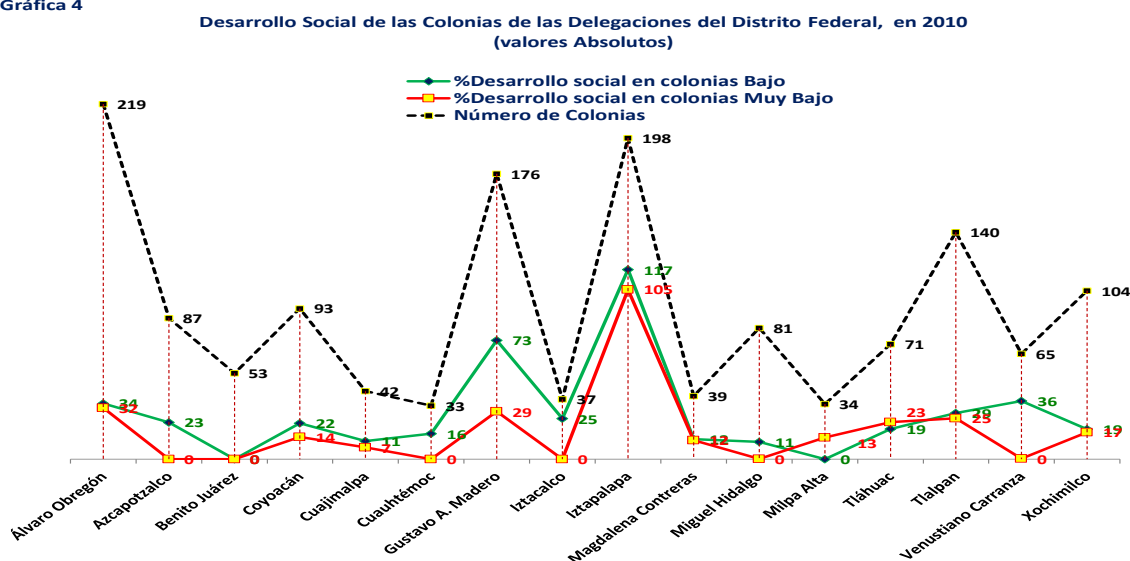
Gráfica 3



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2010 (información preliminar), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

En las **Gráficas 4 y 5** se muestra la desigualdad en el desarrollo social de las colonias por delegación. Las que tienen un menor desarrollo (bajo y muy bajo) están en Iztapalapa. Le siguen Álvaro Obregón, Gustavo A, Madero, Tlalpan y Tláhuac, las mismas que albergan alrededor del 50% de la población del total de las Delegaciones (con excepción de Tláhuac, que tiene el 4% de habitantes).

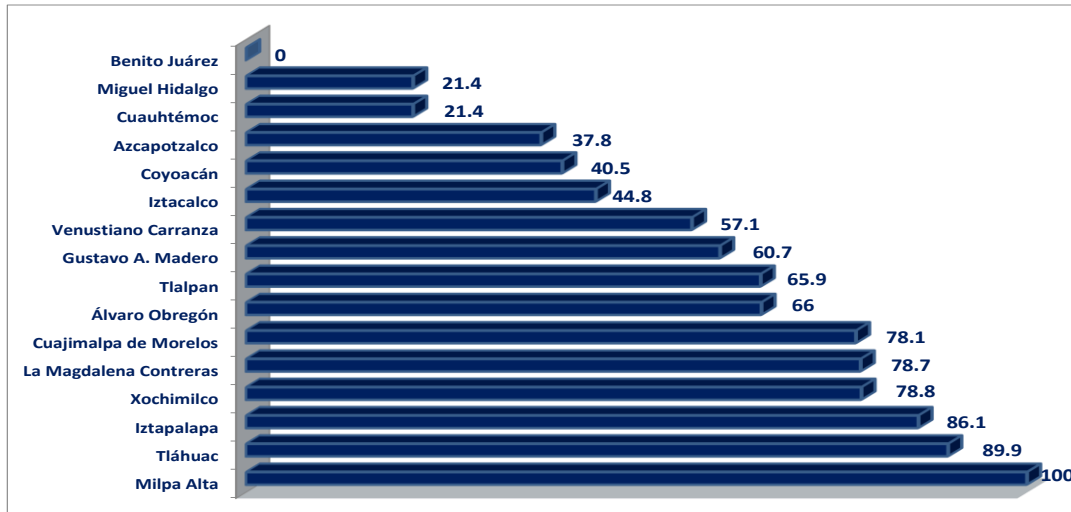
Gráfica 4



Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal; Índice De Desarrollo Social de Las Unidades Territoriales Del Distrito Federal por Delegación, Colonia y Manzana. México 2011

Gráfica 5

Porcentaje de Población que Habita Colonias con Índice de Desarrollo Social Bajo y Muy Bajo, en las Delegaciones del Distrito federal en 2011

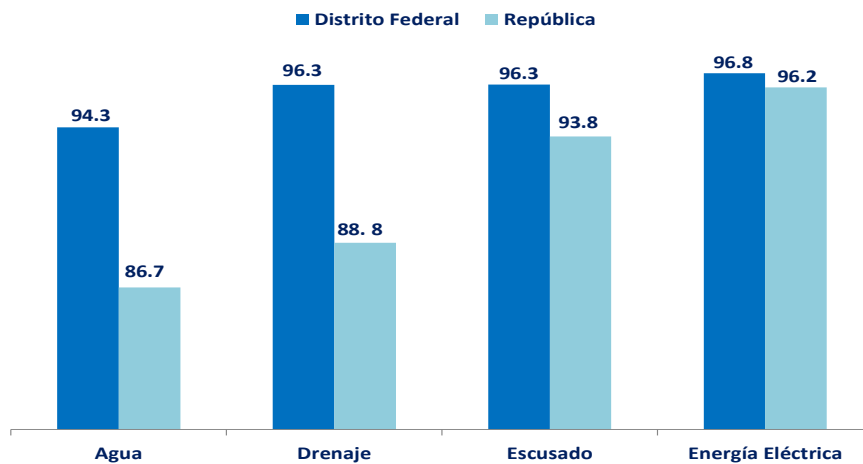


Fuente: Documento síntesis para la consulta ciudadana Talleres de análisis para el desarrollo económico, social y urbano en el Distrito Federal, con datos de EVALUA-DF (2011), Índice de Desarrollo Social de las unidades territoriales del Distrito Federal, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del D. F.

Respecto al porcentaje de los servicios en las viviendas en 2010, el Distrito Federal logró mayor cobertura de servicios en relación con el resto de la república (**Gráfica 6**).

Gráfica 6

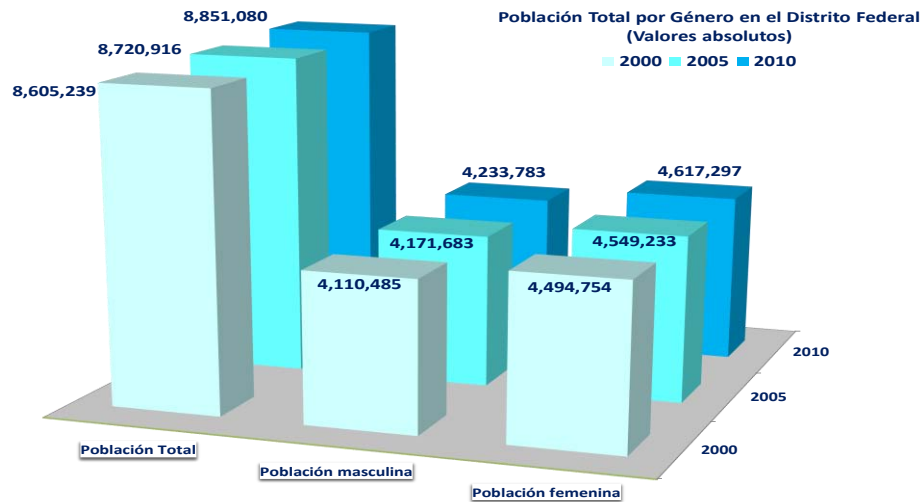
Porcentaje de los Servicios básicos en las Viviendas del Distrito Federal y de la República Mexicana en 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía censos 2000 y 2010 información preliminar

La población del D.F. en 2010 fue de 8 851 080 habitantes, más del 50 % mujeres; casi se duplicó respecto al año 2000 y constituyó el 7.91% del total en el país (**Gráfica 7**).

Gráfica 7



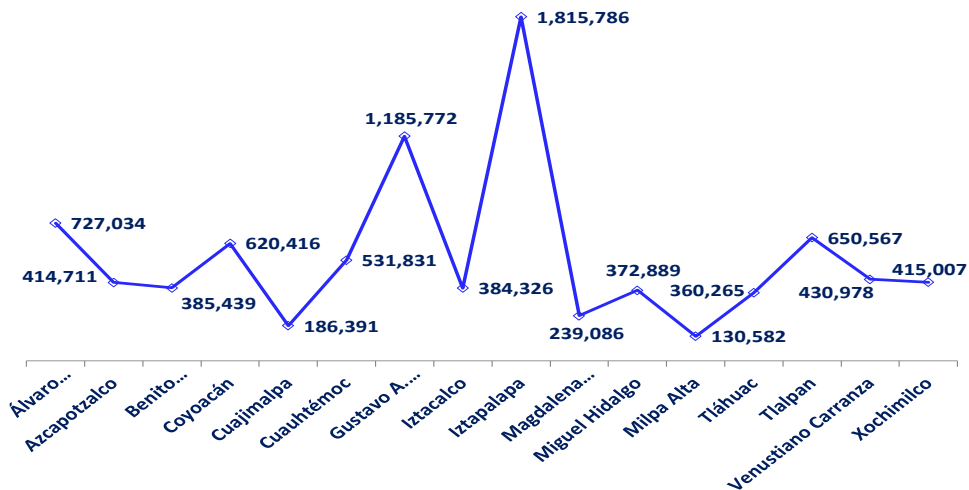
Fuente: Elaboración propia con base en las Estadísticas Sociodemográficas, del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (INEGI, 2008a y 2008b) y en los censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000 y 2010 (información preliminar)

La tasa de crecimiento fue del 0.27% con dos tercios de la población en edad productiva; el 52% lo protagonizaron las mujeres y el resto los hombres. Comparando los años 2000 y 2010, el 2.7% de variación porcentual de las mujeres, fue menor al masculino (2,9%). En términos generales, la población de las delegaciones políticas mostró cuatro grupos de variación: de 10 a 25%; de 5 a 7%; de 2 a 3% y los que han revertido su tendencia.

En 2010 las delegaciones con más población fueron Iztapalapa y Gustavo A. Madero, pero las de mayor población rural, como Milpa Alta (25.9%), Cuajimalpa (18.9%), Tláhuac (16.0%), y Xochimilco (10.9%), revelaron mayores variaciones porcentuales, en comparación al año 2000, básicamente por aumento de la población femenina (**Gráfica 8**).

Gráfica 8

Población del Distrito Federal por Delegaciones Políticas en 2010 (valores absolutos)

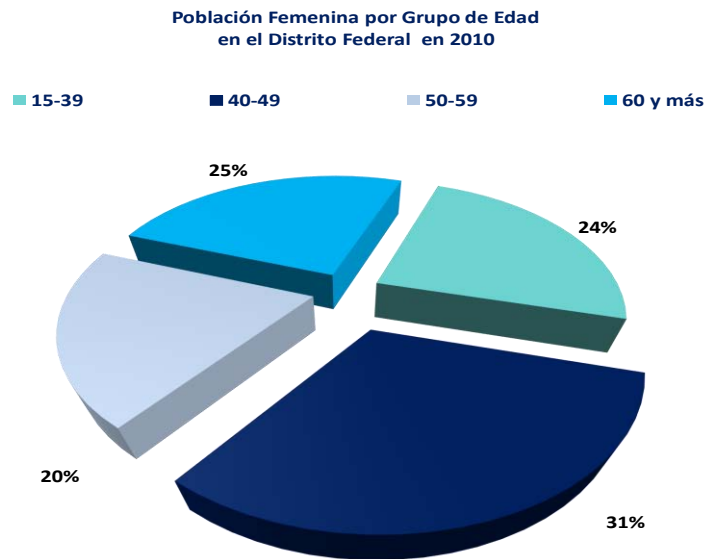


Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía censos 2000 y 2010 (información preliminar)

Para 2010 la población femenina de 40 años en adelante representó el 49% del total de las mujeres del D. F. con una cifra de 1 703 015 y un crecimiento general respecto a 2000 del 23%; al mismo tiempo, la población de 1 861 873 de mujeres jóvenes en edad reproductiva (15 a 39 años) que representó el 40% de población femenina, reveló un descenso del 8% en su crecimiento en el periodo 2000-2010.

En el mismo lapso la población femenina en edades entre 40 a 49 años (633 815), aumentó en términos generales más del 15%, en tanto que de 50 a 59 años (489 106) tuvieron un crecimiento de 29% respecto al año 2000 (**Gráficas 9**).

Gráfica 9

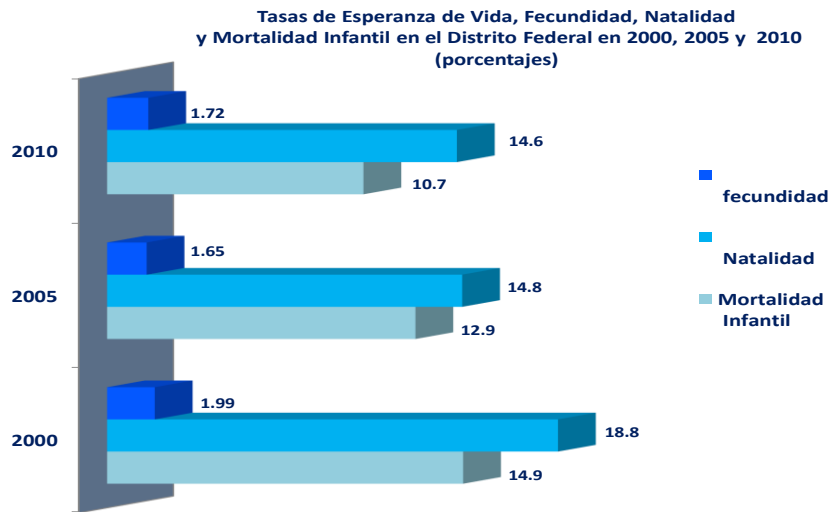


Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Censo general de población y Vivienda 2010

En 2009, la población hasta los 14 años ha disminuido y se ha incrementado la proporción de personas en edad laboral (15 a 64 años), de igual manera aumentaron las personas de 65 años y más. En términos porcentuales los menores de 15 años representan 22.4% del total, mientras que la población en edad avanzada representa 7.9% de los habitantes de la entidad.

Las tasas de natalidad, mortalidad bruta y crecimiento de 2000 a 2010, mostraron una disminución en la natalidad, aumento en la mortalidad y un crecimiento medio anual de la población del 0.2 al 0.3%. La mortalidad infantil disminuyó y en forma similar los nacimientos; en tanto que la tasa de fecundidad se mantuvo constante con una mayor esperanza de vida (**Gráfica 10**).

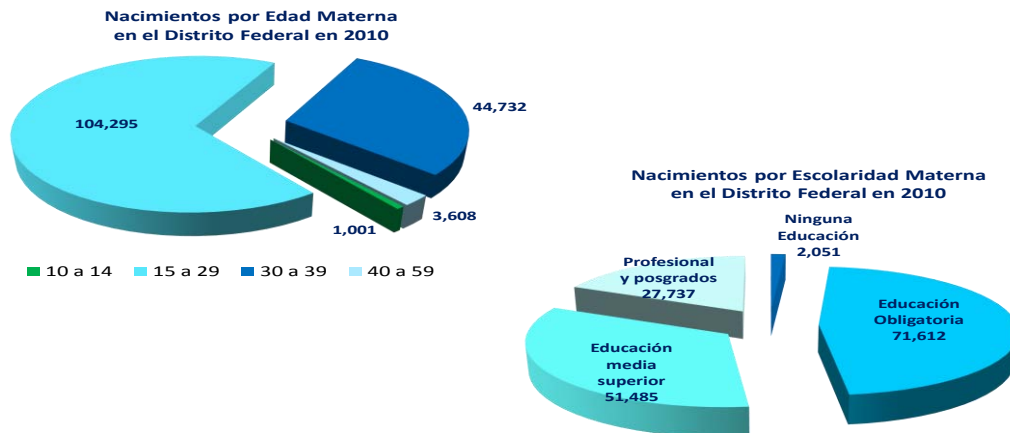
Gráfica 10



Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda 2010 del Gobierno del D.F. con cifras del 2000 al 2009 de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2030, CONAPO, 2006 y para 2010 del Censo General de Población y Vivienda, 2010 de INEGI

El 68% (104 295) de mujeres, tuvieron hijos entre los 15 y 29 años. La escolaridad de 71 612 madres que representaron el 43%, tuvieron educación primaria y secundaria; en menor proporción, educación media superior (33%) y sólo algunas lograron estudiar profesiones (Gráfica 11).

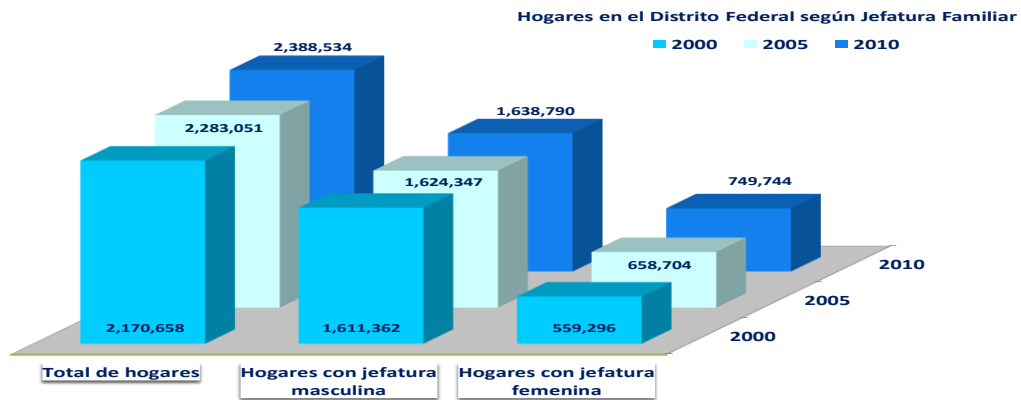
Gráfica 11



Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda 2010 del Gobierno del D. F., Tomados del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). La suma no corresponde al 100% porque hay una cifra no disponible

En la **Gráfica 12** se observa que para el 2010 en la mayoría de los hogares (69%) los hombres ejercieron la jefatura familiar; también se advierte que la tasa de crecimiento 2000-2010 de ese tipo de jefatura, aumenta casi un 2% en comparación con un crecimiento de más del 25% de las familias con jefatura femenina.

Gráfica 12

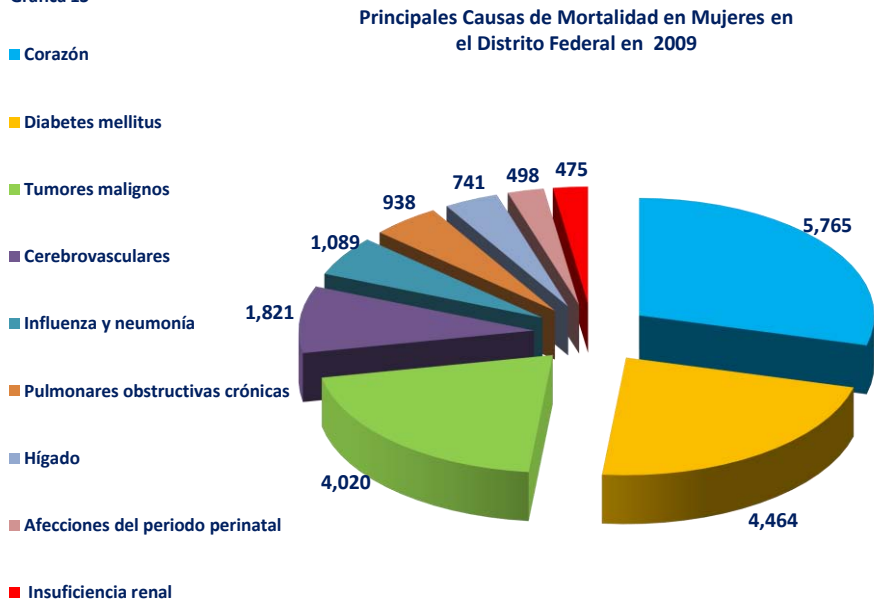


Fuente: Elaboración propia con base en EVALUA Y censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000 y 2010 Información preliminar

Según la encuesta de Mitosfky para 2010, refiere que las mexicanas trabajaron 25 horas a la semana más que los hombres; 78 de cada 100 hombres y 42 de cada 100 mujeres contribuyen a las actividades económicas; en contraste, 58 hombres y 96 mujeres participan en tareas domésticas del hogar.

Pero el dato más importante para esta investigación es el que hace referencia a las seis principales enfermedades mortales en el Distrito Federal el mayor porcentaje lo tuvo el corazón (29%) y le siguen en importancia, la diabetes 23%, tumores malignos, dentro de los que se encuentra el cáncer de mama con 20% y un porcentaje del 4 al 9% de enfermedades cerebrovasculares, hígado e influenza (Gráfica 13).

Gráfica 13



1/ Tasa por 100,000 mujeres, en base a proyecciones del CONAPO  
 Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud de la Agenda Estadística del Distrito Federal 2010)

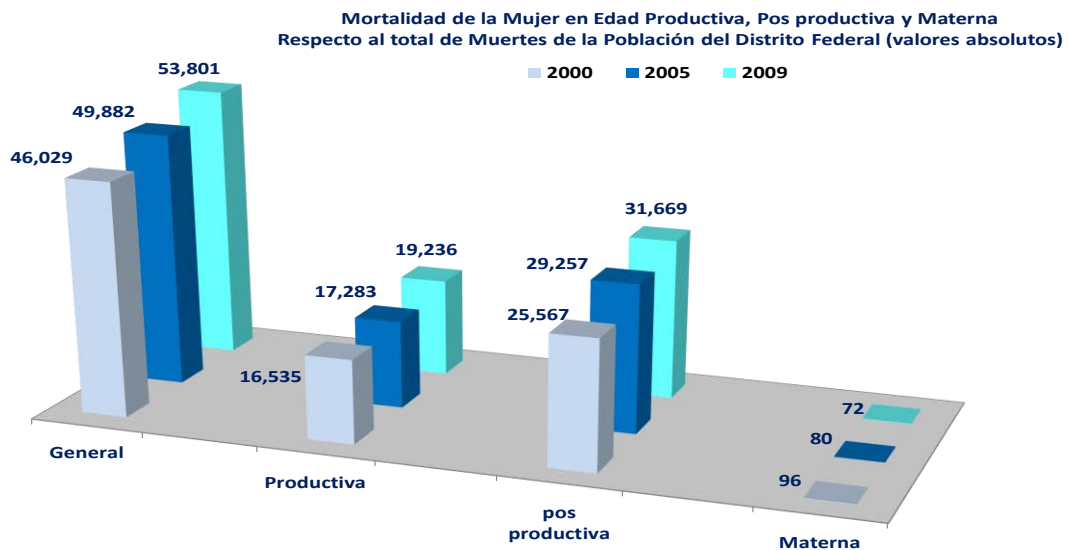
El patrón de enfermedades mortales del D. F. es similar al del país. Salomón Chertorivski, Secretario de Salud del gobierno federal en 2011, señaló que desde 2006 esa enfermedad era la principal causa de muerte de mujeres por tumores malignos en el país. Se reportaron casi 14 mil nuevos casos, es decir, más del triple de los registrados en 2001 y la tendencia siguió en aumento. En el Foro se Añadió que en México en 2010 fallecieron 5 mil 113 mujeres por esa neoplasia, ya que seis de cada 10 mexicanas que solicitan atención lo hacen cuando el padecimiento está avanzado.

En las entrevistas que se efectuaron a mujeres que asistieron al Foro de Participación Ciudadana de la Asamblea Legislativa sobre la Equidad de Género y la Cultura en enero del 2013, se describe el cúmulo de obstáculos que existen para que las mujeres prevengan la enfermedad o se atiendan cuando ya fueron diagnosticadas como portadoras de cáncer de mama:

- 1) cuando una mujer se enferma, continúa realizando sus labores del hogar y soslaya su enfermedad porque en su familia nadie asume las tareas domésticas.
- 2) El presupuesto familiar se ejerce igual que antes de la enfermedad, no se destina una parte de los recursos para los estudios y análisis que necesitan las enfermas. Evitan quejarse porque a los esposos y compañeros no les agrada escuchar y menos atender los problemas de salud de las mujeres.
- 3) Las que tienen trabajo, continúan asistiendo regularmente durante la enfermedad aún con las precarias condiciones laborales, por la amenaza de despido; también se habló de situaciones de hostilidad, discriminación y violencia intrafamiliar y laboral.
- 4) No ejercen sus derechos y desconocen el significado de la participación en los programas de salud.

**La Gráfica 14**, indica la pérdida que ha sufrido la Ciudad, por la muerte de mujeres en edad productiva (36%) y pos - productiva (59%). Estos rubros han presentado una tasa de crecimiento de 14% y 19% respectivamente. La mortalidad materna, además de tener un bajo porcentaje (0.2%) decreció un 33% en el periodo del 2000 al 2009.

Gráfica 14



1/ Tasa por 1000 habitantes

2/Tasa por 1000 habitantes NVE (nacidos vivos estimados por CONAPO

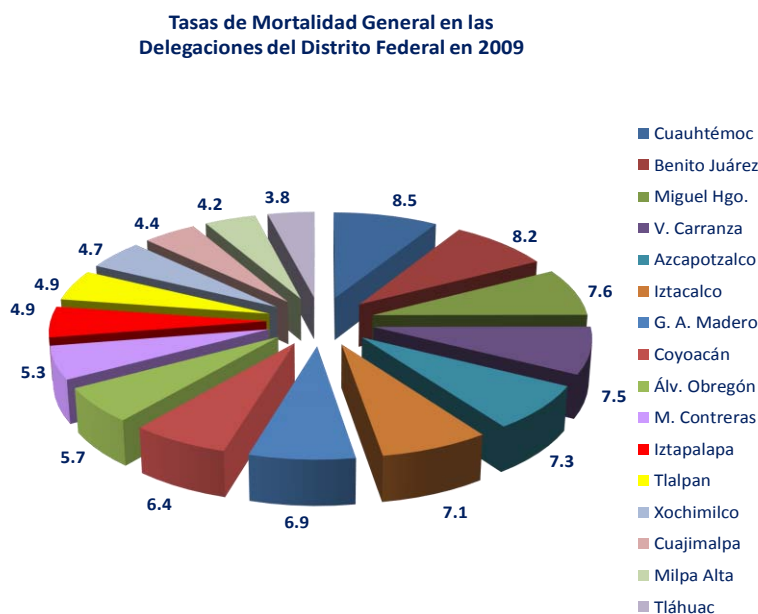
3/Tasa por 100 000 habitantes NVE (nacidos vivos estimados por CONAPO

Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística 2010 del D.F. que tomó datos de INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)



La desigualdad en el acceso a la salud se expresa territorialmente en las delegaciones del D.F: la mortalidad general de la mujer del 2000 al 2009 (**Gráfica 15**) aumentó en todas las Delegaciones (con excepción de Milpa Alta); especialmente en Coyoacán, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero e Iztacalco. En 2009 los mayores porcentajes fueron de Cuauhtémoc (8.5%), Benito Juárez (8.2%), Miguel Hidalgo (7.6%), Venustiano Carranza (7.5%) y Azcapotzalco (7.3%). Estos datos indican que la enfermedad crece, pero no en las delegaciones más pobres donde quizá ni siquiera se alcanza a diagnosticar.

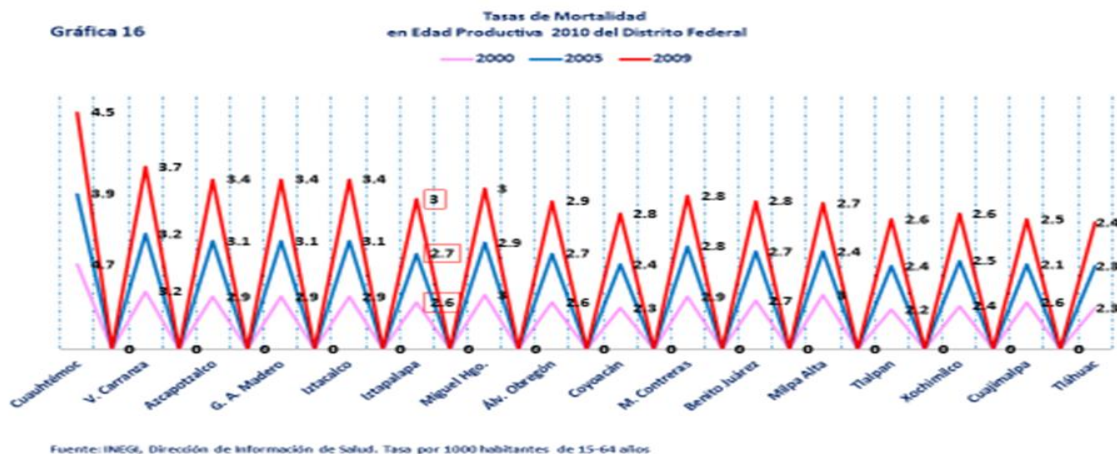
Gráfica 15



Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística 2010 del D.F. que tomó datos de INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)

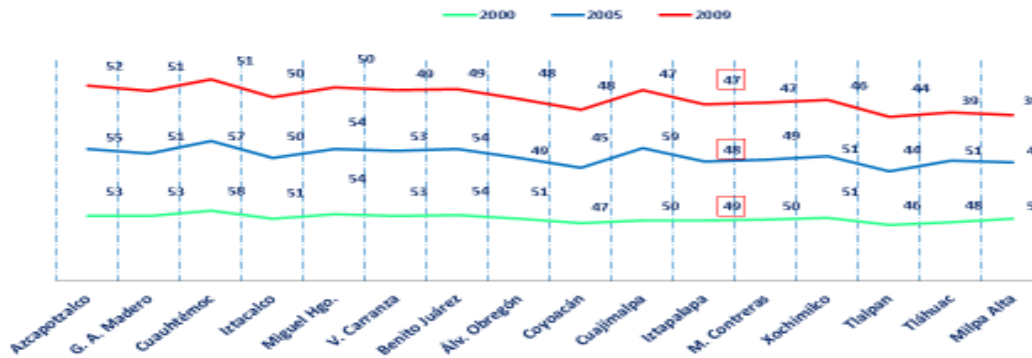
Las tasas de mortalidad en edad productiva (15 a 64 años), también aumentaron con excepción de las Delegaciones Cuauhtémoc, Magdalena Contreras, Milpa Alta y Cuajimalpa. Los mayores porcentajes por arriba de la media los tuvieron las Delegaciones Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Gustavo A. Madero Iztacalco y Coyoacán (**Gráfica 16**).

Gráfica 16



Gráfica 16

Tasas de Mortalidad en Edad Pos - productiva en el D.F.

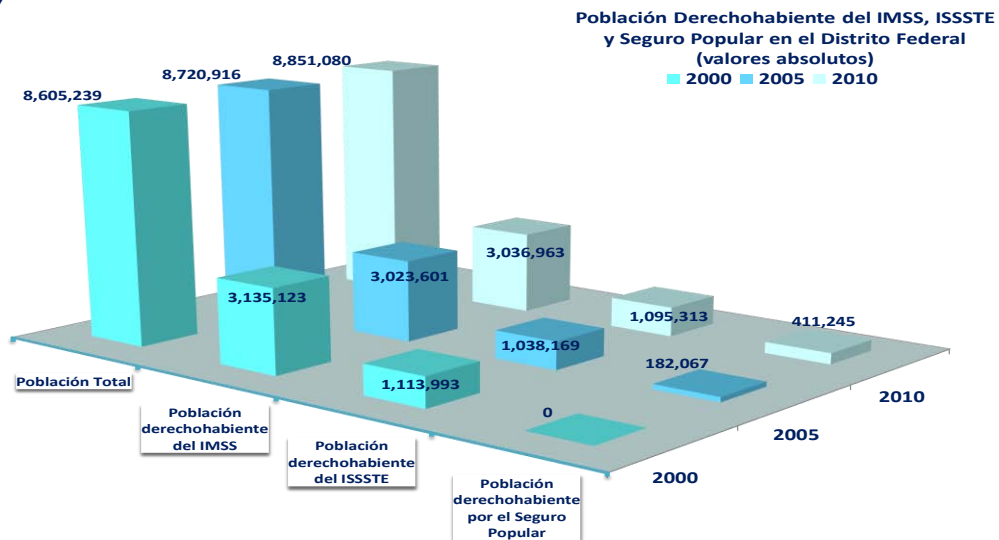


Fuente: INEGI, Dirección de Información de Salud. Tasa por 1000 habitantes de 64 años en adelante

En tanto la mortalidad en edad pos - productiva disminuyó, con excepción de Coyoacán. Sin embargo en 2009 Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc, Iztacalco, Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza y Benito Juárez se sitúan por encima de la tasa media general de mortalidad en ese rubro.

En cuanto a los servicios de salud que ofrece la Ciudad puede decirse que en 2010 la población derechohabiente de la seguridad social era poco más del 50%, del total de los habitantes del Distrito Federal, participando con el 34% el IMSS, 12% el ISSSTE y el resto el Seguro Popular (Gráfica 17)<sup>24</sup>.

Gráfica 17

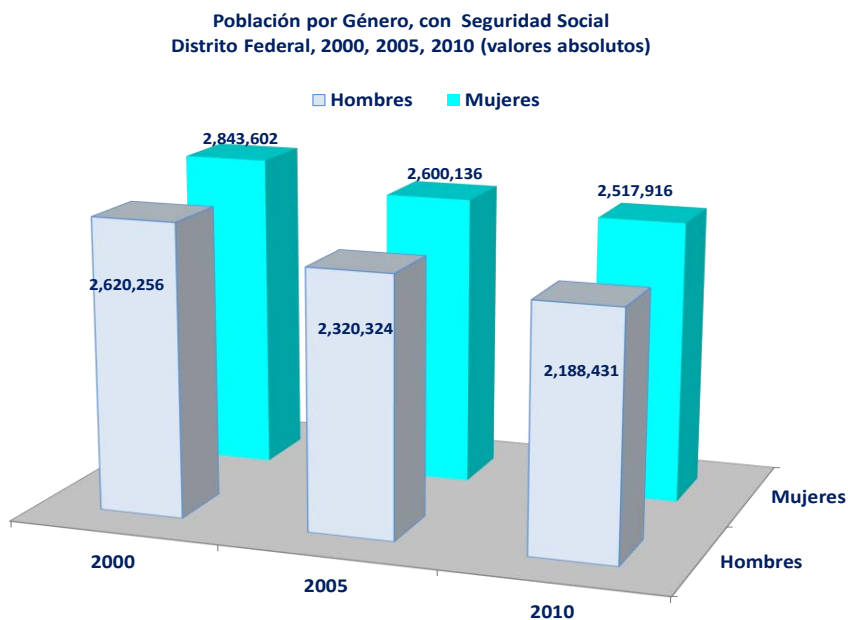


Fuente: Elaboración propia con base en EVALUA Y censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000 y 2010 Información preliminar. Los datos del Seguro popular se ponen como referencia, porque no son comparables. La cifra del Seguro Popular, es del 2009 y se refiere a familias. La de 2005 son individuos.

<sup>24</sup> Los datos del Seguro popular se ponen sólo como referencia, porque no son comparables. La cifra del Seguro Popular es del 2009 y se refiere a familias. La de 2005 son individuos.

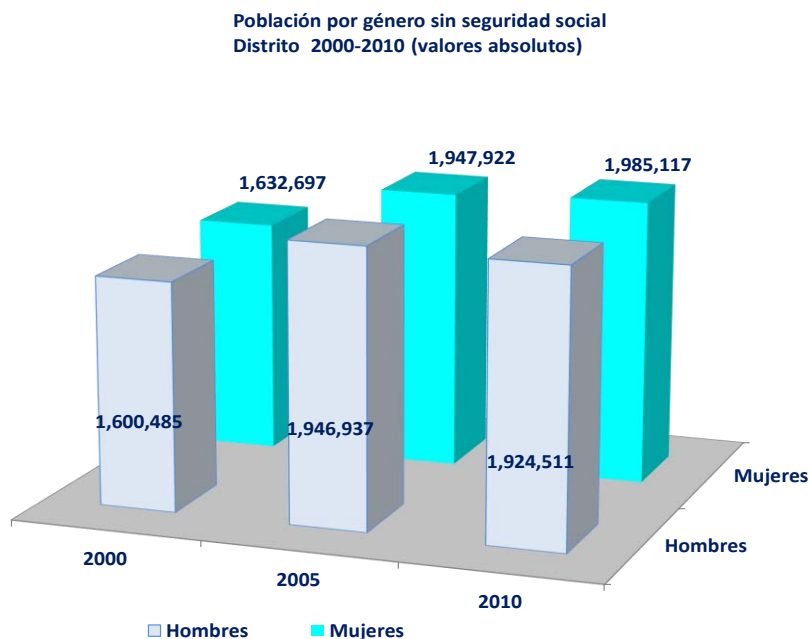
El crecimiento de la adscripción al seguro popular ha sido mayor<sup>25</sup> y surge la interrogante de la relación de ese incremento con la disminución del aumento general de asegurados: los hombres en 4% y las mujeres en 30%; y de la ampliación de los no asegurados: 18% para las mujeres y 17% para los hombres (**Gráficas 18 y 19**).

Gráfica 18



Fuente: Elaboración propia con base en EVALUA Y censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000 y 2010 Información preliminar

Gráfica 19



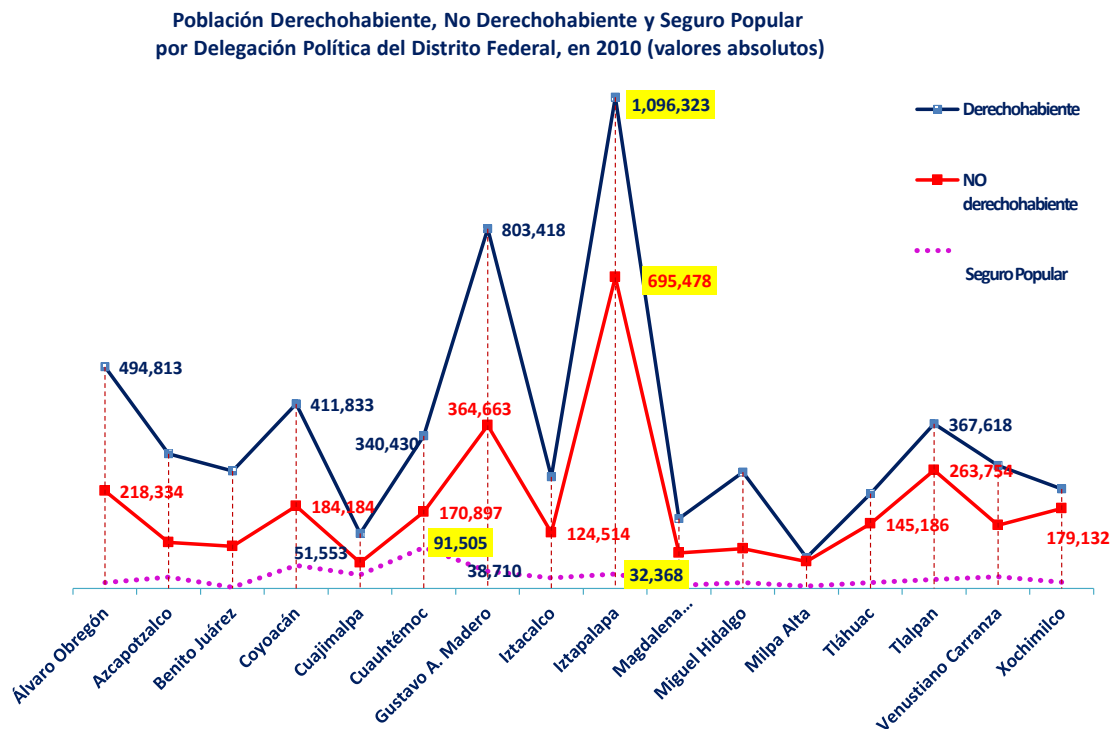
Fuente: Elaboración propia con base en EVALUA Y censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000 y 2010 Información preliminar

<sup>25</sup> El Seguro Popular fue un nuevo instrumento que se inició después del periodo de crecimiento que se está midiendo (20005-2009).

Si se relaciona esas tendencias con las cifras sobre pobreza y desarrollo social, se observa una falta de correspondencia entre el desarrollo social de las delegaciones y la adscripción a la seguridad social.

Las Delegaciones Xochimilco, Tláhuac y Cuauhtémoc tienen bajos niveles de derechohabientes y un aumento en los no derechohabientes; Asimismo, en Cuauhtémoc y Coyoacán creció más la adscripción al seguro popular (Gráfica 20).

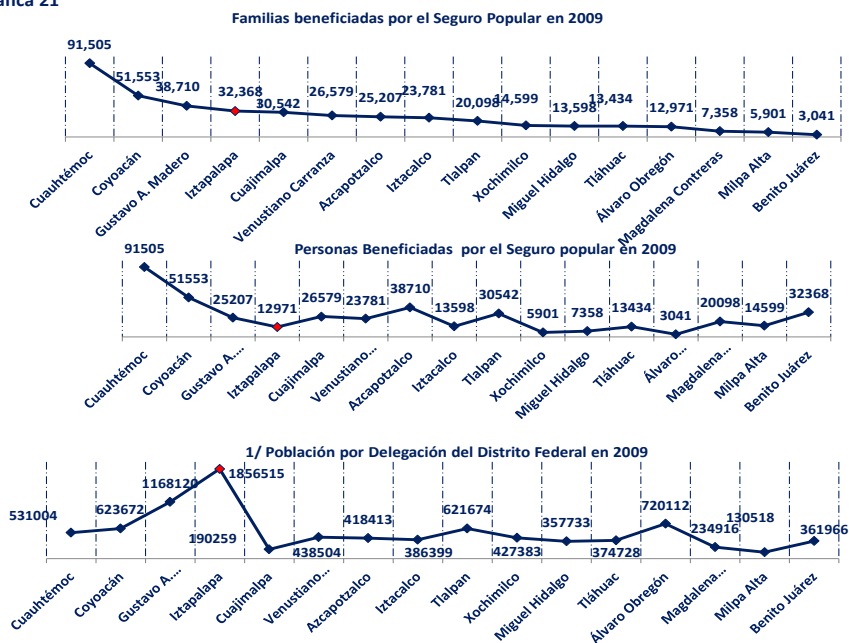
Gráfica 20



Fuente Instituto Nacional de Estadística y Geografía (censo 2010, información preliminar)

También es interesante notar los números y las tendencias del seguro popular, que muestran asimetrías. En 2009 las Delegaciones Cuauhtémoc, Coyoacán, G. A. Madero e Iztapalapa beneficiaron a más familias; lo que no necesariamente corresponde con las delegaciones que tienen mayor población o las de menor índice de desarrollo social (Gráfica 21).

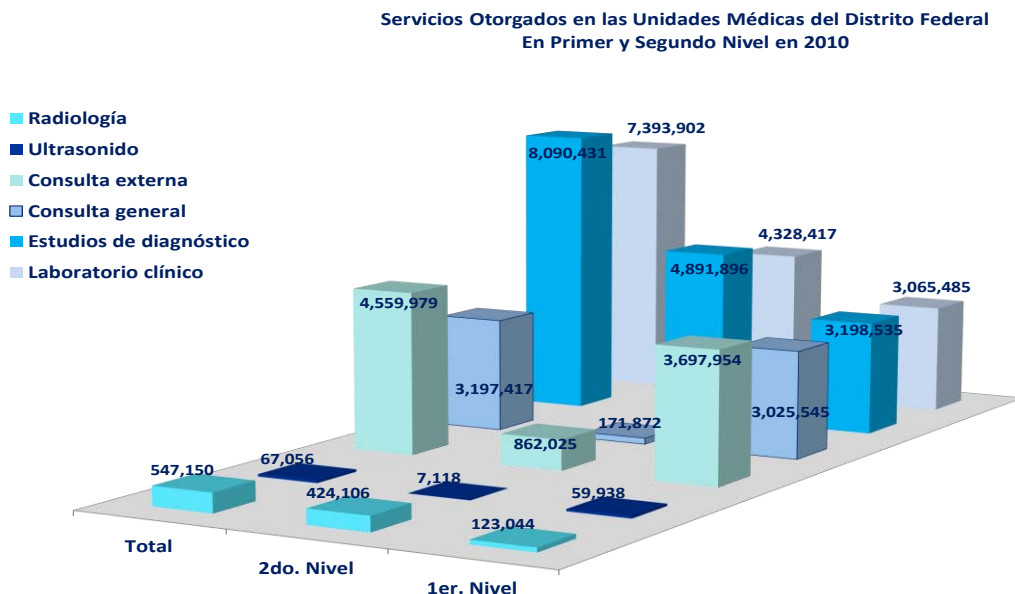
Gráfica 21



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal Agenda Estadística D.F. 2009 y 2010

La importancia de los servicios del primer nivel de atención en las unidades médicas de las Delegaciones se ven en las **Gráficas 22 y 23**. En 2010 con 8 851 080 habitantes, se proporcionaron en el primer nivel de atención 3 697 954 consultas externas (el 81%); se elaboraron 3 198 535 estudios de diagnóstico (40% del total de servicios) y se hicieron 3 065 485 análisis de laboratorio clínico (41%), además se hicieron el 89% de los estudios de ultrasonido y se dieron 3 025 545 consultas generales<sup>26</sup>.

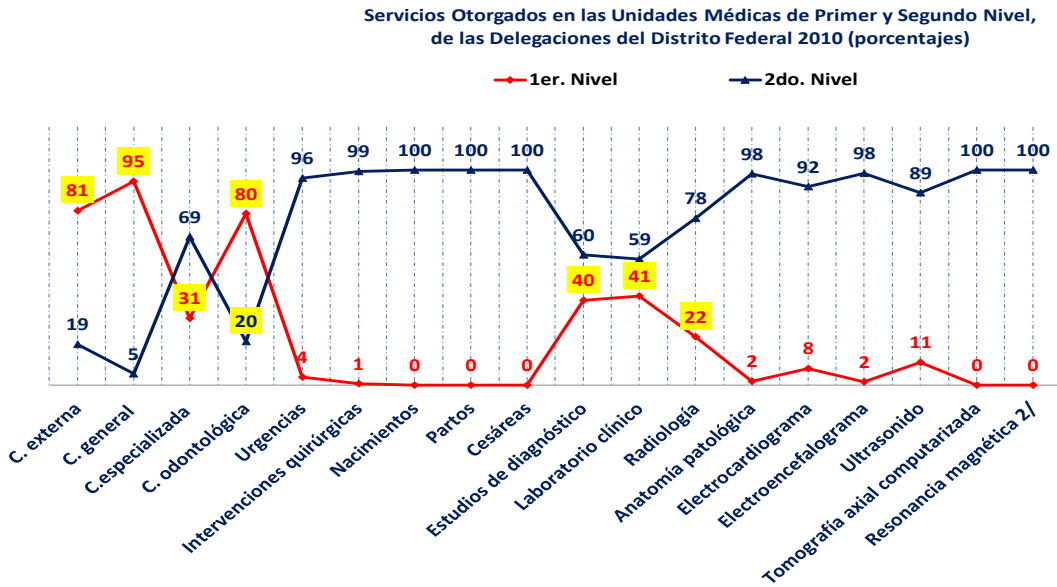
Gráfica 22



Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística del D.F. tomados del Sistema de Información en Salud (SIS) y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios

<sup>26</sup> En la clasificación no se desglosa las consultas y estudios que correspondieron a tratamiento de cáncer de mama en el primer nivel.

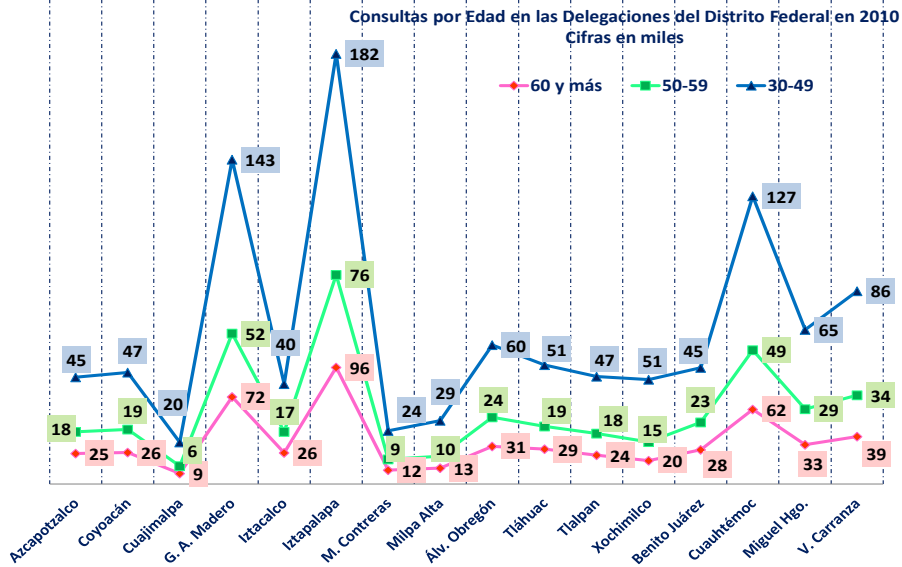
Gráfica 23



Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Pública del D. F. 2010, tomados del Sistema de información en salud (SIS) y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)

En las cifras por edad, la delegación con mayor número de consultas fue Iztapalapa; le siguen en importancia Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza; de éstas, alrededor del 52% correspondieron a edades entre 30 a 49 años (78% en el primer nivel); cerca del 21% a personas entre 50 y 59 (82% fueron en el primer nivel) y alrededor del 27% a pacientes de 60 en adelante (85% de primer nivel) **Gráfica 24**<sup>27</sup>..

Gráfica 24

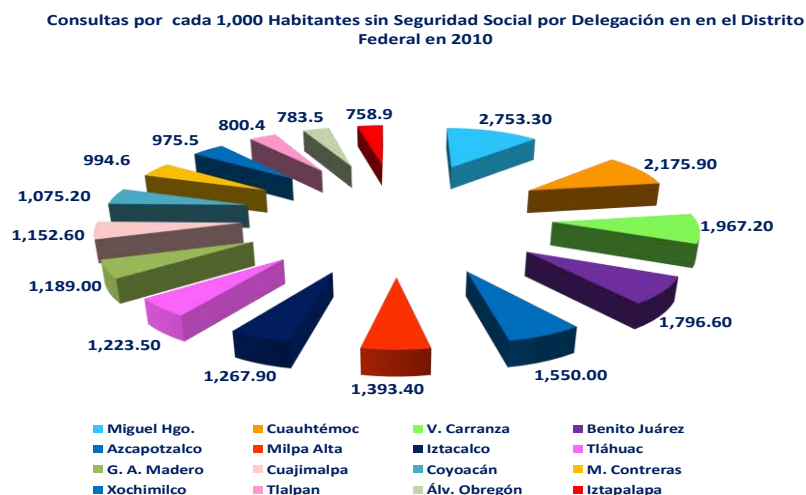


Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística del D. F. Cifras del Sistema de Información en Salud (SIS)

<sup>27</sup> No se especifica género.

Los servicios de cada 1,000 Habitantes sin seguridad social en 2010 indican que las Delegaciones que recibieron mayores beneficios no son las de mayor población ni menor índice de desarrollo: Miguel Hidalgo (13%), Cuauhtémoc (10%), Venustiano Carranza (9%), Benito Juárez (8%) y Azcapotzalco (7%). Las consultas externas de la población femenina con seguridad social en las delegaciones fueron de 2 908 073; representando un 63% de la población de la Ciudad. La mayoría correspondió al primer nivel de atención con mayores porcentajes en Iztapalapa (16%), Gustavo A. Madero (13%), Cuauhtémoc (9%) y Venustiano Carranza (8%) **Gráficas 25 y 26.**

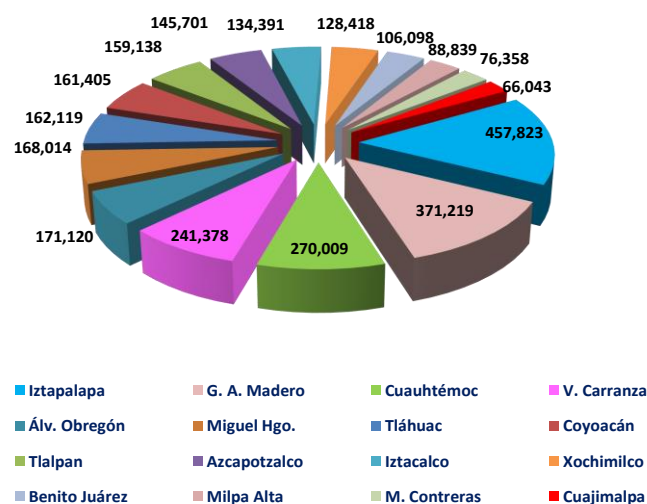
Gráfica 25



Fuente: Elaboración propia con datos de Sistema de Información en Salud ( tomados de la Agenda estadística del D.F. 2010)

Gráfica 26

Consulta Externa de Mujeres por Delegación en el Distrito Federal en 2010



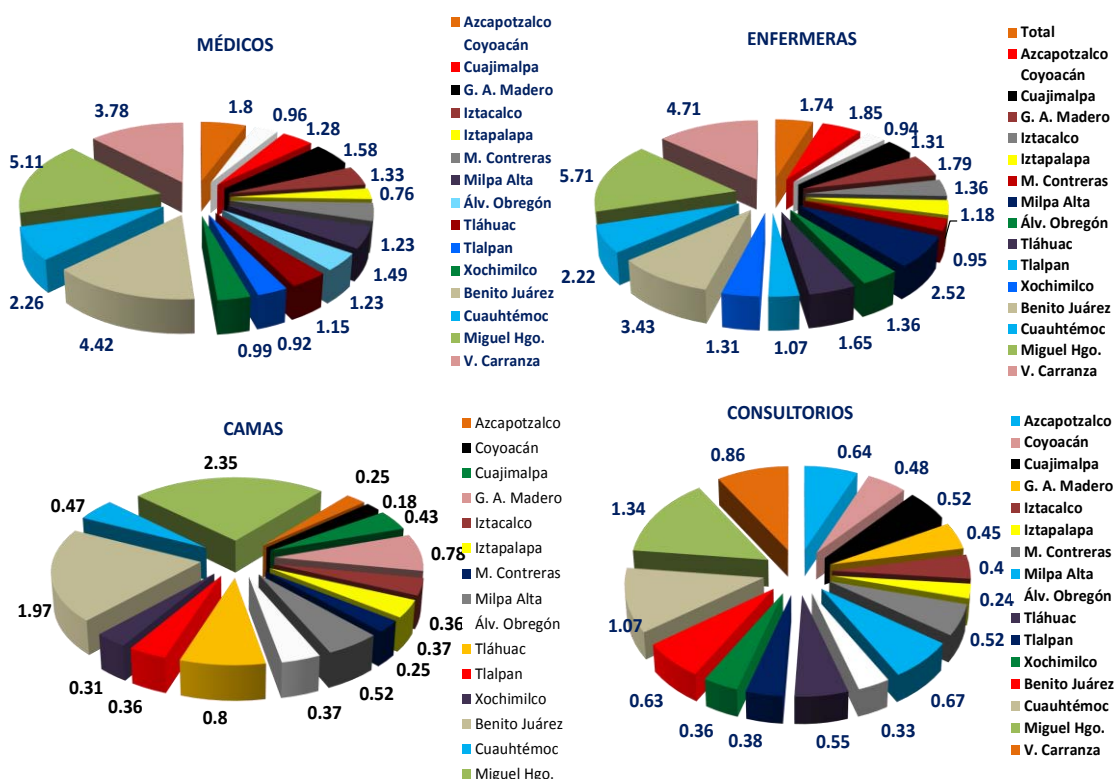
Fuente: Elaboración propia con datos de Sistema de Información en Salud ( tomados de la Agenda estadística del D.F. 2010)



En los Centros de Salud se dieron la mayoría de las consultas de primer nivel (84%), aunque su crecimiento disminuyó de 3 517 463 consultas del año 2000 a 3 132 570 en el 2010.

También se distingue la asimetría que tienen las delegaciones en la infraestructura médica; con diferentes porcentajes las Delegaciones Miguel Hidalgo, Benito Juárez, Venustiano Carranza y Cuauhtémoc, ocupan las mayores cifras en médicos, enfermeras, camas y consultorios por cada 1000 habitantes sin seguridad social **Gráfica 27**.

**Gráfica 27 Principales Recursos Humanos y Materiales en la Delegación Iztapalapa en 2010**



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Agenda estadística del D.F. 2010: Sistema de Información en Salud (SIS) y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). Recursos Humanos y Materiales, por cada 1000 Habitantes

## LA ACCIÓN INSTITUCIONAL

La política de salud en el Distrito Federal forma parte de la política social cuyo sistema lo integran las unidades administrativas, los órganos desconcentrados y los organismos descentralizados del gobierno y los sectores social y privado que prestan servicios de salud; así como los mecanismos de coordinación de las acciones que se suscriben con las dependencias o entidades de la Administración Pública Federal (Ley de Salud del Distrito Federal).

La participación del ciudadano como sujeto de derechos en la salud, idealmente se apoya en políticas operativas articuladas, instrumentos claros y específicos para su implementación y en acciones que señalan la forma de cumplir los objetivos y metas bajo los parámetros que la propia normatividad contiene.



En la estructura institucional se analizan los procedimientos de los actores involucrados en cada etapa así como los marcos regulatorios. Particularmente en la fase de evaluación se materializa el diseño de los instrumentos en términos cualitativos y unidades de valor para dar cuenta de los resultados de la operación de los programas.

Los actores se agrupan según su espacio de acción en: 1) públicos del ámbito político - administrativo; 2) no públicos de la esfera socio económica y socio cultural; y 3) privados cuyo dominio alcanza a los grupos objetivo, beneficiarios finales y terceros afectados (Subirats *et al*, 2008: 52, 53). También hay actores potenciales cuya intervención dependerá de: sus intereses y decisiones para pasar a la acción o permanecer al margen, del grado de conciencia social y de su capacidad para movilizar recursos y construir coaliciones en defensa de sus derechos para participar en la política de salud.

Los servicios de salud de la Ciudad, pasaron a formar parte del Gobierno del Distrito Federal, con la descentralización administrativa de 1997 y la separación de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios de Salud Pública. La Secretaría de Salud rectora del sector se creó como organismo público descentralizado en 1999 con la estructura jurídico - administrativa que prevalece hasta la fecha. Así se pusieron las bases institucionales y normativas de la política de salud, centrada en los derechos humanos y la participación social. Esas acciones significaron un avance respecto al anterior sistema de salud pública; aunque para construir la política de salud y hacerla realmente operativa, la estructura institucional todavía actualmente requiere de adecuaciones acordes con ese nuevo enfoque.

En el Distrito Federal el sistema de salud es mixto con una parte vinculada al trabajo formal, e instituciones de seguridad social, medicina privada y pública y un sector asistencial para desempleados y gente con escasos recursos y sin acceso a otro tipo de seguridad, atendida principalmente por el Seguro Popular. El sistema forma parte de tres subsistemas: la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), la Secretaría de Salud Federal que dispone de hospitales, institutos y servicios de salud mental y el subsistema privado (**Diagrama 6**).

Diagrama 6

INSTITUCIONES DE SALUD	SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL		
	MEDICINA PÚBLICA		MEDICINA PRIVADA
	SEGURIDAD SOCIAL FEDERAL	SEGURIDAD SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL SECRETARÍA DE SALUD	Aseguradoras Servicios Médicos Privados
	IMSS e ISSSTE	Clínicas	
	PEMEX	Hospitales	
	SEDENA	Centros de salud	
	SEMAR	Delegaciones políticas (algunos programas)	
	IMSS-OPORTUNIDADES	Seguro Popular	
		Secretaría de Salud Federal (3er nivel de atención)	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de 2010 de la Secretaría de Salud del D.F.

En la Ciudad la estructura institucional del sector salud idealmente y de acuerdo a la normatividad se vincula a la planificación y contribuyen a su operación la información y la organización de la administración pública con las dependencias y entidades implicadas.

Los programas relacionados con la participación ciudadana en el tema de la salud forman parte de la política social del gobierno; por parte del Ejecutivo en el sector interviene La Secretaría de Desarrollo Social por conducto de la Subsecretaría de Participación Ciudadana y la Secretaría de Salud, además de las delegaciones políticas y otras instituciones del gobierno local. La parte legislativa la define La Asamblea Legislativa.

La fragmentación del sistema de salud se muestra por algunas características que lo distinguen: instituciones que ejercen simultáneamente las funciones de financiamiento y prestación de servicios de atención médica; duplicidades de funciones e ineficiencias de atención; oferta de servicios diferenciada con atención médica de calidad variable y heterogeneidad en el financiamiento y administración<sup>28</sup>.

En la visita que se hizo a los centros de salud, se encontró elementos de concentración y exclusión: diferencia de infraestructura; la más completa está en las áreas de mayor desarrollo; tecnología atrasada, negligencia del personal, carencia de historias clínicas, inaccesibilidad de información pública e irregularidad en los horarios de atención.

El gobierno de la Ciudad desde el año 2000 planteó a nivel normativo la construcción de la política de salud como derecho social a través de servicios integrales públicos, gratuitos y de cobertura universal. Desde ese entonces la idea sostiene un contenido social redistributivo. Además se pensó en el fortalecimiento de las instituciones y en la construcción de una ciudadanía participativa que se interesara en la estructuración de la política de salud, haciendo exigible su derecho (Secretaría de Salud del Distrito Federal: 2005).

Este tratamiento implicó afianzar en la agenda formal las negociaciones entre los actores del Estado, el gobierno y la sociedad y considerar la distribución de recursos para el diseño, organización y evaluación de los resultados de operación.

Sin embargo, hasta la fecha la asignación de recursos fiscales para los programas sociales se adjudica desde una estructura sectorial, con escasa coordinación entre las áreas; particularmente la Subsecretaría de Participación Ciudadana y la Secretaría de Salud, no asignan presupuesto para que la ciudadanía participe en los programas de salud.

Respecto al Programa de Cáncer de Mama primero fue operado por órganos desconcentrados. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal se encargó del “Programa de Cáncer de Mama” por medio de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez y por otro lado, el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal dirigió el “Programa de Atención de Cáncer de Mama”.

---

<sup>28</sup> Notas de la intervención de Julio Frenk en el Seminario *Medicina y Salud Hacia un Sistema de Salud con Calidad, Rectoría, Financiamiento y Provisión de Servicios Universales de Salud*. Universidad Nacional Autónoma de México. Junio 2011.

En 2002 se emitió la Ley del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y se creó INMUJERES D.F. como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica, con el objetivo de que las mujeres accedan al pleno goce de sus derechos humanos y a los beneficios del desarrollo en un contexto de equidad de género e igualdad de oportunidades.

El organismo adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno local tuvo como antecedente el Programa para la Participación Equitativa de la Mujer (PROMUJER), creado en mayo de 1998 y al Instituto de la Mujer del Distrito Federal como órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobierno.

En el 2001 se incorporó la coordinación y operación del Sistema de los Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAMs), representando al Organismo denominado Inmujeres-DF en las delegaciones de la Ciudad.

En 2011 se adicionó el Artículo 38 Bis de La Ley De Desarrollo Social para El Distrito Federal, para que los programas sociales asignados tuvieran actividades de formación e información sobre los temas de género para participantes y beneficiarias de esos programas. Se tuvo el propósito de lograr una visión integral en las políticas de salud de las mujeres; y se puso énfasis a nivel teórico, en el acceso a la información y a la coordinación entre dependencias manteniendo los enfoques de igualdad, derechos de las mujeres y transversalidad en la perspectiva de género.

En ese mismo año, la Secretaría de Salud del Distrito Federal asumió el control presupuestario y operativo del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama; sin embargo, hasta la terminación del Gobierno de Marcelo Ebrard, no se había logrado la coordinación efectiva del Programa, no obstante que el Secretario de Salud, Armando Ahued, fue ratificado en su puesto para dirigir la política de salud de la Ciudad.

Hay otros programas que están relacionados con el PAICMA en la misma circunscripción: Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio, la Red de Mastógrafos (8 mastógrafos analógicos, dos procesadores de película y un mastógrafo digital), el Programa del Seguro Popular; y Unidades Médicas Móviles y de Oncología Ginecológica. Asimismo se contemplan actores sociales como ONGs, grupos de trabajo de la Universidad Nacional Autónoma de México, observatorios ciudadanos y otros espacios que indica la Ley; sin embargo, las acciones están desvinculadas del Programa.

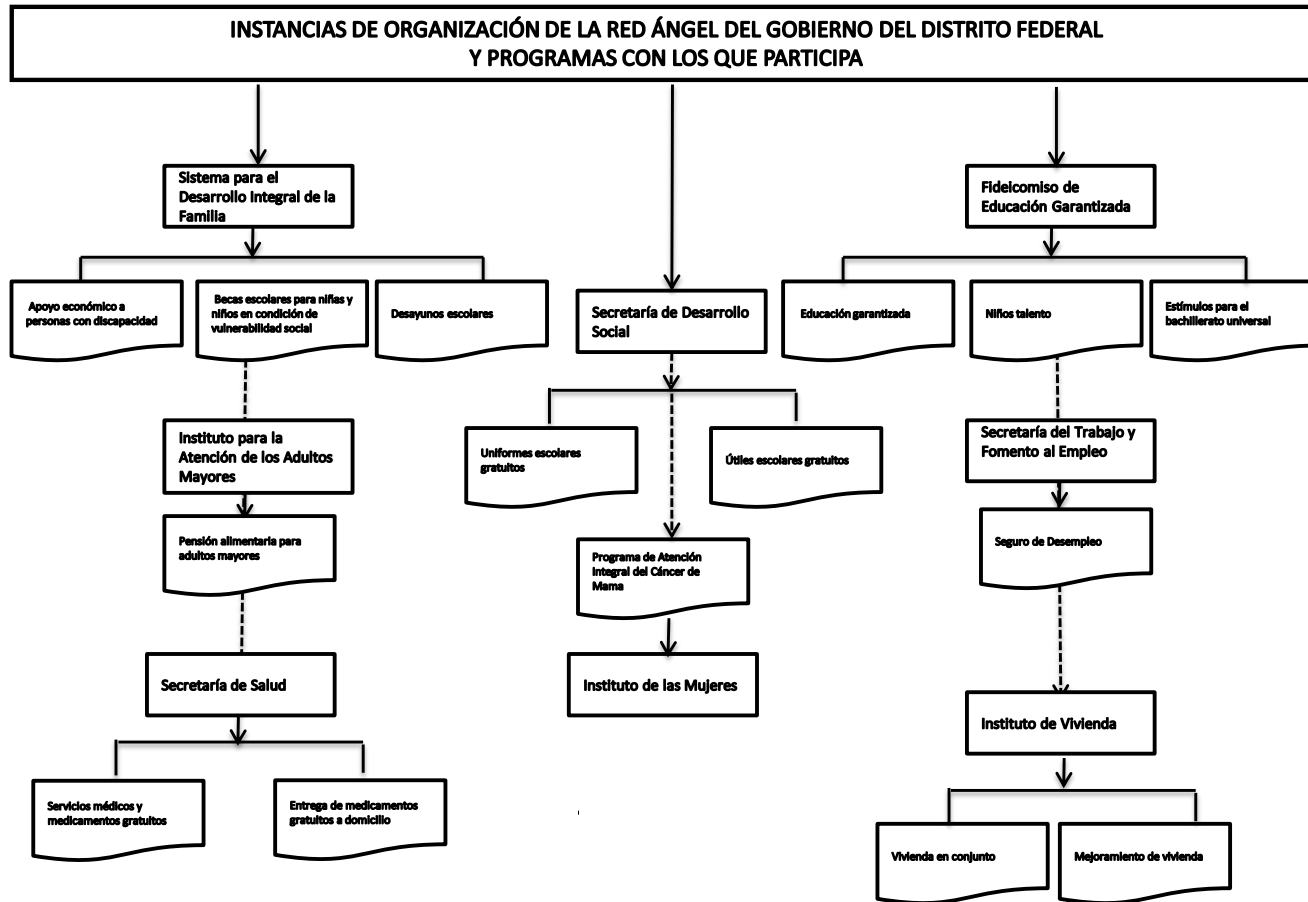
## **RED ÁNGEL**

En 2010, Marcelo Ebrard C. creó la Red Ángel como el sistema de protección social más grande del país con 350 programas para asegurar el derecho a la salud, educación y equidad de poco más de cinco millones de capitalinos, con un presupuesto anual de \$10 mil millones. El grupo de trabajo coordinado por la Subsecretaría de Participación Ciudadana sería la vinculación con las secretarías; sin embargo en la práctica las acciones de participación se dirigieron básicamente al trabajo electoral (**Diagrama 7**)<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> El esquema es anterior a la reestructuración del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama. En la actualidad es dirigido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Diagrama 7



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de La Red Ángel del Distrito Federal 2011

También se planteó la coordinación de 19 dependencias con el propósito de ofrecer mejores servicios y lograr una identificación de los ciudadanos con el gobierno de la Ciudad. El resultado fue una estructura funcional deficiente.

La política de salud es una política social compleja, con diferentes programas diseñados y operados desde la Secretaría de Salud. Particularmente el Programa de cáncer de mama, desde el inicio ha carecido de un diagnóstico de la población objetivo (Observatorio Internacional de la Democracia Participativa Interinstitucional: 2010).

En la agenda del gobierno está definido lo que se quiere hacer en materia de salud, pero no se ha logrado conjuntar los intereses de las diferentes áreas gubernamentales involucradas. Los arreglos con los interlocutores no siempre se llevan a cabo por la falta de disposición entre el gobierno, los medios, los ciudadanos, los intermediarios y los tomadores de decisiones.

Con el propósito de que los ciudadanos contaran con información de los proyectos y actividades institucionales y tuvieran una orientación y atención personalizada para el acceso a los programas sociales, en el año 2008 se construyeron 141 módulos fijos y el siguiente año 60 unidades móviles de servicio. Sin embargo, la coordinación interinstitucional ha funcionado como ventanilla de quejas ciudadanas, sin una garantía de acción efectiva y sin asunción de responsabilidades por parte de los servidores públicos.

El punto de convergencia de la propuesta fue el Sistema Integral de Protección Social de la Red Ángel que buscó lograr un adecuado nivel de vida para la sociedad en su conjunto y en especial para la población más vulnerable; se trataba de disminuir las profundas desigualdades económicas, sociales y territoriales que prevalecen en la ciudad.

La idea era construir un sistema de bienestar social integrando los programas, protegiendo los derechos de los usuarios y construyendo mecanismos para hacerlos efectivos, lo que significó 15 programas específicos con reglas de operación<sup>30</sup>:

1. Programa de apoyo económico a personas con discapacidad
2. Programa de becas escolares para niñas y niños en condición de vulnerabilidad social
3. Programa de desayunos escolares
4. Programa de educación garantizada
5. Programa niños talento
6. Programa de estímulos para el bachillerato general Prepa Sí
7. Programa de pensión alimentaria para adultos mayores
8. Programa de Seguro de desempleo
9. Programa de uniformes escolares gratuitos
10. Programa de útiles escolares gratuitos
11. Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos
12. Programa de entrega de medicamentos gratuitos a domicilio (Programa Ángel)
13. Programa gratuito de atención integral de cáncer de mama
14. Programa de vivienda en conjunto
15. Programa de mejoramiento de vivienda

---

<sup>30</sup> Se analizará en el capítulo correspondiente el que corresponde al de cáncer de mama.

En el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama se inscribieron 2 998 personas, se dieron 85 389 consultas y se trabajó en 422 manzanas y 3 mil 389 hogares. También se entregó 42 560 medicamentos (Ebrard: 2011)<sup>31</sup>. En 2012 se inscribieron 38% más de mujeres y se realizaron 99 491 consultas. También se visitó 6 600 casas, se trabajó en 708 manzanas y se otorgó 64 914 medicamentos (Ebrard: 2012)<sup>32</sup>.

De septiembre de 2011 a julio de 2012, se realizaron 63 jornadas de salud otorgando 18,804 mastografía gratuitas. Las unidades móviles proyectaron el video de autoexploración durante las Jornadas. Asimismo la campaña *Por la Vida de las Mujeres, Iluminemos la Ciudad de Rosa*, fue una promoción que se hizo en la Ciudad en el mes de octubre (Ebrard: 2012). En el periodo 20 mujeres concluyeron su tratamiento oncológico y se les otorgaron 512 aditamentos de rehabilitación a 203 mujeres (prótesis, sostenes y mangas para la prevención).

La Red Ángel opera diariamente en el espacio local con dinámicas que han resultado desiguales y heterogéneas y han limitado la conciliación de las áreas para la construcción del soporte de una protección social de la Ciudad. Los diferentes ámbitos de gobierno requieren coordinación y nuevas capacidades de gestión para ofrecer soluciones respecto a la salud de la sociedad y a su vida comunitaria

La columna vertebral de un planteamiento social de salud se ubica en el primer nivel del servicio, con la atención primaria como eje rector y el área de prevención como unidad inicial preferente. En esos espacios se necesitan mecanismos eficientes de participación ciudadana. Organizar ese nivel de atención en los centros de salud para las mujeres, implica el acoplamiento de su participación en los programas, para incorporar su experiencia y construir instituciones que afronten esa realidad de desigualdad, riesgo y vulnerabilidad de las enfermas.

Este enfoque requiere definir las características del grupo que se quiere atender. Se trata de cubrir el universo total de todos los beneficiarios de la salud en el Distrito Federal, especificando primero su universo y posteriormente planteando la política pública correspondiente, independientemente de la condición de aseguramiento.

La elaboración de los padrones de beneficiarios mediante visitas domiciliarias de acuerdo a cada programa, se debe sostener con criterios específicos, confiables y comprobables, para evitar duplicidades y la inclusión de nombres inexistentes. Esta visión engloba un diagnóstico de la forma de participación de los ciudadanos en los programas de salud; y de los factores socioeconómicos básicos que la determinan.

El PAICMA<sup>33</sup> está reconocido en las leyes, aunque las acciones de prevención en los centros de salud, unidades móviles y delegaciones están desvinculadas, se apoyan en diagnósticos incompletos y las redes de información y servicio son ineficaces y sin garantía de continuidad en el tratamiento, lo que afecta el impacto de las acciones del Programa.

---

<sup>31</sup> Periodo del 18 de septiembre a 31 de diciembre de 2011.

<sup>32</sup> Periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2012.

<sup>33</sup> El Programa se analiza en la tercera parte del trabajo

La política de salud carece de una visión integral y no se incluye dentro de un plan de desarrollo; los programas se ejecutan por separado sin especificar sus acciones para operar y su forma de coordinación.

Además la organización institucional está desvinculada o ausente de otras políticas sociales, como es el caso de la participación ciudadana.

La administración e institucionalidad en el sector tiene límites frente a un sistema de salud fragmentado y frente a una sociedad desinteresada en participar en los programas exceptuando para usar sus servicios. A esto se suma el uso clientelar que se hace de los programas de salud

De hecho se desconoce la operación de la estructura institucional del sector salud y su relación con la participación de los ciudadanos en cualquier tema diferente al electoral.

Una gestión inter – organizacional; aunque compleja, es ineludible para que los programas de salud, entre ellos el PAICMA, rediseñen sus objetivos y políticas en función de lo que efectivamente está sucediendo con la salud de la gente; y resulta imprescindible lograr la participación de las comunidades a las que va dirigido el Programa.

El gobierno de la Ciudad se distanció de la focalización federal, pero muchos de sus programas son sólo acciones y operan con estructuras paralelas.

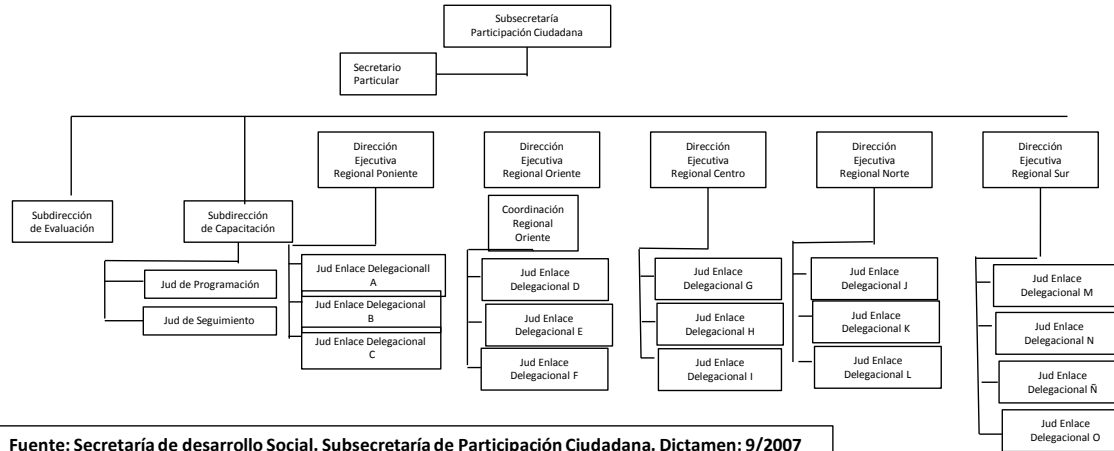
En los organigramas de la página siguiente se muestra la vinculación institucional en el tema de la participación ciudadana en la política de salud.

Se puede apreciar que los nombres de los cuadros que presentan la clasificación de las instancias de organización, son de difícil identificación y no se facilita la realización de un análisis de las líneas de coordinación que pueden existir entre la Subsecretaría de Participación Ciudadana, que forma parte de La Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, como encargada de la participación ciudadana y el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama que atiende la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por medio del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (**Diagrama 8**)

En las líneas estratégicas de trabajo de la Subsecretaría de Participación Ciudadana, no se encontró algún programa para el fomento de la participación ciudadana en la política de salud, ni para incurrir en la transformación cultural o para incidir en la conciencia de las mujeres para participar en los programas que sean de su interés.

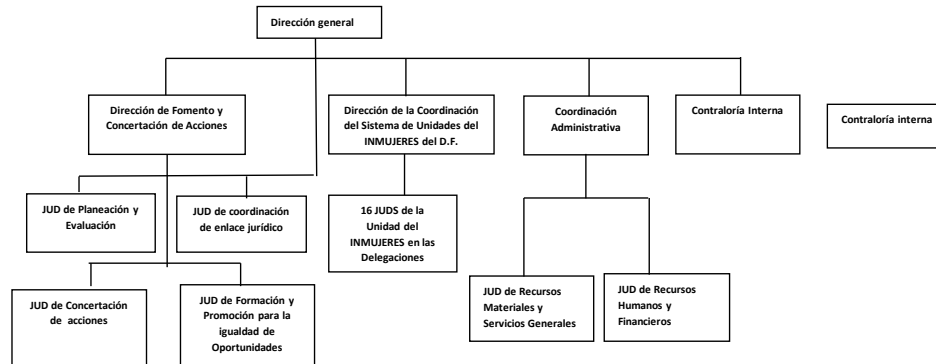
Diagrama 8

**ORGANIGRAMA DE LA SUBSECRETARÍA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**



Fuente: Secretaría de desarrollo Social. Subsecretaría de Participación Ciudadana. Dictamen: 9/2007

**ORGANIGRAMA DEL INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL DISTRITO FEDERAL**



Fuente: Inmujeres, D.F. 2010



La participación se ha quedado en el nivel de demanda y oferta de servicios y se ignora si los programas públicos de salud responden a necesidades específicas de la población. No obstante la ley encomienda a esa subsecretaría la coordinación e instrumentación de políticas, programas y proyectos que la fomenten, ya sea en forma individual o colectiva, pero la actual estructura institucional no lo permite.

Sin embargo, se han logrado avances; se ha visualizado el problema de cáncer de mama y el reconocimiento legislativo para ponerlo en la agenda pública. También hay respuesta en términos de normatividad y programas de acción específicos que mencionan la planeación estratégica (metas, estrategias, y líneas de acción) aunque no la llevan a efecto; y hay adelantos en la implementación del Programa.

También se ha reforzado y mejorado la infraestructura y el equipamiento de los centros de salud, hospitales, unidades móviles y áreas generales, pero hay problemas de descentralización y federalización que inciden en la capacidad resolutive para el equipamiento e infraestructura, que de hecho es muy dispar.

## **CENTROS DE SALUD**

El centro de salud o centro de atención primaria se refiere al edificio (o ámbito) donde se atiende a la población en cada una de las delegaciones políticas del Distrito Federal, en un primer nivel de asistencia sanitaria. Es la unidad mínima de atención de la Secretaría de Salud donde se reciben pacientes de población abierta, lo que alude a personas que no están inscritas en el sistema de protección social.

Institucionalmente los centros de salud son organismos públicos descentralizados, dependientes de las jurisdicciones sanitarias de las delegaciones políticas que a su vez se sujetan al nivel central de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Se clasifican en función de la complejidad administrativa en I, II, y III y por las diferencias en su dimensión, infraestructura y capacidad de acceso y atención. Los que corresponden al nivel I cuentan con uno o dos módulos para atender a la población; generalmente de trabajadoras sociales y enfermeras. Los Centros II tienen de tres a cinco módulos con médicos, enfermeras, trabajadores sociales y rayos X; y los de rango III cuentan con seis o más módulos, inclusive con director, administrador y algunos con mayor infraestructura entre ella mastógrafos.

En esos centros la población inicia su relación con el sistema sanitario con factibilidad de beneficiarse de una orientación preventiva; ahí la prestación del servicio reviste gran importancia para el gobierno y para el ciudadano, porque se trata de una medicina de menor costo y si es oportuna, de mayor efectividad. También ahí las autoridades, pueden trazar líneas de operación concretas para el funcionamiento del sistema.

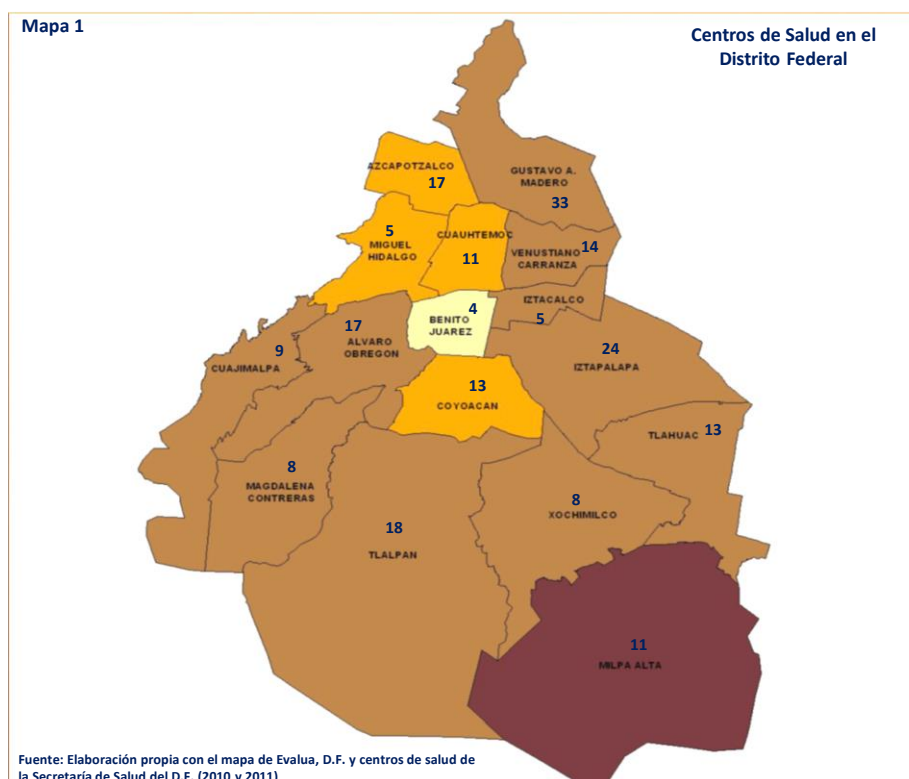
Posteriormente los pacientes que requieren complementar su asistencia médica pueden ser transferidos a un segundo nivel de atención en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (o del área de salud federal) y a un tercero en el terreno de las especialidades.

La construcción de la política de salud desde el nivel local fortalece las acciones en el plano operativo, porque se inicia con hechos apreciados como de prioridad y necesarios para diseñar las soluciones técnicas, administrativas y políticas, que luego se incorporan a todos los niveles del sistema.

En ese sentido los centros de salud son puntos nodales para que los ciudadanos y conjuntos sociales (institucionales o no institucionales) expresen sus demandas y participen en el diseño de las estrategias para satisfacerlas. Son espacios para crear condiciones de diálogo y concertación de los diversos actores.

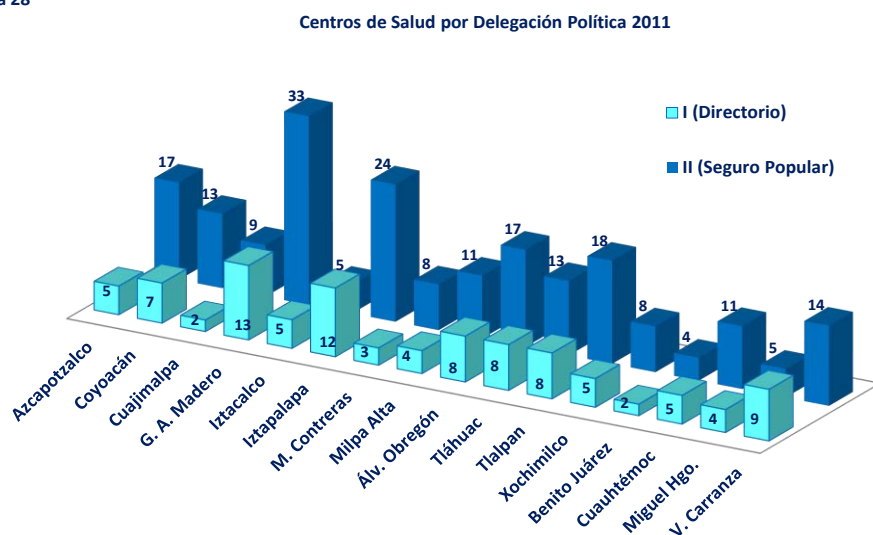
Desde esa óptica, Las acciones de los programas se inician y confluyen focalizadas en los individuos, familias y comunidades en el espacio de la delegación política de la Ciudad. El individuo, la familia, la comunidad y sus expresiones en el hogar, el trabajo y los espacios sociales, son ámbitos interrelacionados sobre los cuáles trabajar en forma flexible y diferenciada en función de los problemas de salud que son prioritarios para la población.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal cuenta con 210 Centros de Salud<sup>34</sup> ubicados en las diez y seis delegaciones políticas (**Mapa 1 y Gráfica 28**).



<sup>34</sup> Se encontraron inconsistencias de cifras. Probablemente porque el Directorio de Centros de Salud que presenta el Distrito Federal incluye sólo los centros nivel I y II y el Seguro Popular los niveles I, II y III.

Gráfica 28



Fuente: Elaboración propia con base en los Directorio de los Centros de Salud del Distrito Federal, y en datos del Seguro Popular [www.infogen.org.mx/Infogen1/pdf/centros\\_comunitarios\\_df.pdf](http://www.infogen.org.mx/Infogen1/pdf/centros_comunitarios_df.pdf) - (consulta 19-20 de abril de 2011)

En los mapas que se presentan en las siguientes páginas se ve el bajo índice de desarrollo social de las colonias donde están ubicados los centros de salud en las unidades territoriales de las delegaciones políticas. La importancia de estos mapas es que muestran visualmente las condiciones diferenciadas de bajo o poco desarrollo en los ámbitos territoriales.

El bajo desarrollo social restringe el alcance de la cobertura y la distribución de los servicios de salud sobre principios de equidad y además dificulta la identificación de la estructura de los programas en esas zonas.

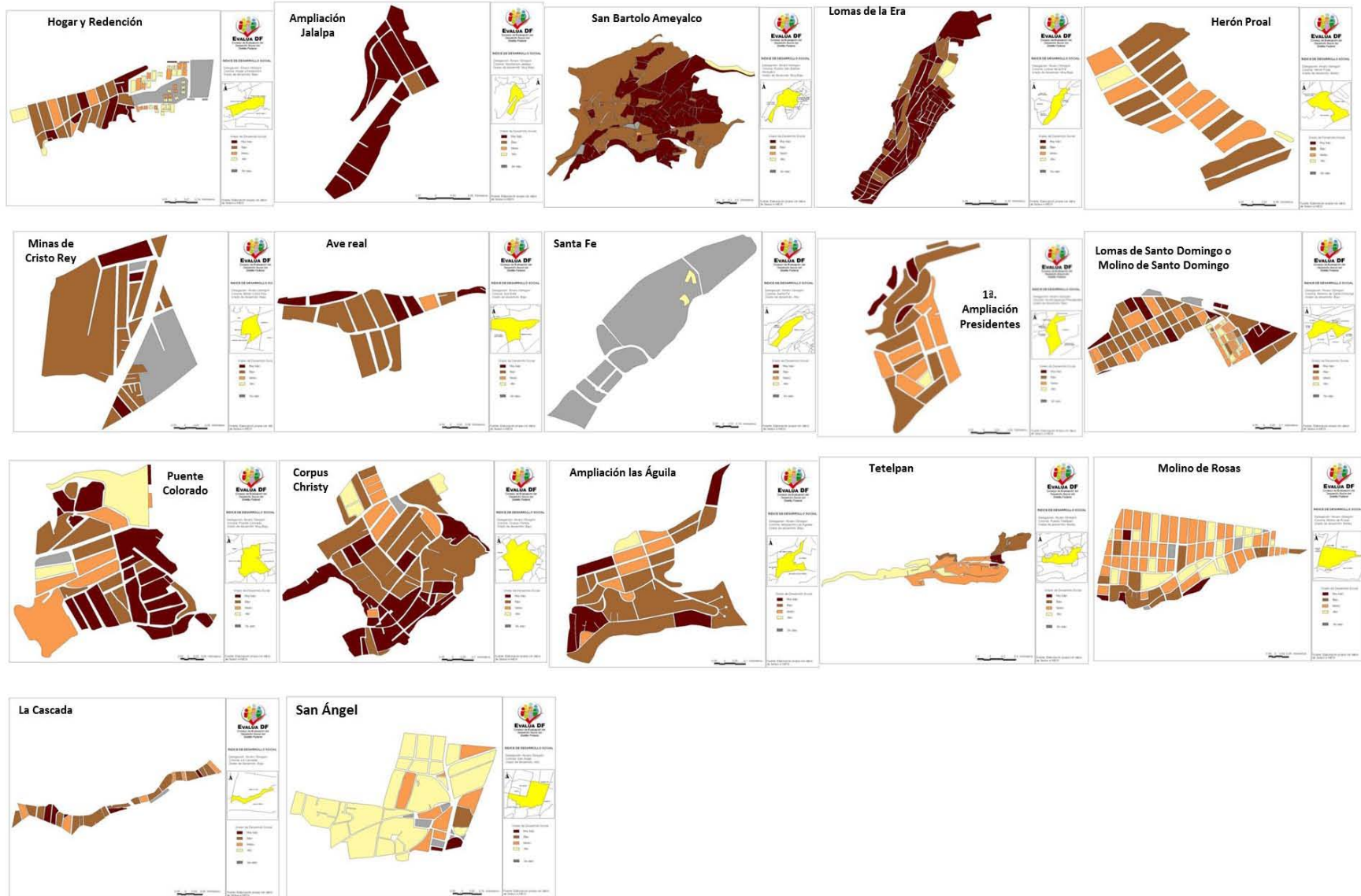
El Consejo de Evaluación de Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalua D.F.) asignó diferentes colores para indicar el índice de desarrollo: el color café oscuro para las colonias de **muy bajo desarrollo**; el café más claro para las colonias de **bajo índice** de desarrollo; el café claro para los de **desarrollo medio** y las colonias **desarrolladas** las presenta en color amarillo.

El índice de desarrollo para 2011 se ha desglosado a nivel de delegación, colonia y manzana, aunque cabe mencionar que hay colonias que no tienen datos y otras que no aparecen en la selección de mapas.

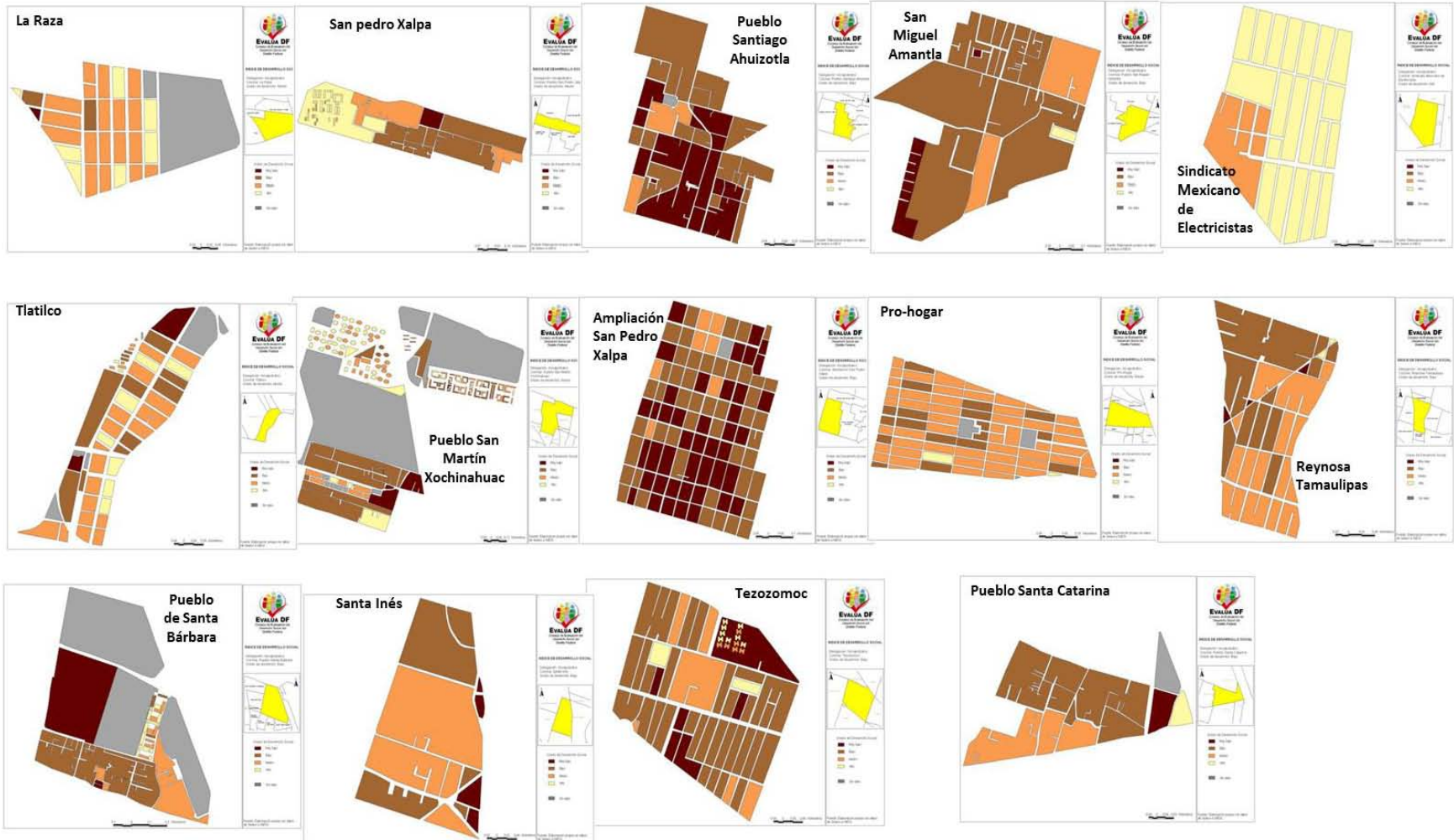
**Mapas de Índice de desarrollo Social** de las colonias donde se ubican los centros de salud<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Fuente: Selección propia con base en los mapas de desarrollo social de Evalua, D.F. 2011.

# Delegación Álvaro Obregón

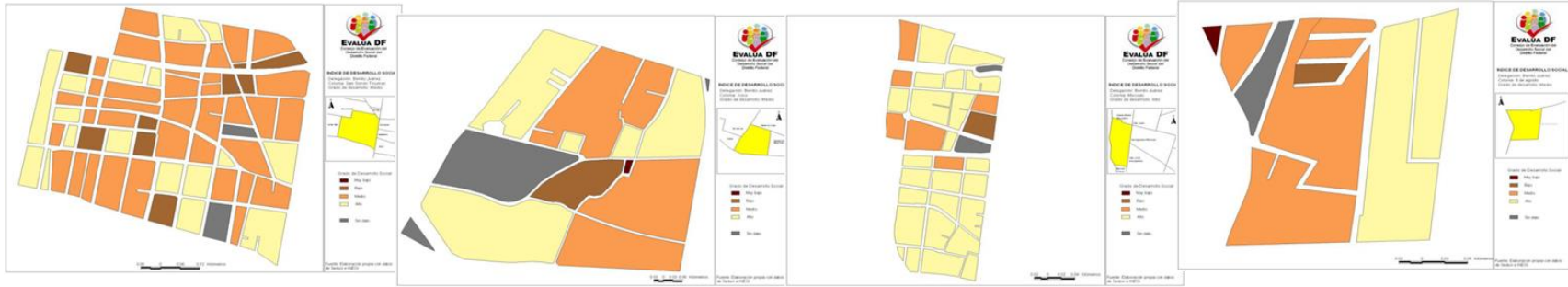


## Delegación Azcapotzalco

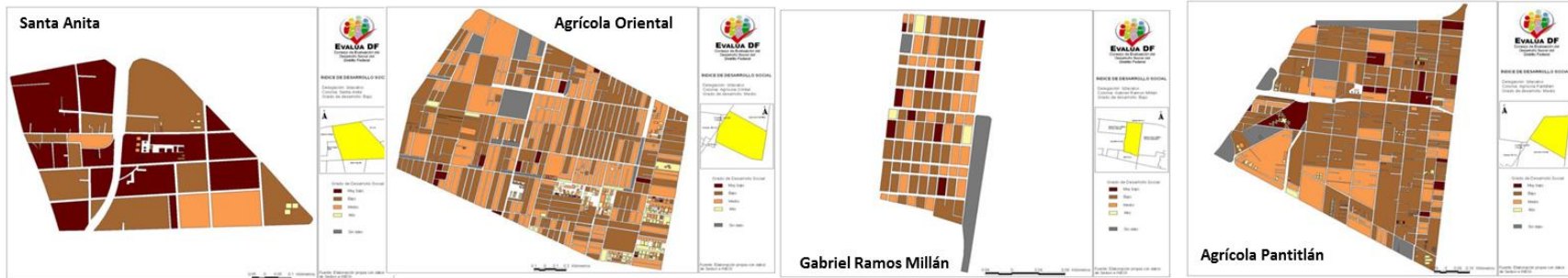




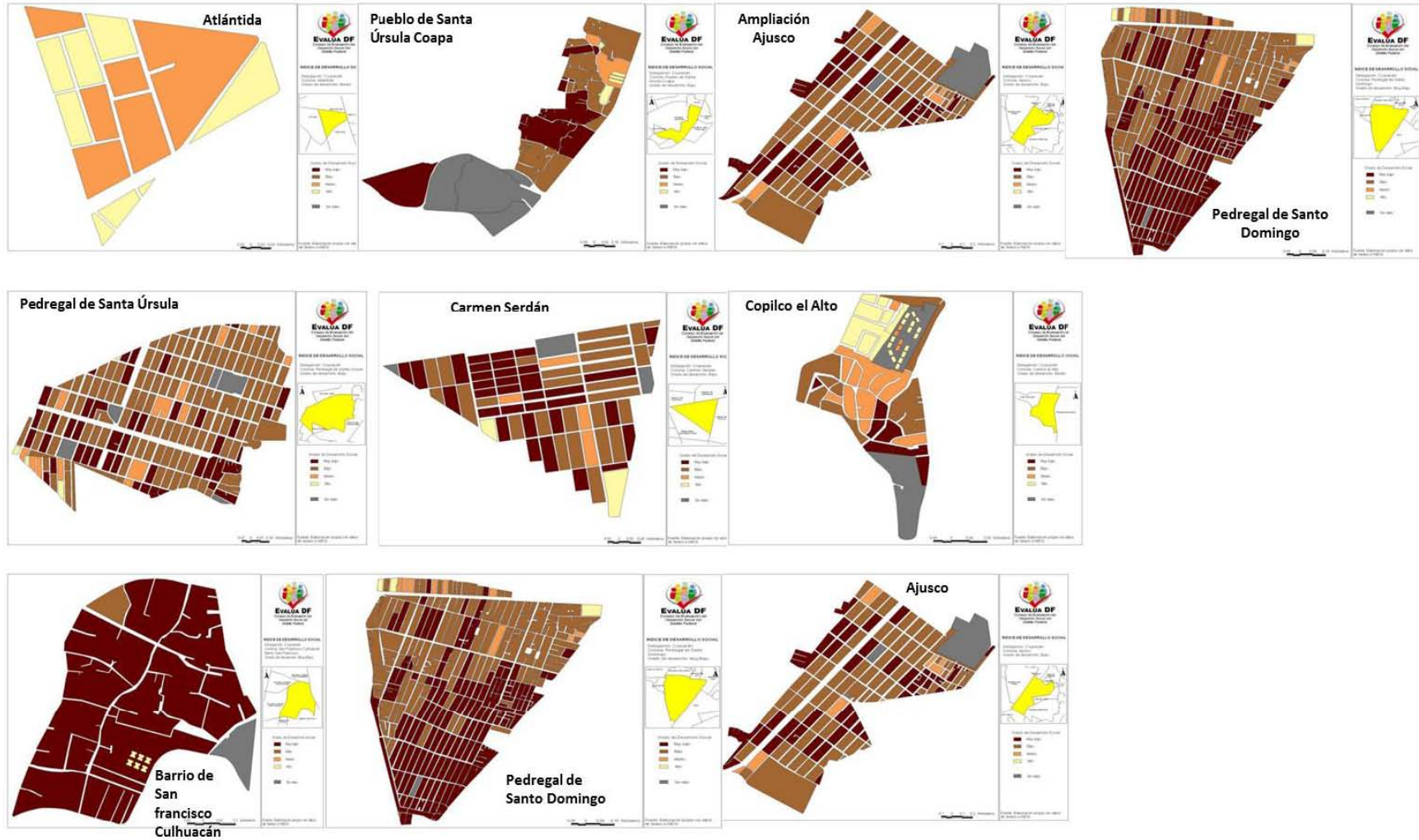
## Delegación Benito Juárez



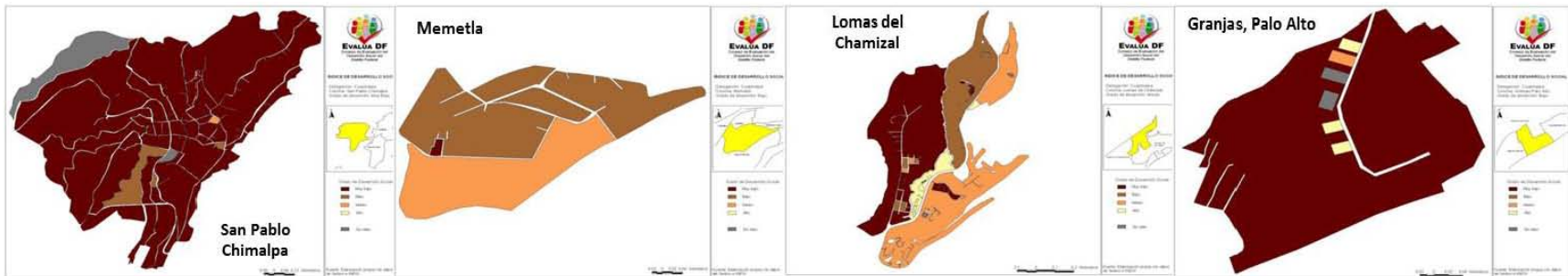
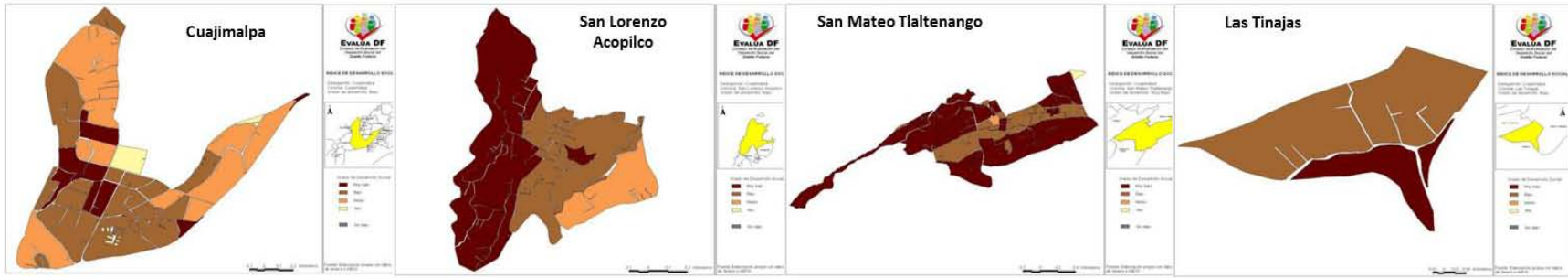
## Delegación Iztacalco



## Delegación Coyoacán

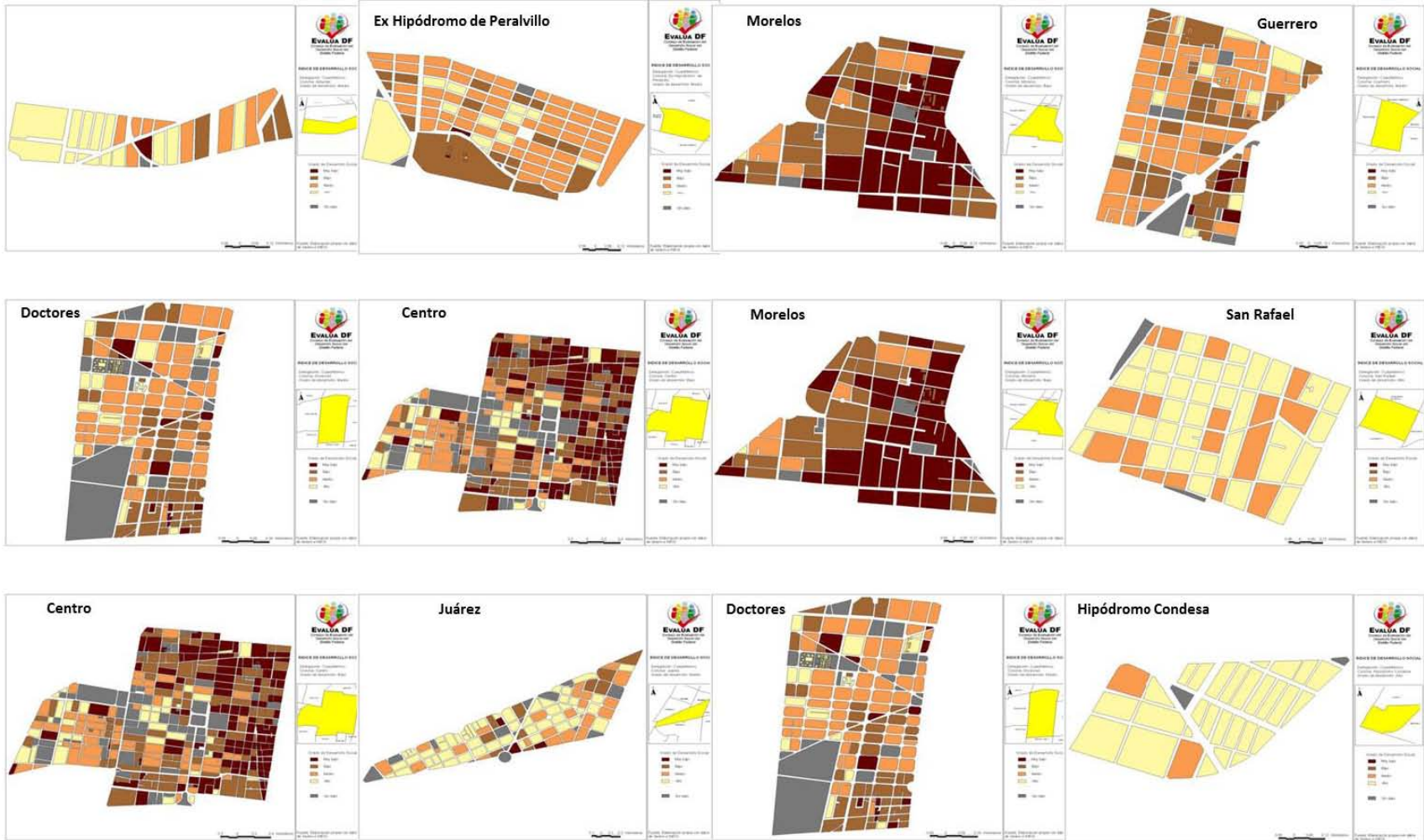


## Delegación Cuajimalpa

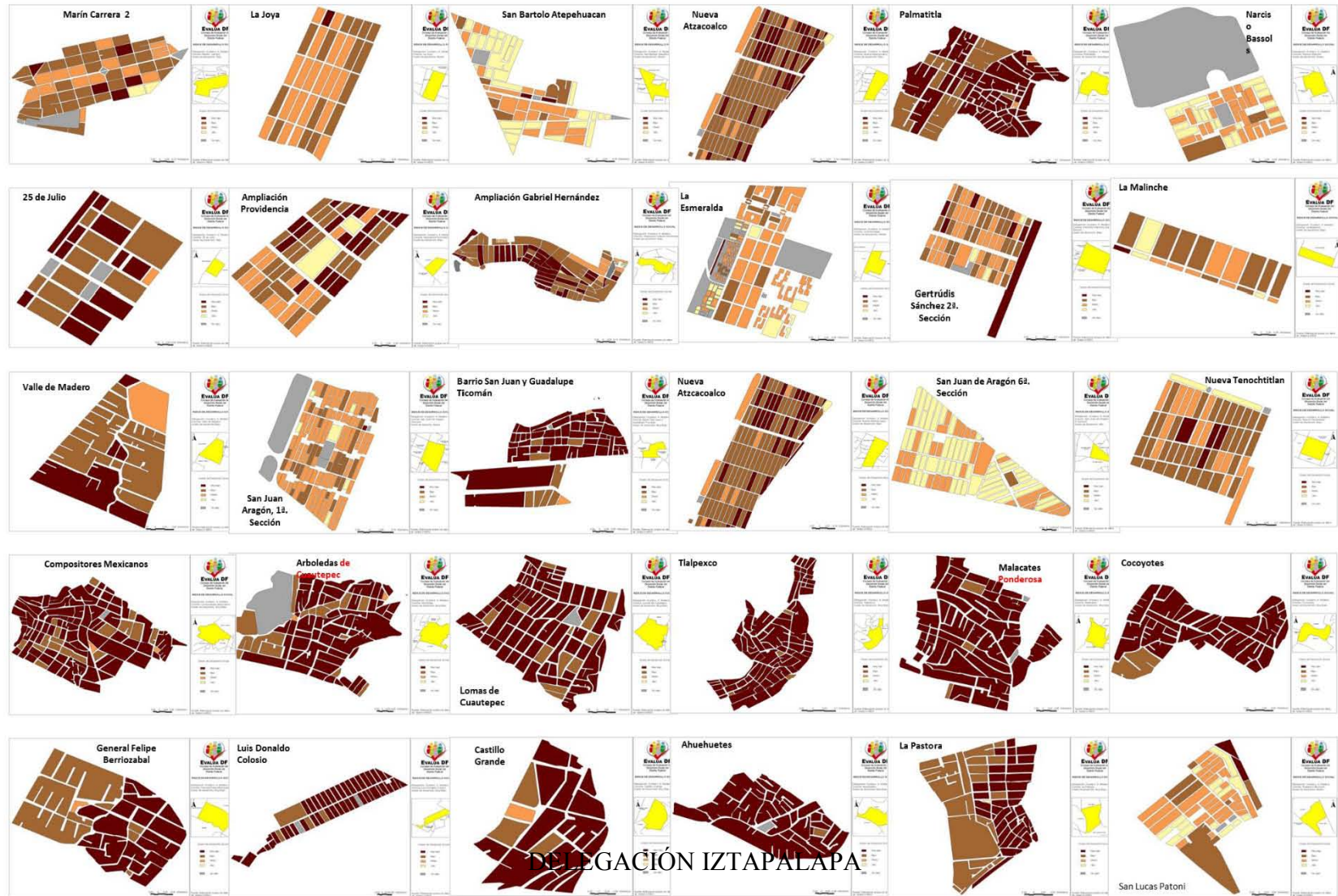




## Delegación Cuauhtémoc



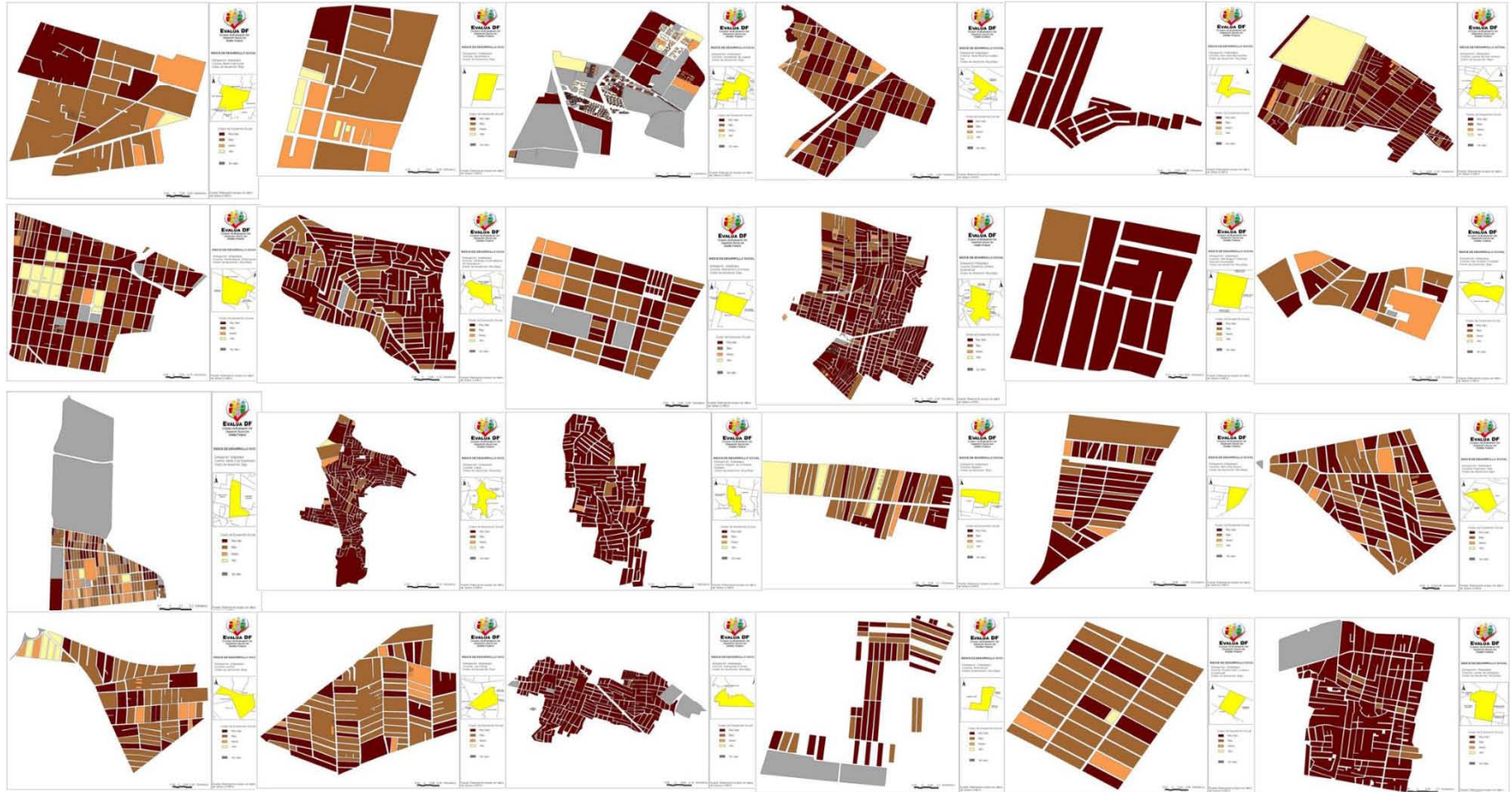
## Delegación Gustavo A. Madero



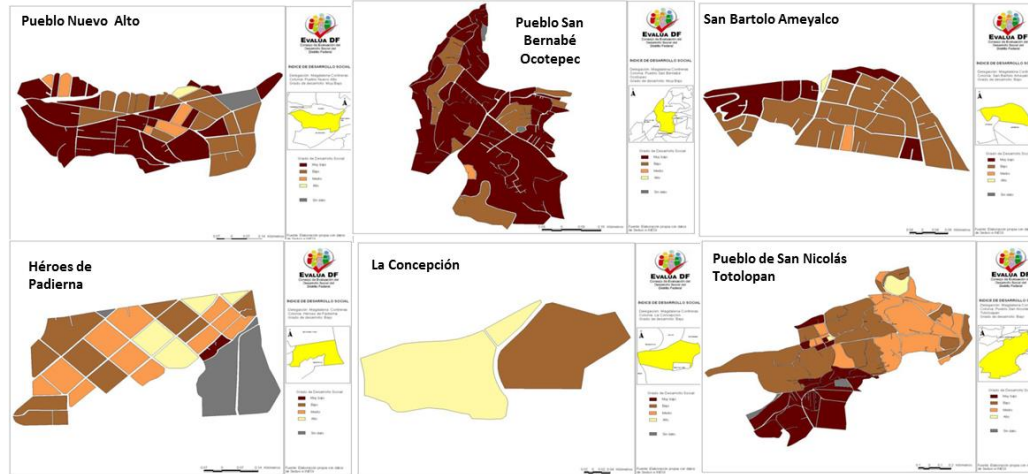
DELEGACIÓN IZTAPALAPA



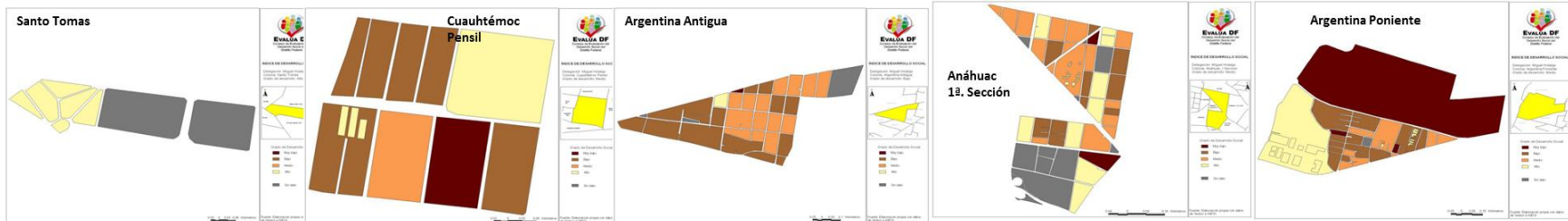
## Delegación Iztapalapa



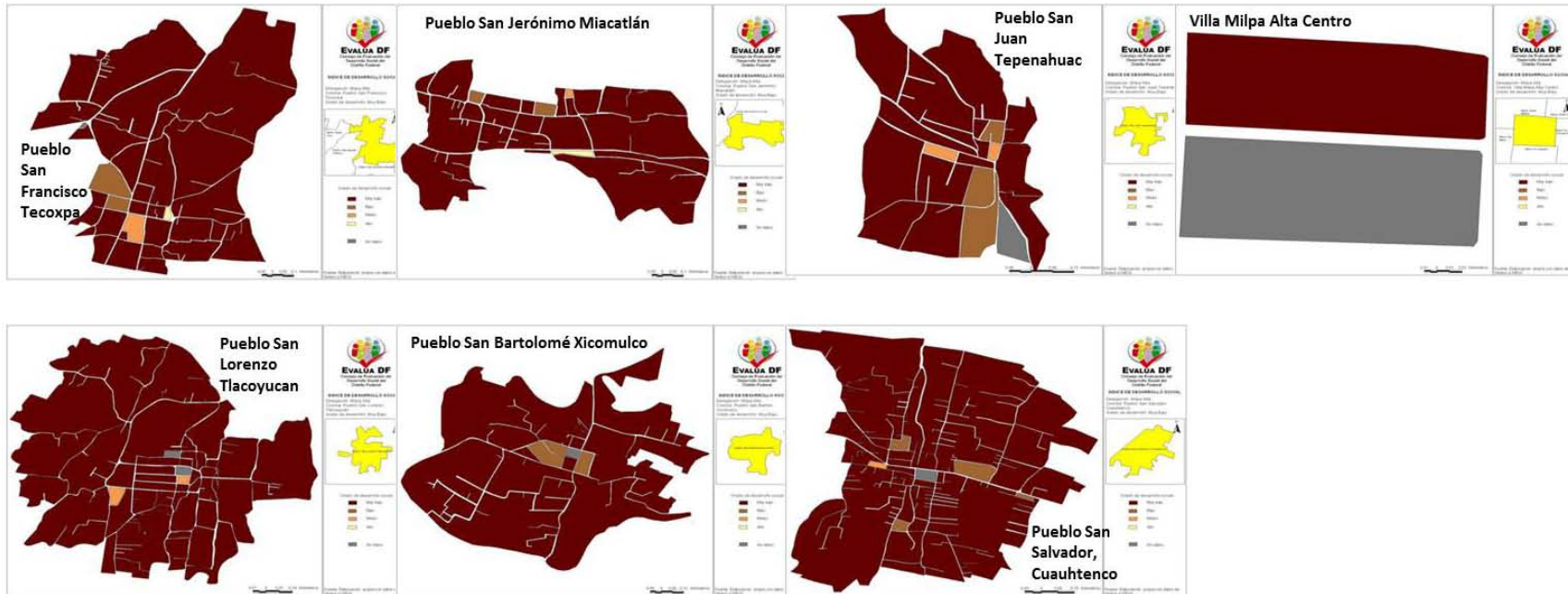
## Delegación Magdalena Contreras



## Delegación Miguel Hidalgo

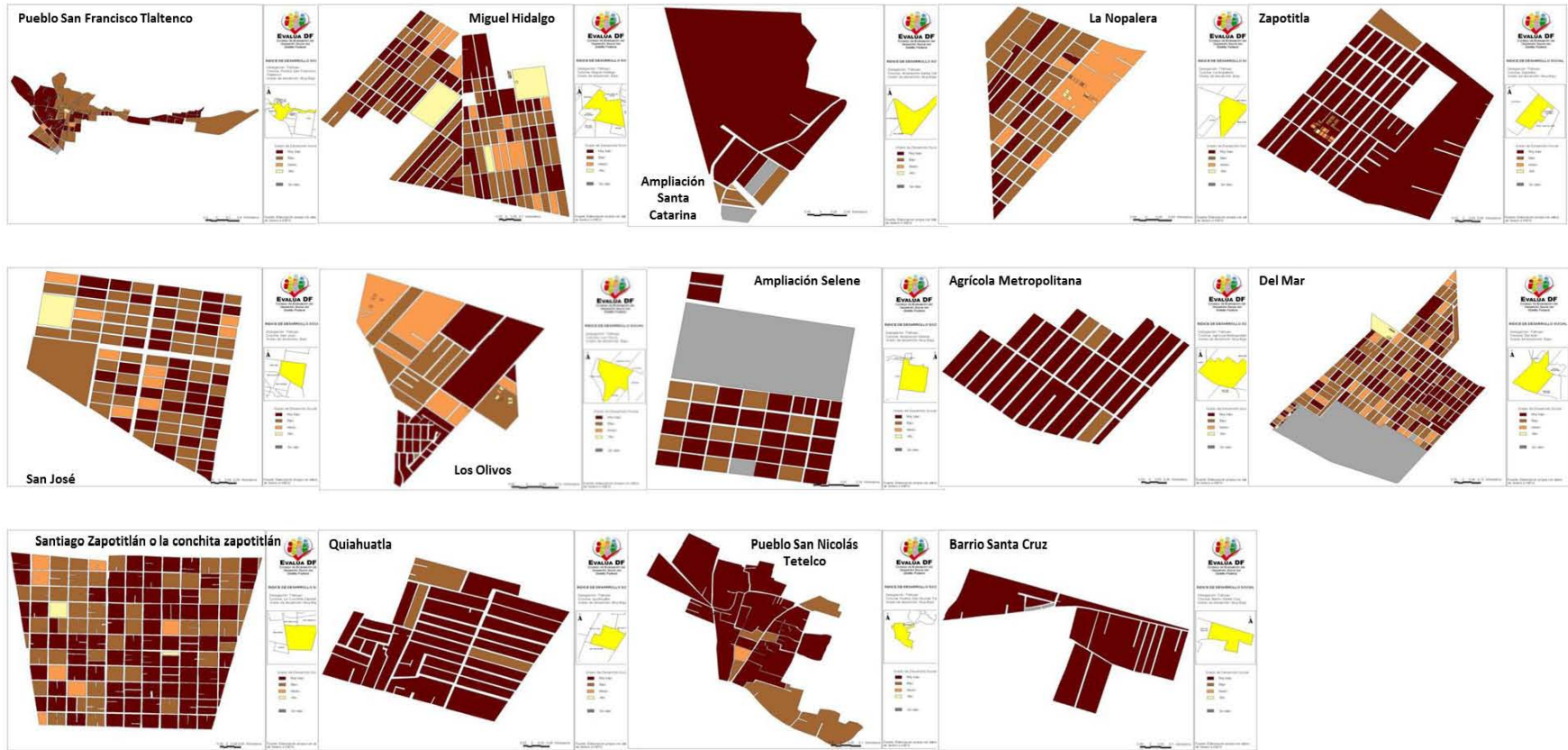


## Delegación Milpa Alta





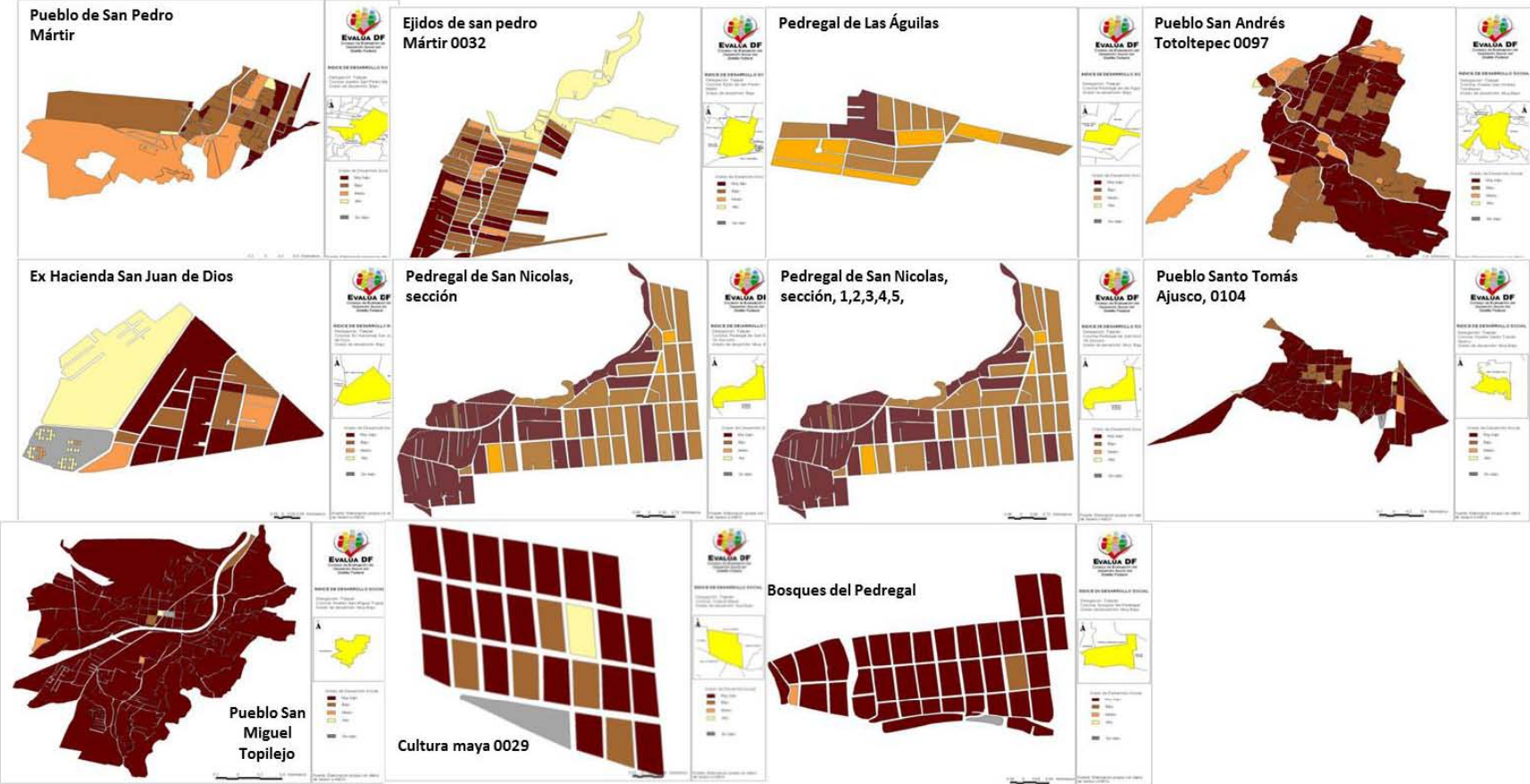
## Delegación Tláhuac



## Delegación Venustiano Carranza

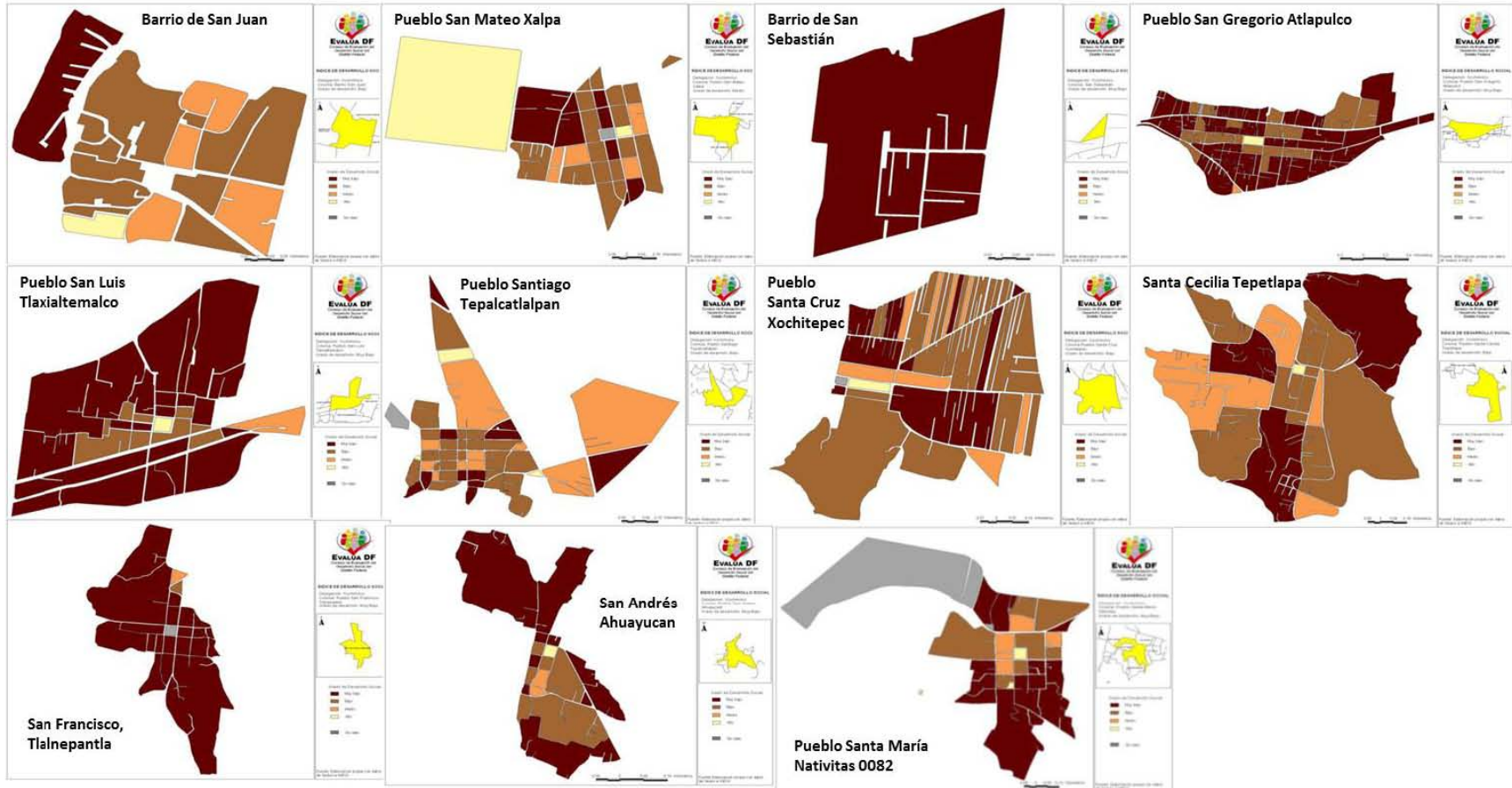


# Delegación Tlalpan





## Delegación Xochimilco



## GASTO PÚBLICO

El Distrito Federal es la entidad de la república que obtiene la mayor parte de sus ingresos de fuentes propias, lo que le ha permitido un margen para financiar el desarrollo social, pero es una fuente precaria. Por un lado, el gasto social de la Ciudad muestra una disminución desde 2009, tanto por la participación federal, como por el agotamiento de ingresos locales.

La asignación del ingreso federal se condiciona a la cantidad de población que tiene la Ciudad, lo que redundo en que el Distrito Federal reciba un menor monto porque su crecimiento poblacional se ha detenido y no se toma en cuenta que es un ámbito de gran circulación de población diaria que viene de otras zonas, inclusive para atender su salud.

De acuerdo a la Secretaría de Salud (Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal. SICUENTAS), el gasto público total en salud para 2010 se integró por las erogaciones para la población no asegurada, tanto del gasto federal como local, más la asignación del gasto que se hace a la población que cuenta con seguridad social.

De acuerdo al tipo de población y fuente de financiamiento, le correspondió al área de salud del Distrito Federal, un monto de \$83 532 257.5 miles (el total nacional fue \$404 404 335.13 miles). De ese cifra, se dedicó a la población sin seguridad social el 25% con una suma de \$21 142 866.9 miles, que comprende el gasto de la Secretaria de Salud (Ramo 12), IMSS-Oportunidades (Ramo 19), FASSA (Ramo 33) y Gasto del Gobierno del Distrito Federal.

El 22%, correspondiente a \$4 690 429.2 miles lo aportó el Gobierno del Distrito Federal (CUADRO 1).

**Cuadro 1**

**Gasto Público Total en salud, por Población, Fuente de Financiamiento y Entidad Federativa, 2010**  
(miles de pesos)

Entidad Federativa	Gasto Público Total en Salud <sup>1/</sup>	Gasto en Salud de la Población con Seguridad Social <sup>2/</sup>	Gasto en Salud de la Población sin Seguridad Social <sup>3/</sup>	Secretaría de Salud (Ramo 12) <sup>4/</sup>	IMSS-Oportunidades	FASSA (Ramo 33)	Gasto Estatal *
Estados Unidos Mexicanos	404 404 335.1	224 065 745.2	180 338 590.0	86 765 574.1	7 971 686.0	51 890 067.3	33 711 262.6
Distrito Federal	83 532 257.5	62 389 390.6	21 142 866.9	13 109 233.1	703 824.6	2 639 380.0	4 690 429.2

Notas:

\* El título de Gasto estatal, en este caso se refiere al Distrito Federal

1/ Para calcular el Gasto Público Total en Salud existen dos formulas: la primera, sumando el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), IMSS-Oportunidades (Ramo 19), FASSA (Ramo 33), Gasto Estatal, IMSS, ISSSTE y PEMEX.; la segunda, sumando el Gasto en Salud de la Población con Seguridad Social y sin Seguridad Social.

2/ El Gasto Público en Salud de la Población con Seguridad Social comprende el Gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX.

3/ El Gasto Público en Salud de la Población sin Seguridad Social comprende el Gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), IMSS-Oportunidades (Ramo 19), FASSA (Ramo 33) y Gasto Estatal.

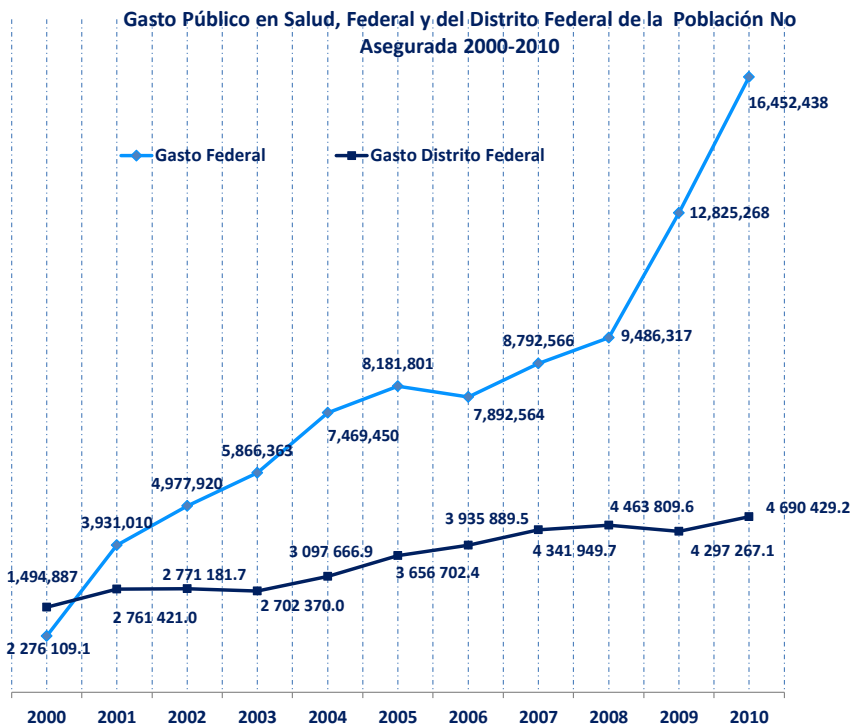
4/ La distribución de Ramo 12 se realizó de la siguiente manera: Las transferencias directas por programa se asignaron por entidad federativa, como Oportunidades, Comunidades Saludables, Cruzada Nacional, entre otros; además de las transferencias al Seguro Popular. El gasto de los Hospitales Federales y los Institutos Nacionales se distribuyeron en función de los egresos hospitalarios. Por último, el resto de Unidades Centrales, Organismos Descentralizados y Organos Desconcentrados se considera de igual manera gasto no distribuible.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010.

El gasto público en salud del 2000 al 2010 de la población no asegurada, tanto federal como del Distrito Federal aumentó. Particularmente el gasto de la Ciudad fue de 51% en tanto que el federal tuvo un crecimiento del 91% (Gráficas 29 y 30).



**Gráfica 30**



Fuente: Elaboración propia con datos de La Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010

Según Hugo Enrique Sánchez Villegas (2012), de la Universidad del Istmo, en casi dos décadas, los Estados, incluyendo al Distrito Federal, han aumentado su gasto en un 147% y los Municipios en un 150% y añadió que el aumento en el gasto público no se ha reflejado en mejores servicios públicos y por ende en el desarrollo local (Memorias Reforma del Estado y Ciudadanía en América: 2012).

El gasto público en salud que destinó el Gobierno Federal representó el 3.1% del producto interno bruto; en tanto que el Gobierno de la Ciudad destinó el 3.8%<sup>36</sup>; sin embargo, faltan indicadores de los criterios de asignación del presupuesto. Tampoco se sabe si los recursos aportados han generado calidad y confiabilidad en los servicios de salud (particularmente para tratar el cáncer de mama) o si efectivamente se ha favorecido a grupos con mayores desventajas sociales.

El Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, indicó que en México se desconocen los resultados de los programas y de las políticas de desarrollo social en estados y municipios incluyendo el Distrito Federal, por lo que se requiere una evaluación externa sistemática, para mejorar las herramientas de política pública y la rendición de cuentas (ONU Informe Sobre Desarrollo: 2011).

En general los presupuestos asignados no han contribuido a reducir la desigualdad ni la pobreza de las entidades, lo que incluye al Distrito Federal. Asimismo casi la mitad de las entidades tienen asignaciones de gasto de carácter regresivo, por lo que no se contribuye a la reducción de la desigualdad. A su vez, el examen del Ramo 28 y el 33 también muestra cierta progresividad.

También se observó que en el país, el gasto público por beneficiario es 50% mayor para la población asegurada que para la no asegurada, lo que implica regresividad en el acceso a los servicios públicos de salud. Naciones Unidas comenta que el gasto total per cápita ejercido se concentra en los municipios (o ciudades) con menores carencias y no en donde lo recomendarían los criterios de equidad (Informe sobre Desarrollo Humano: 2011).

Por otro lado la proporción de hogares con gastos empobrecedores por motivos de salud es considerablemente alta. Asimismo, en las entidades federativas incluyendo al Distrito Federal, se advirtió falta de equidad vertical del gasto en salud, excepto por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

Lo anterior confirma que exceptuando por los fondos del Ramo 33, no existen criterios que privilegien la equidad en la asignación del gasto en salud. En cuanto a la equidad horizontal, el gasto total ofrece un trato preferencial a las entidades federativas con mayor ingreso ante iguales necesidades de salud.

Al comparar la posición alcanzada por México frente a otros países de la región, se encuentra que haciendo a un lado la regresividad del gasto, México está entre los países que tienen uno de los sistemas de salud pública más inequitativos, además de las deficiencias que tiene el marco institucional para el diseño, el seguimiento y la revisión del gasto público.

---

<sup>36</sup> Los datos son un pronóstico por entidad federativa, basado en la distribución porcentual del año anterior, cuya fuente es el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2010.

## CONCLUSIONES

La entidad encargada para atender la cuestión social en el tema de salud en la Ciudad y de la participación ciudadana en el sector, es la Secretaría de Desarrollo Social en coordinación con la de Salud; tanto en el diseño (planeación, presupuesto, evaluación y control), como para la aplicación de los programas.

La red institucional de la política de salud se ha reorganizado acorde con la complejidad social para lograr el acceso a los bienes públicos y se ha visto afectada por la desigualdad, la participación asimétrica en el desarrollo social y la forma de representación política. Todavía está en construcción la apropiación de los servicios públicos con una nueva concepción social de derechos.

Esto hace pensar que parte del origen de algunos de los problemas de la política de salud es la carencia de una visión integral planeada para ejecutar los programas en forma coordinada; e incluir como parte de la política social la participación ciudadana. Muchos de los programas son sólo acciones y operan con estructuras paralelas.

También se observa que el diseño de la política de salud se ha construido en función de los intereses de los sectores hegemónicos y de una lógica determinada por el mercado y no en función de los derechos y necesidades de la gente. Como ejemplo se mencionan las tecnologías modernas para tratar el cáncer de mama, cuyo alto costo lleva a la elección de tratamientos invasivos para la mujer, pero de menor precio para el gobierno.

También se notó la incongruencia entre los criterios de universalidad y equidad del derecho a la salud, que se dirigen a garantizar el acceso a los servicios de las personas que habitan o transitan por el Distrito Federal, y su concepción prestacional, que distorsiona las acciones participativas de los ciudadanos como derecho ganado y las convierte en prestaciones sujetas a los recursos de los programas de salud.

A nivel teórico en el diseño y la instrumentación de la política pública se mencionan estrategias transversales de género, igualdad y participación ciudadana y se afirma la coordinación y articulación institucional, la transparencia y la exigibilidad y justiciabilidad; pero en el escenario real, la organización de la política pública de salud en la Ciudad sigue siendo vertical y la visión de su administración fragmentada y sectorizada, con escasa coordinación de las delegaciones.

En ese entorno, continúa pendiente la construcción de una política pública de derechos humanos, que incluya una estrategia transversal para todos los sectores e incorpore la participación ciudadana para las decisiones que tengan que ver con su salud. Los programas no están planteados en función de los derechos que se tienen que atender y aunque la salud concierne al Estado, la construcción de la política pública específica, se materializa en el ámbito local, donde están los espacios para debatir sobre las necesidades de salud de la población y facilitar su participación.

Es en ese ámbito donde se instrumenta y pone en práctica la coordinación de los servicios médicos de primer y segundo nivel de atención en centros de salud, clínicas, hospitales y servicios ambulatorios y las delegaciones como unidades político-administrativas; y aunque

en la agenda del gobierno está definido lo que se quiere hacer en materia de salud local, no se ha logrado la coordinación de las diferentes áreas gubernamentales involucradas.

Los programas de la Red Ángel no están interrelacionados y presentan limitaciones para instrumentar nuevas capacidades de gestión del primer nivel del servicio con la atención primaria como eje rector y el área de prevención como unidad inicial preferente.

En los programas para poblaciones específicas, como el de cáncer de mama, es preciso definir las características de vida del grupo que se quiere atender para organizar el primer nivel de atención de los centros de salud en función de esa población, e incorporar la experiencia de las mujeres en el Programa. Las acciones de prevención en los centros de salud, unidades móviles y delegaciones están desvinculadas y se apoyan en diagnósticos incompletos. Las redes de información y servicio son ineficaces y no ofrecen garantía de continuidad en el tratamiento.

Un ejemplo de la desvinculación institucional en torno a la participación ciudadana en la política de salud del D.F. lo muestra la distancia que existe entre la Subsecretaría de Participación Ciudadana y el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, que atiende la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La participación ciudadana en la política pública, es un derecho humano fundamental y colectivo de difícil concreción y en el caso de género, significa reorganizar los servicios de atención en torno a los derechos de la mujer y de otros colectivos sociales con una labor de concientización, para que las ciudadanas puedan exigir calidad y oportunidad en el servicio y se involucren en la construcción de los programas.

En lo que respecta al presupuesto, es difícil saber el impacto que ha tenido el aumento del gasto público del gobierno local en la salud de sus habitantes por la falta de indicadores de asignación de los recursos; sin embargo su distribución indica que la orientación no se hace con base en criterios de equidad y que el reparto no se ha reflejado en mejores servicios públicos del sector.

La distribución del gasto a la población con seguridad y sin seguridad social resulta regresiva; su aplicación ofrece un trato preferencial a las delegaciones con mayor ingreso ante iguales o mayores necesidades de salud. Asimismo el Seguro Popular privilegió con recursos los centros de salud I y II que tienen la mejor infraestructura y omitió los de mayores carencias. La visión distributiva del gasto redundante en inequidad y en todo esto, la población no tiene ninguna intervención.

Adicionalmente el sistema institucional en los centros de salud de la Ciudad presenta características de duplicidad de funciones, ineficiencia de los servicios y atención diferenciada en la calidad y problemas administrativos (negligencia del personal, carencia de historias clínicas, irregularidad en los horarios de atención).

En esta perspectiva, la política pública se continúa construyendo desde una visión sectorial; sin la concepción compleja que se demanda actualmente. El Programa de cáncer (PAICMA) no está vinculado con una política pública de salud y otros programas sociales y en materia

de participación ciudadana, resultan deficientes los vínculos sociales para intervenir en sus programas.

Existe una necesidad de redefinición de la cuestión social y las políticas públicas con una orientación de derechos y una estrategia transversal, para enfrentar la organización vertical y la visión fragmentada y sectorizada de la administración pública en materia de salud, para lograr la coordinación de las delegaciones y orientar sus programas a las necesidades de la gente desde el enfoque de sus derechos. Los objetivos del desarrollo social y la visión de la política pública de salud deben revisarse y medirse con otros criterios e indicadores.

Se trata que el diseño de políticas públicas se dirija a cerrar la brecha de la desigualdad y fortalecer las comunidades y a la gente, asegurando el acceso de poblaciones vulnerables y construyendo diseños participativos desde su implementación hasta la evaluación. Se necesita un nuevo modelo de salud con una mínima cobertura de los servicios que requiere la población y una visión integral de prevención y curación.

En esta óptica, es inevitable valorar la posibilidad de un nuevo Estado de Bienestar tomando como eje transversal la política pública de derechos humanos enfocada a diferentes áreas de la cuestión social. En materia de salud, la política pública tendrá que definir la problemática para hacer exigibles los derechos y el nivel de gobierno al que le corresponde atenderlos, entre ellos el de participación ciudadana en la política pública, señalando los programas, las tareas y mejorando los procedimientos.

Se trata de recuperar el papel del Estado como actor fundamental de la política social y como garante de las facultades de la colectividad y diseñar una política social integral articulada a la económica entre la federación y la Ciudad, en la que los derechos tengan plena vigencia y cobertura universal. Con una ciudadanía informada y participativa.

## **TERCERA PARTE**

### **CASO DE ESTUDIO**

---

## **CAPÍTULO 4 EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA (2006-2012)**

---

### **INTRODUCCIÓN**

Este capítulo es sobre la investigación del caso de estudio de la participación ciudadana en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA) que se realizó en los centros de salud y unidades móviles de la Delegación Iztapalapa de la Ciudad y en la agrupación Red Rosa.

Inicialmente se presenta una explicación del universo social de la Delegación Iztapalapa destacando las condiciones de salud que tienen las mujeres de las clases populares para contextualizar las condiciones de pobreza y desigualdad agravadas por la enfermedad. Se presentan cifras sobre las características y tendencias de la población, nivel educativo, vivienda y la cobertura de servicios médicos con patrones de aseguramiento asimétricos.

A continuación se definen las características del Programa desde sus antecedentes con el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y el Desarrollo Integral de la Familia, hasta su sectorización a la Secretaría de Salud de la Ciudad. Asimismo se trata el objetivo y las etapas del Programa y se pondera la perspectiva de género como eje transversal. Para una mejor comprensión del caso se hace una amplia explicación de la enfermedad, su sintomatología, tipología y etapas, resaltando la importancia de la detección y atención temprana en el primer nivel del sistema de salud.

Secuencialmente se desarrolla el apartado de los tres principales recursos con que cuenta el Programa resaltando la importancia de la información y la parte financiera. En forma visual se muestra la desigualdad de la infraestructura hospitalaria de los servicios de salud en las delegaciones políticas y de las colonias donde se ubican los centros de salud.

Los espacios e instrumentos de participación ciudadana se analizan con base en la ley para la Atención Integral de Cáncer de Mama del Distrito Federal y la normatividad secundaria que integran las reglas y lineamientos de operación. La descripción del marco legal del Programa se sustenta en esa Ley y sus reglamentaciones operativas.

Se incluye la evaluación interna del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama para comparar los resultados de la investigación documental y de campo que se obtuvieron y que se hace al final del apartado. Se explica cómo se llevó a cabo la investigación en la Red Rosa, centros de salud y unidades ambulatorias de Iztapalapa y se hace una descripción de los Foros de Participación Ciudadana en la Delegación. Adicionalmente se muestra fotografías de la participación de las mujeres en esos eventos; también se describe la aplicación de los cuestionarios, el piloto y el definitivo, y el desarrollo del Taller *El Proceso de Convertirse en Mujer, Individua y Ciudadana* en el que se participó durante seis meses hasta su culminación.



#### 4.1. EL UNIVERSO SOCIAL DE LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA

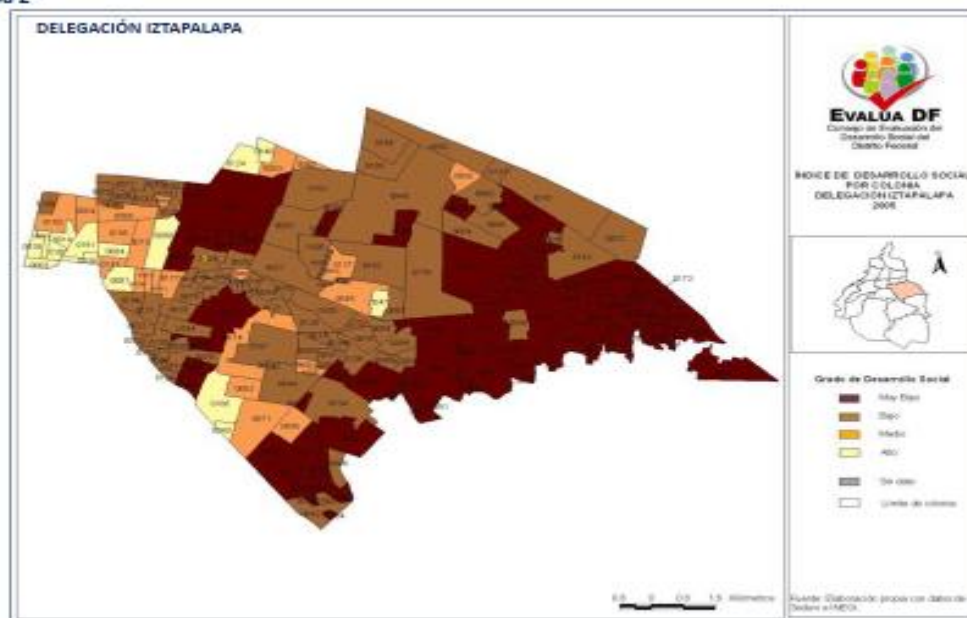


Fuente: Imagen de Internet tomada de [www.imagenesaereasdemexico.com](http://www.imagenesaereasdemexico.com) julio 2014

Para la investigación sobre el cáncer de mama se eligieron los centros de salud de la Delegación Iztapalapa que cuentan con infraestructura para detección de cáncer y las unidades móviles que tienen aparatos de mastografía. Ambas como parte del sistema horizontal de atención primaria.

Las veintidós unidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en la Delegación Iztapalapa se ubican en colonias básicamente de bajo desarrollo (**Mapa 2**), los centros de salud ofrecen servicios heterogéneos y sólo dos centros cuentan con mastógrafos.

Mapa 2



Fuente: Mapas Evalua D.F. Índice de desarrollo Social 2006 y 2011.

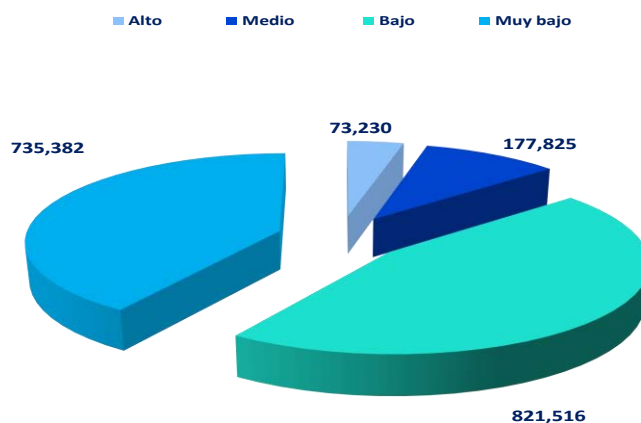
La población de la Delegación Iztapalapa es de 1, 820, 888 personas, lo cual representa el 21% del total del D.F. Asimismo, de las 1472 colonias que hay en la Ciudad, 198 corresponden a esa delegación con el 13%.

Los habitantes de Iztapalapa viven en un 45% en colonias registradas con índices de desarrollo social bajo (821,516 habitantes), cifra que representa el 26% del total de colonias con bajo desarrollo que tiene el Distrito Federal.

Le siguen en importancia con 41% las colonias con índice de desarrollo muy bajo, donde habitan 735,382 personas. La cifra de habitantes de esas colonias representa un 38% respecto a los que tiene la Ciudad con el mismo muy bajo nivel de desarrollo. En menor porcentaje (10%) y (4%) están las colonias con índices de desarrollo medio y alto; correspondiendo a 177,825 y 73, 230 habitantes respectivamente (**Grafica 31**).

Gráfica 31

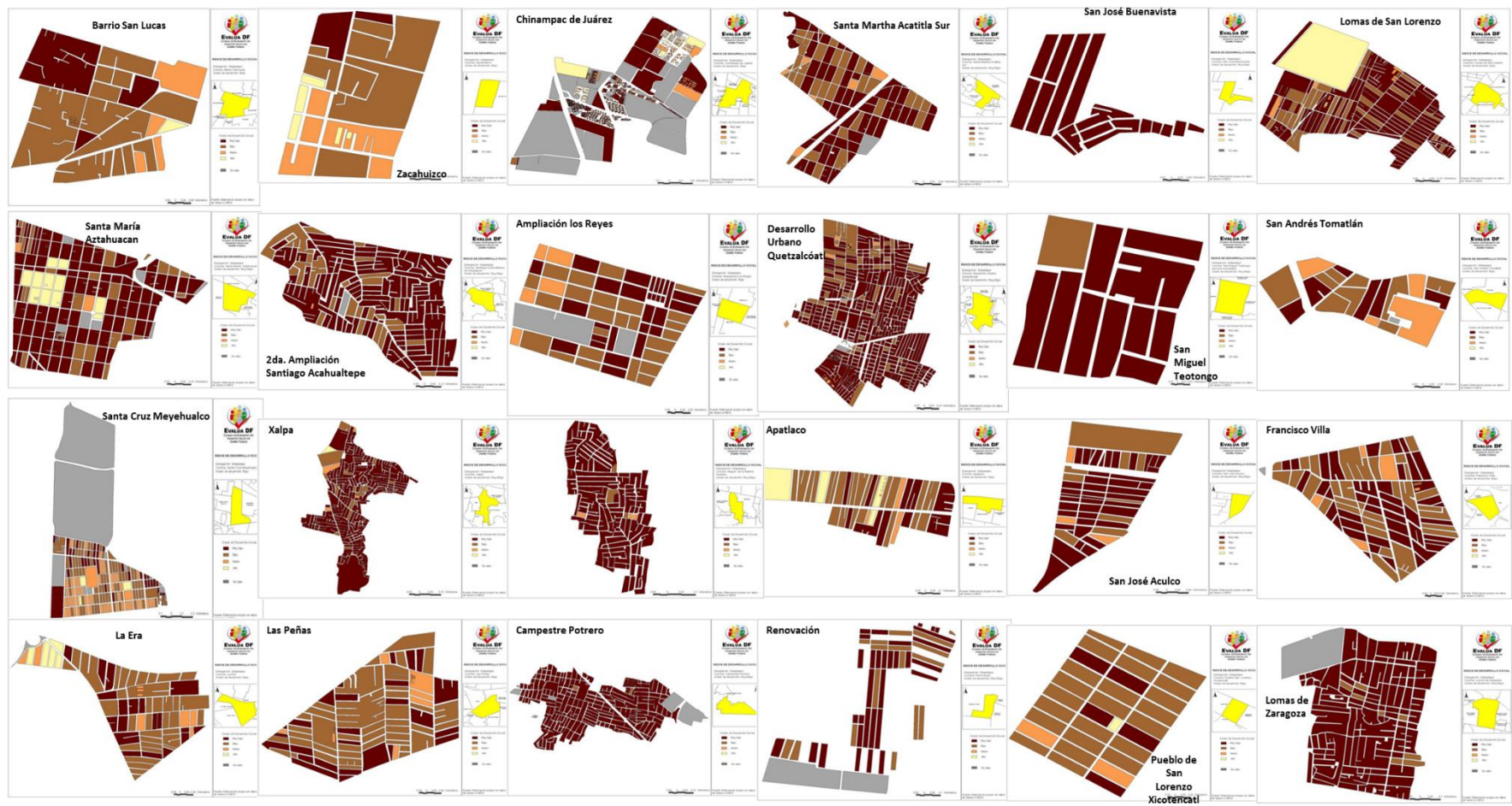
Población de las Colonias de la Delegación Iztapalapa, según Índice de Desarrollo Social



Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal 2011

En los mapas que se presentan a continuación y que fueron elaborados por el Consejo de Evaluación de Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalua D.F.) se muestra el índice de desarrollo social de las colonias de la Delegación Iztapalapa en 2011 y puede apreciarse la gran desigualdad de la zona: la mayoría de las colonias donde se localizan los centros de salud en las unidades territoriales de esa Delegación tienen un desarrollo muy bajo o bajo.

El desarrollo social se visualiza con una gama de colores café: el tono más oscuro indica un desarrollo **muy bajo**; le sigue un café de menor intensidad que señala el **bajo** desarrollo; en contraste existen muy pocas zonas amarillas que aluden a las colonias desarrolladas (**Mapas IDS de Iztapalapa**)





La Delegación Iztapalapa cuenta con 24 centros de salud. Las Fotografías de la serie 1 a la serie 3 muestran los centros del nivel II y III



CENTRO DE SALUD DR. RAFAEL CARRILLO T III



Foto 1

CENTRO DE SALUD DR. GUILLERMO ROMÁN CARRILLO T III



CENTRO DE SALUD DR. FRANCISCO J. BALMIS T III



CENTRO DE SALUD DR. MAXIMILIANO RUÍZ CASTAÑEDA T III



Foto 2

CHINAMPAC DE JUÁREZ T-III



CENTRO DE SALUD QUETZALCÓATL T-II



CENTRO DE SALUD BUENAVISTA T-III



CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL TEOTONGO T-II



Los horarios de operación son heterogéneos, algunos operan sólo dos días a la semana y todos cierran los fines de semana y vacaciones; además cuentan con una unidad estadística, pero la información no está disponible para el ciudadano. Los datos públicos como infraestructura médica, población atendida y otros se considera como información reservada. La mayoría de los centros están en remodelación con dinero que proporcionó el Seguro Popular.

Para la atención del cáncer de mama, sólo dos centros cuentan con mastógrafo: Dr. Guillermo Román Carrillo y Dr. Rafael Carrillo<sup>37</sup>, no obstante que el Centro de Salud Chinampac de Juárez se ubica en un predio cuyo frente tiene aproximadamente 90 m. un fondo de 70 m. en un área de 6,300 m. dispone de ambulancia y tiene espacio para albergar infraestructura más completa.

También el Centro de Salud Ejido los Reyes tiene aproximadamente un área de 1500 m distribuida en 50 m. de frente y 30 m. de fondo. El Centro de Santa María Aztahuacán cuenta con dos pisos; uno con un frente aproximado de 45 m. y otro de 60 m. en un área de 2 200m<sup>2</sup>; con espacio de estacionamiento para 12 cajones.

En tanto el Centro Santiago Acahualtepec de dos pisos, tiene un frente aproximado de 80 m. y un segundo de 50 m. en un área de 4000 m<sup>2</sup>.

A continuación se presentarán cifras y gráficas para identificar algunos elementos que definen las circunstancias y características de la población en la Delegación Iztapalapa y que muestran el contexto al que se enfrentan las mujeres que acuden a los centros de salud:

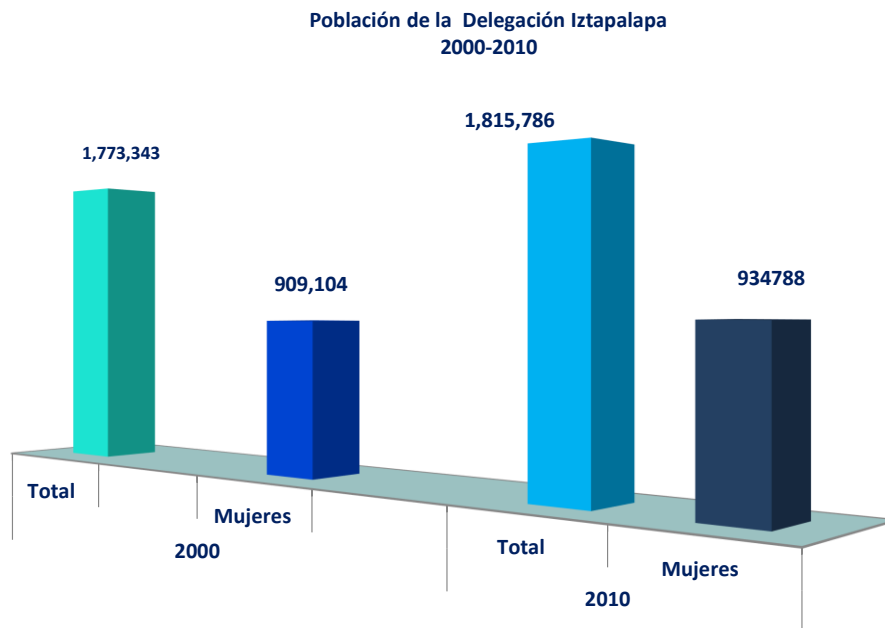
<sup>37</sup> En Los Centros Dr. Guillermo Román Carrillo y Dr. Rafael Carrillo, se hicieron entrevistas introductorias. El Coordinador médico del Centro de Salud Rafael Carrillo es Salvador Vera del Programa de enfermedades crónico degenerativas.

1. La densidad de población de la entidad y algunas características.
2. Los patrones de asimetría con otras delegaciones políticas.
3. Las tendencias de crecimiento en edades en las que existe factibilidad de aumento de cáncer de mama de la mujer.
4. El bajo nivel en materia educativa y promedio de escolaridad.
5. Las condiciones de vivienda y algunos de sus servicios.
6. Las deficiencias en los recursos humanos y materiales del sector salud.
7. La cobertura de servicios médicos, con patrones de aseguramiento asimétricos.

La demarcación tiene una extensión territorial de 113.45 Km.2 colindando al norte con la Delegación Iztacalco y el Estado de México; al este con el Estado de México y la Delegación Tláhuac, al sur con las delegaciones Tláhuac y Xochimilco; al oeste con las delegaciones Coyoacán y Benito Juárez; ocupando el 7.6% de la superficie del Distrito Federal.

En 2010 la Delegación fue considerada la demarcación más poblada de la entidad, con 1 815 786 habitantes, de los cuales el 51.3% son mujeres. La cifra representa un 20.5% en relación a la población que tiene el Distrito Federal y el 20% de las mujeres que tiene la Ciudad (Gráfica 32).

Gráfica 32



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía censos 2000 y 2010 información preliminar

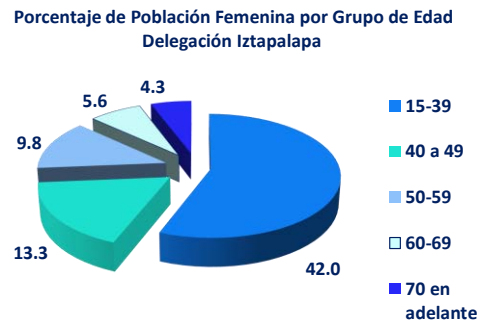
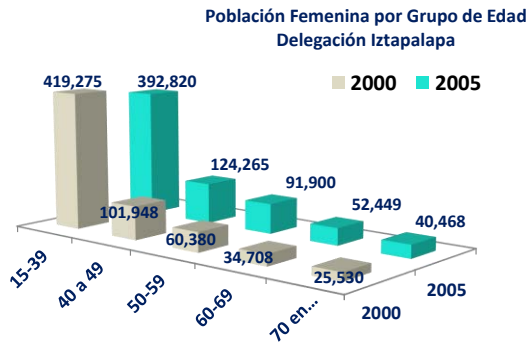
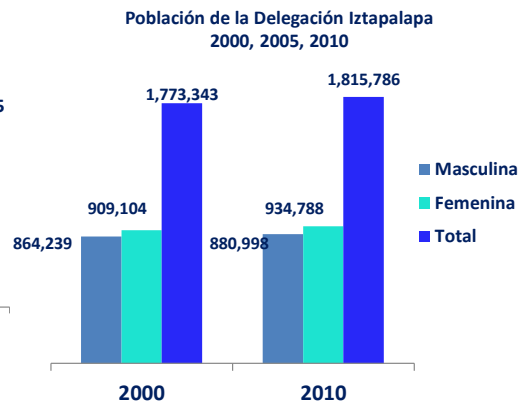
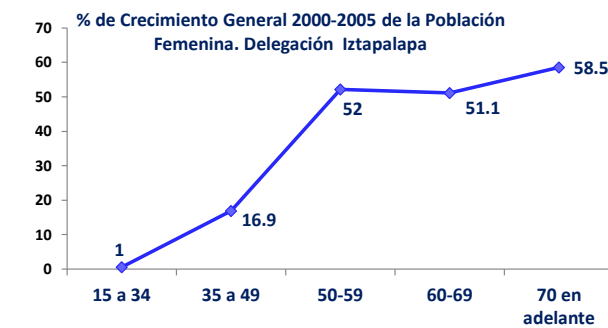


La tasa de crecimiento de la población de la Delegación Iztapalapa en 2010, respecto al año 2000, aumentó 2.4%, (la de la Ciudad en el mismo periodo se incrementó 2.8%, con un aumento absoluto de casi 246 mil personas).

La población femenina por grupo de edad<sup>38</sup> se compone de 42% de mujeres de 15 a 39 años; 13% de 40 a 49 años; 10% de 50 a 59 años; 6% de 60 a 69 y un 4% concierne a mujeres de 70 en adelante.

Los porcentajes de incremento general de algunas de esas edades de los años 2000 y 2005, muestran cifras que merecen atención; el aumento de población en edades de 50 a 59 y 60 a 69 es de alrededor de 34% y de 70 años en adelante 37%. Las mayores tendencias de cáncer de mama en México son más pronunciadas en esas edades (**Gráficas 33**).

Gráfica 33



Fuente: Elaboración propia con datos con datos del Censos de población y Vivienda del 2000 y 2010 de INEGI (las últimas cifras son de 2005)

<sup>38</sup> Se agrupó a la población femenina de acuerdo a criterios pragmáticos de edad reproductiva y componentes de la *tercera* edad. No se consideró la población femenina menor a 15 años.

El promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) de la Delegación Iztapalapa es de 1.5 (por arriba del 1.3 del Distrito Federal); en tanto que el porcentaje de los hijos fallecidos de mujeres de 12 años en adelante es de 6.5 (en la entidad es de 6.2%).

En esa delegación los niños de 3 a 5 años que asiste a la escuela alcanzan el 53.7 %, número menor en relación al resto de las delegaciones y al promedio de la Ciudad (62.2%), con una diferencia de 27.7 puntos con la Delegación Benito Juárez, considerada de mejor escolaridad en ese rango.

La población de 6 a 14 años que asiste a la escuela, aun siendo el 96.6%, es también de las más bajas respecto a las demás delegaciones, aunque es alta respecto a la república. Se menciona que el Distrito Federal tiene indicadores en materia educativa muy favorables a nivel nacional.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del Distrito Federal de 2010, la tasa de analfabetismo de la población de 15 años en adelante en Iztapalapa es de las más altas respecto a las demás delegaciones con un 2.8% por encima de la del Distrito Federal que es de 2.1%; y con excepción de Milpa Alta es el promedio de escolaridad más bajo de la población de esa edad en la Ciudad.

En lo que atañe a las 460 069 viviendas particulares habitadas, se mostró una tasa de crecimiento promedio anual del 2000 al 2010, de 1.2%<sup>39</sup>. Los principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 del Distrito Federal indican que Iztapalapa presenta uno de los más altos números de ocupantes con un rango de 3.9 a 4.1 ocupantes por vivienda. Asimismo, el 99.92% de viviendas disponen de energía eléctrica (superando al Distrito Federal que tiene 99.1%); el 98.9% cuenta con agua entubada (la Ciudad conserva 97.8%).

En Iztapalapa un 29.0% de hogares tuvieron jefatura femenina en 2010, cantidad muy por debajo del promedio del Distrito Federal (31.4%), sin embargo la cifra fue superior en 6.7 puntos respecto al 2000; por otro lado en esa Delegación se tienen más de 45 dependientes por cada 100 personas en edad productiva, número que está por arriba de los que tiene la Ciudad (43.6%)<sup>40</sup>.

En los Talleres de Análisis para el Desarrollo Económico, Social y Urbano en el Distrito Federal, se identificaron cuatro zonas con mayores problemas sociales, económicos y urbanos; una de las cuáles se localiza al Oriente en la Delegación Iztapalapa.

Se concluyó que en esos territorios se necesitaba dar atención prioritaria a las políticas sociales y apoyar iniciativas que promuevan la participación ciudadana e involucrar a los actores locales para participar en los proyectos. Los investigadores del Taller opinan que haciendo explícitos los mecanismos de inclusión social, se facilitará el acceso a la

---

<sup>39</sup> INEGI presenta un total de hogares de 453,752 cifra inferior a las viviendas particulares habitadas 460,691.

<sup>40</sup> No coinciden las cifras de las estadísticas socio - demográficas de Iztapalapa, del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal. Dirección de Estadística. Estadísticas Sociodemográficas por Delegación Política. XII Censo General de Población y Vivienda 2000; II Conteo de Población y Vivienda 2005 (Noviembre 2009); no obstante, ambas fuentes indican el aumento de mujeres que asumen la jefatura del hogar.

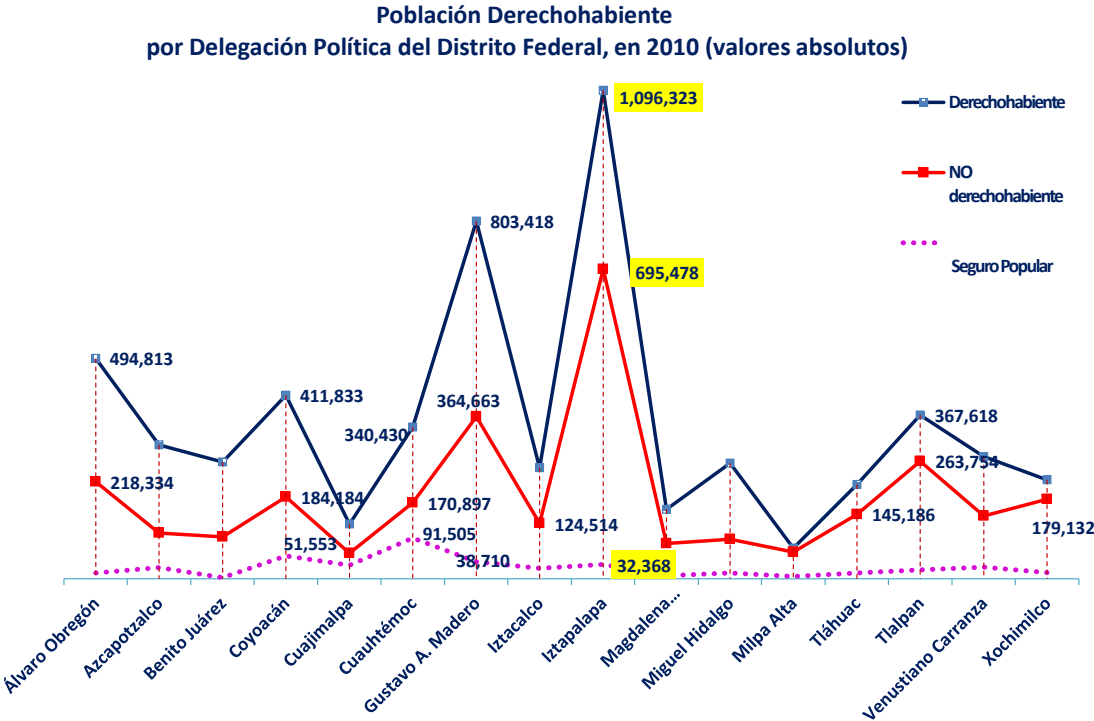


información con calidad y sin asimetrías y se podrá contar con elementos de juicio para participar en la política pública.

En el terreno de la salud Iztapalapa con sus 1 815 786 habitantes tiene un 62% de su población con derechos a servicios de salud (1 096 323 personas); cifra situada debajo del porcentaje que tiene el Distrito Federal (64%). La cifra representa el 19% de los derechohabientes del total de las delegaciones.

También los no derechohabientes (695 478), ocupan el mayor porcentaje (23%), respecto al total delegacional. En Iztapalapa el Seguro Popular sólo cubre el 1.8% de familias, con 32 368 familias aseguradas; en comparación con la Delegación Cuauhtémoc, que tiene la cifras más alta con 91 505 familias que representan el 22% (**Gráficas 34 y 35**).

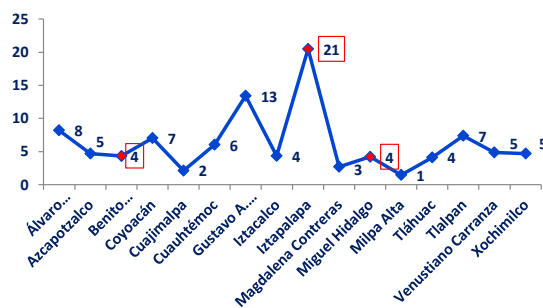
Gráfica 34



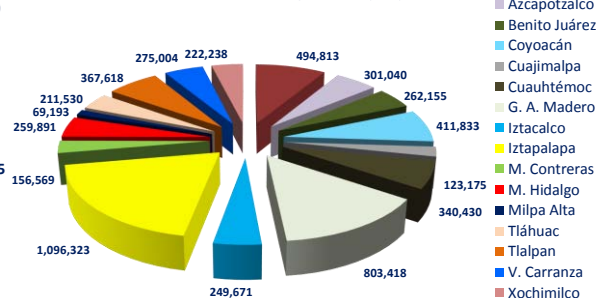
Fuente Instituto Nacional de Estadística y Geografía (censo 2010, información preliminar)

Gráfica 35

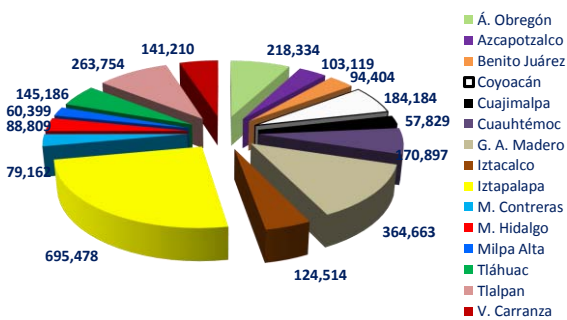
Población del Distrito Federal por Delegaciones Políticas en 2010 (%)



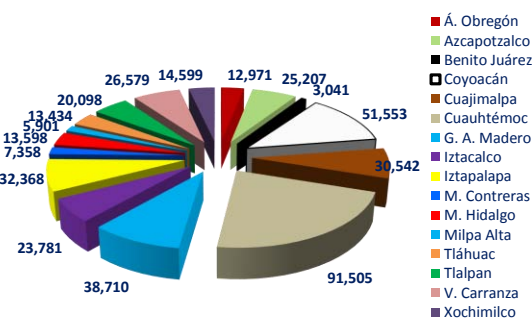
Derechohabientes, Delegación Iztapalapa en 2010



No Derechohabientes, Delegación Iztapalapa en 2010



Seguro Popular, Delegación Iztapalapa en 2010



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la Agenda estadística del D.F. 2010: Sistema de Información en Salud (SIS) y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)

#### 4.1.1. CONDICIONES DE SALUD PARA LAS MUJERES DE LAS CLASES POPULARES

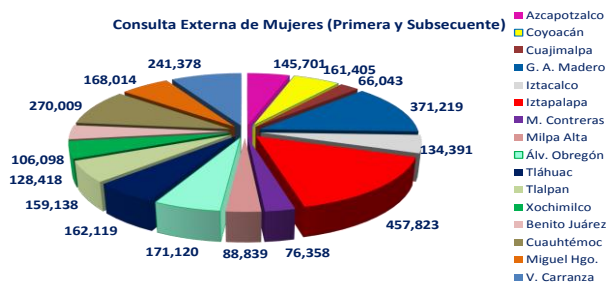
En México, con una población un poco mayor de 120 millones de habitantes, el cáncer de mama es una amenaza para la salud de las mujeres; en mayor medida para aquellas que se encuentran en situación vulnerable por el nivel de pobreza y desigualdad que existe en el país y en las delegaciones políticas de la Ciudad.

La atención del PAICMA se encauza en la perspectiva de género y al empoderamiento de las mujeres favoreciendo el ejercicio de su derecho a la salud a través de la detección oportuna del cáncer y la atención integral. Tienen prioridad las mujeres que no cuentan con seguridad social y viven en unidades territoriales clasificadas como de media, alta y muy alta marginalidad. La idea del Jefe de Gobierno de trabajar por una Ciudad para las Mujeres aspira a realizar acciones que apoyen la construcción de esquemas socioculturales para lograr relaciones equitativas entre mujeres y hombres, sin embargo, básicamente las acciones se orientan a la violencia de género.

Se implementaron en las 16 delegaciones diferentes programas cuyo objetivo es incidir en la transformación de las vidas de las mujeres, ejercer con plenitud sus derechos civiles y ciudadanos e impulsar su liderazgo social y político (6° Informe de Gobierno: 2012).

Las consultas externas por cada 1000 habitantes sin seguridad social en Iztapalapa (758.9) ocupan el último lugar con un 3.5 % en relación con las delegaciones de la Ciudad no obstante que tiene el 21% de la población del Distrito Federal. También destaca la tendencia de la consulta por grupo de edad. Como ejemplo comparativo la Delegación Miguel Hidalgo con sólo 4% de población de la Ciudad tiene el mayor porcentaje de consultas otorgadas a los habitantes sin seguridad social (12.6%) **Gráficas 36.**

Gráfica 36

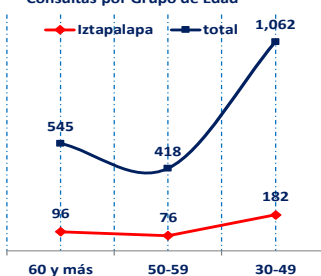


Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística del Distrito federal 2010



Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística del Distrito federal 2010

Consultas por Grupo de Edad



Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística del Distrito federal 2010, Sistema de Información en Salud (SIS) y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)

Respecto a la consulta externa de mujeres por primera vez y en subsecuentes ocasiones en 2010 fue de 457,823 consultas, lo que representó el número más alto (16%), en relación a las demás delegaciones. Venustiano Carranza con una población de 430 978 habitantes, tuvo el 8%.

La Delegación cuenta con el menor número de médicos de la Ciudad por cada 1000 habitantes (0.76%), con una distancia de 0.74 puntos de la cifra promedio de todas las delegaciones y una separación de 4.35 puntos con la Delegación Miguel Hidalgo, que ocupa el primer lugar en médicos (5.11).

En relación al número de enfermeras se tiene el cuarto sitio con 1.18% (el promedio delegacional es de 1.74%). El mayor porcentaje, nuevamente lo tiene Miguel Hidalgo (5.71%).

Tiene el séptimo lugar en camas con 0.37%, número inferior en 0.22 puntos al total de las delegaciones (0.59%). La separan 1.98 puntos de la mejor situada Miguel Hidalgo con 2.35%.

Por lo que atañe a los consultorios ocupa el último puesto con 0.24%; con una diferencia de 0.24 puntos de distancia del total de las delegaciones y 1.1% con la Delegación Miguel Hidalgo que ocupa el primer lugar en ese recurso.

Sin embargo no obstante las limitaciones de recursos humanos y materiales la Delegación Iztapalapa refiere el mayor número de detecciones de cáncer de mama realizadas en la Ciudad con 5 370, cifra que representa el 17% del total de delegaciones; monto superior en 2,646 a las detecciones realizadas en la Miguel Hidalgo, delegación que tienen la mejor infraestructura de servicio (Agenda Estadística del Distrito Federal: 2010).

## **4. 2. CARACTERIZACIÓN DEL PROGRAMA**

El PAICMA tiene como precedente la necesidad de atender una enfermedad que ha ido en aumento en el país. El objetivo del Programa, la población a la que va dirigida, su diseño y operación son los componentes que se analizarán a continuación.

### **4.2.1. ANTECEDENTES**

El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama se ha desplegado en tres fases 1) diseño; 2) los procesos y condiciones de la implementación; 3) la evaluación en relación con las metas y resultados y la vinculación del Programa con el sistema de salud del Gobierno de la Ciudad.

En la primera el Programa estuvo a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como *Detección Oportuna de Cáncer de Mama* a través de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a La Niñez. Paralelamente el Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México (INMUJERES D. F.) operó el Programa *Atención Integral de Cáncer de Mama*, como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica. Ambos tuvieron como cabecera de sector a la Secretaria de Desarrollo Social del Distrito Federal.

En diciembre de 2010 El DIF había realizado más de 295 mil estudios de mastografía<sup>41</sup>. Los estudios se hicieron con ocho unidades móviles equipadas con dos mastógrafos, los cuales eran operados por laboratorios y hospitales certificados, con experiencia en *imagenología*. Los equipos estaban subrogados y sólo estaban a cargo del Instituto de Física de la Universidad Nacional Autónoma de México (INFUMAN), la evaluación y supervisión técnica de los sistemas de mastografía.

El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama entró en su segunda fase, con una orientación a nivel normativo de planificación flexible e integralidad para atender a la población objetivo desde el diagnóstico de prevención, tratamiento, supervisión, evaluación y vigilancia, hasta el control epidemiológico de la enfermedad.

El Programa se reorganizó entre 2011 y 2012 y pasó a depender de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, incluyendo la Red de Mastógrafos y los programas de mastografías que efectúan las delegaciones políticas de la Ciudad.

En marzo se instaló el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa y se aprobaron los lineamientos de operación, el reglamento interno del Comité y los convenios

---

<sup>41</sup> Las cifras de la primera etapa del Sistema de Información del Desarrollo Social del Distrito Federal, no coinciden con las del 6º Informe de Gobierno del Lic. Marcelo Ebrard. Anexo Estadístico P.67

con las instituciones y por acuerdo de la Junta de Gobierno del DIF del D.F. en junio de 2011 se aprobó la transferencia de los bienes y recursos del *Programa Social de Detección Oportuna de Cáncer de Mama* a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Al término del Gobierno de Marcelo Ebrard, no se había cumplido la disposición.

En esta segunda etapa, el Instituto de la Mujeres del Distrito Federal apoyó a la Secretaría de Salud del D.F. para la instrumentación de las acciones de acuerdo a los lineamientos de operación del Programa y capacitó a las mujeres sobre sus derechos y necesidades en temas de género y sobre cáncer de mama.

#### **4.2.2. EL OBJETIVO**

El objetivo del Programa es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad con la detección oportuna de la enfermedad, brindar atención a ciudadanos sin seguridad social, proporcionar información, promocionar las acciones de prevención, hacer acompañamiento psicológico a las enfermas y sus familiares y proporcionar atención médica y rehabilitación integral.

El Programa es parte de los programas sociales de la Ciudad cuyas acciones se afianzan en promover el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de la población como prestación de servicios sociales. Desde el punto de vista legal esos derechos pueden ser exigibles a través de un conjunto de normas y procedimientos en el marco de las diferentes políticas y programas y de acuerdo a la disposición presupuestal con que se cuente (Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal de 2011).

#### **4.2.3. DISEÑO Y OPERACIÓN**

El Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama es pionero dentro de los criterios de universalidad y gratuidad. El Artículo 3 fracción III de la Ley de Salud del Distrito Federal del 2009, especifica que la protección a la salud será gratuita, así como los servicios de atención médica.

En la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal del 20 de Enero de 2011, se eleva la protección a la categoría de derecho de las mujeres, que deberá ser garantizada por las autoridades del Gobierno en todo momento; adicionalmente al acceso a los servicios en forma gratuita, eficiente, oportuna y de calidad (Artículo 12 VI); e incluye a las personas transgénero y transexuales que así lo requieran (Artículo 10).

El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012 incluyó al PAICMA bajo la perspectiva de género como eje transversal, puntualizando que todas las instituciones del Gobierno, estaban obligadas a destinar presupuesto y recursos a la igualdad de género. Posteriormente se consideró que la enfermedad afectaba también a los hombres. En esta etapa, se incorporaron los ejes de la territorialidad, integralidad y transversalidad, a través de las jornadas de mastografías realizadas en las diez y seis delegaciones políticas del Distrito Federal para atender a la población femenina.

#### 4.2.4. POBLACIÓN OBJETIVO

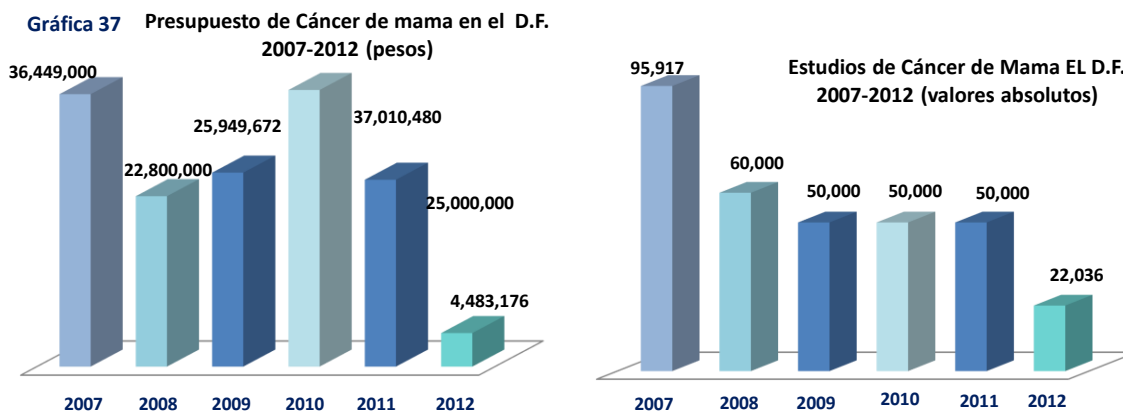
La atención del cáncer de mama en el Distrito Federal es relevante por los índices progresivos del padecimiento en una población femenina que está inmersa en un fenómeno de transformación demográfica, donde se vislumbra un aumento de la mujer en edades factibles para desarrollar la enfermedad.

La población objetivo está definida en la norma para beneficiar a dos grupos de atención; mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo que se realizarán estudios de mastografía cada 2 años y mujeres de 50 años en adelante cuyas mastografías serán anuales.

Continúa en discusión las propuestas de modificación realizadas a la NOM-041 para que se incluya a las mujeres de 40 años en los estudios de mastografías de tamizaje. Para ello hubo reuniones con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y se participó en la sesión de discusión en el Colegio de Bioética con el tema de Modificación a la NOM-041 y los criterios para la detección con mastografía.

En su aspiración de garantizar el cumplimiento de ese objetivo y hacer operativa la ejecución del Programa se ha establecido toda una reglamentación para alcanzar una meta de 50 mil estudios de mastografía para 2010 en las 16 demarcaciones políticas del Distrito Federal. Las cifras no coinciden: se logró un avance de 20,308 estudios; aunque en el padrón de beneficiarias que publicó INMUJERES-DF se muestra una lista cercana a las 60 000 mastografías para ese año (**Gráficas 37 y 38**).

De 2007 a 2011 la Secretaría de Salud, INMUJERES-DF y DIF-DF, realizaron en forma conjunta, un total de 664 314 mastografías, con lo que se rebasó la meta del plan original de 300 mil mastografías (Ebrard: 2011) y en el periodo del 2007 al 2012 se detectaron 781 278 ca:

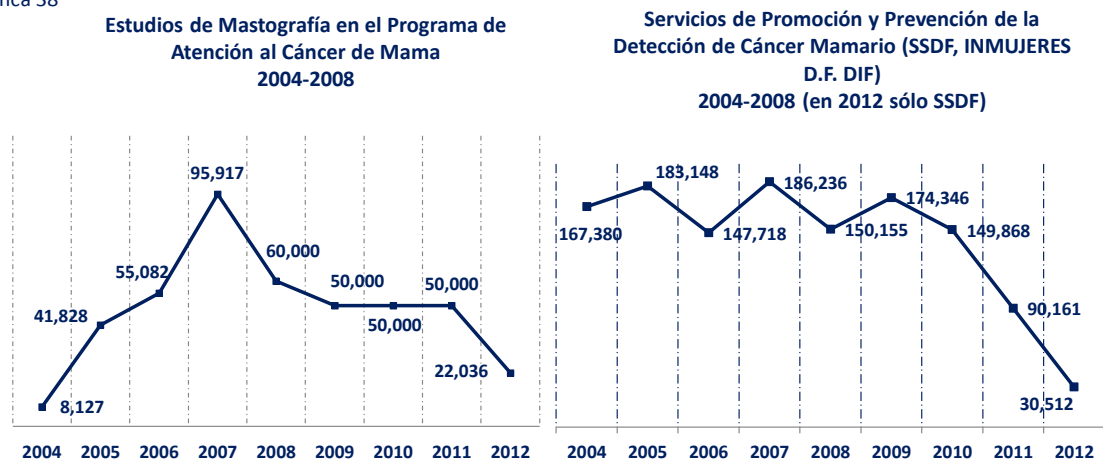


ESTUDIOS Y PRESUPUESTO DE CÁNCER DE MAMA EN EL D.F.

Año	Estudios	%	Presupuesto	%	Costo unitario
2007	95,917	29	36,449,000	0	380
2008	60,000	18	22,800,000	20	380
2009	50,000	15	25,949,672	23	519
2010	50,000	15	37,010,480	32	740
2011	50,000	15	25,000,000	22	500
2012	22,036	7	4,483,176	4	203
<b>TOTAL</b>	<b>327,953</b>	<b>100</b>	<b>115,279,777</b>	<b>100</b>	<b>352</b>

Fuente: Elaboración propia, con datos del 6° Informe de Gobierno de Marcelo Ebrard. Anexo Estadístico, Pp.79 y 101. Con cifras del Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Finanzas, Subsecretaría de Planeación Financiera, Instituto de las Mujeres, Secretaría de Salud 2012

Gráfica 38



Año	Estudios	Detección
2004	8,127	167,380
2005	41,828	183,148
2006	55,082	147,718
2007	95,917	186,236
2008	60,000	150,155
2009	50,000	174,346
2010	50,000	149,868
2011	50,000	90,161
2012	22,036	30,512
	432,990	1,279,524

Fuente: Elaboración propia , con datos del 6° Informe de Gobierno de Marcelo Ebrad. Anexo Estadístico, Pp.79 y 101. Con cifras del Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Finanzas, Subsecretaría de Planeación Financiera, Instituto de las Mujeres, Secretaría de Salud 2012

En las gráficas se observa la variabilidad de cifras; los estudios de cáncer de mama en relación al presupuesto no se conducen por una tendencia lógica; no se explican las fluctuaciones de las cifras de los costos unitarios entre estudios realizados y presupuesto de 2009 a 2011. Una explicación podría ser el incremento del costo de los estudios y la ausencia de un diagnóstico de las necesidades de la población objetivo del Programa.

#### 4.2.5. LA ENFERMEDAD (CÁNCER DE MAMA)

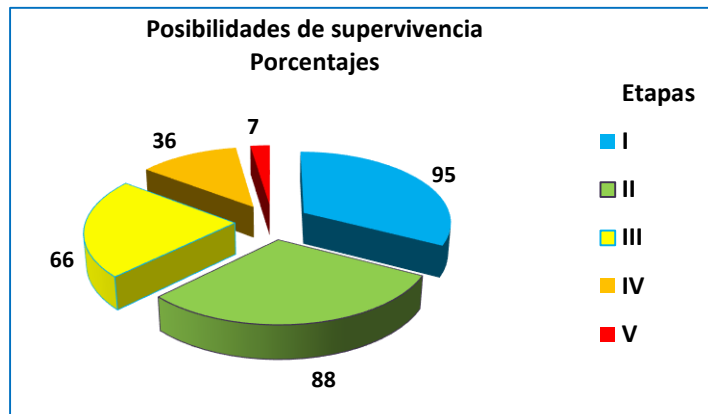
El cáncer es un crecimiento anormal y desordenado de las células en los tejidos de las glándulas mamarias la mayoría de las veces asintomático en su etapa inicial. A la fecha se desconoce las causas de la alteración, aunque se han detectado factores de riesgos asociados.

La sintomatología se manifiesta por bultos bajo la piel o en las axilas (con malestar o sin dolor); pecho inflamado; pezones hundidos, dolorosos, con producción de líquidos; piel irritada, enrojecida, tensa o de un color diferente. La enfermedad se desarrolla en cinco etapas y se considera la detección temprana la de menor gravedad. En esta primera fase en caso de duda es importante la comprobación para establecer el diagnóstico adecuado. Los estudios indicados para diagnosticar la enfermedad son: ultrasonido, mastografía y biopsia. La gravedad aumenta conforme la ampliación de las etapas.

El tumor del cáncer de mama tiene dos tipologías: tumores malignos y benignos. Según datos del Instituto de Cancerología cuatro de cada cinco tumores son benignos; las lesiones benévolas comienzan a aparecer después de la adolescencia y son más frecuentes entre los

treinta y cuarenta años de edad. En contraste las lesiones malignas se presentan con mayor asiduidad a partir de los cuarenta años y continúan aumentando después de la menopausia.

La importancia de la detección temprana de la enfermedad y de la medicina preventiva se relaciona con las probabilidades de curación, supervivencia o muerte. Se trata de un padecimiento que avanza con celeridad y mientras más rápido se descubran y traten sus manifestaciones, aumentan las probabilidades de curación. La detección temprana mediante mastografía es limitada; sólo el 10% de casos se identifican en la primera etapa. El 90% restante se reconocen en las etapas III y IV lo que aumenta el costo del tratamiento y la incertidumbre de las enfermas y sus familias<sup>42</sup>.



No hay suficiente documentación sobre las consecuencias y los factores asociados a la atención tardía (Unger: 2011), pero las investigaciones indican que una vez identificado el problema el retraso en la atención aumenta mensualmente las posibilidades de muerte. La Fundación Mexicana para la Salud de México, D. F. registra que se ha reconocido que sin considerar que hay signos de la enfermedad desde el año 2006, sólo alrededor del 22% de las mujeres de 40 a 69 años se ha sometido a una mamografía.

El Seminario del Colegio de México Miradas Multidisciplinarias sobre el Cáncer de Mama en México; el Programa Cáncer de Mama: Tómatelo a Pecho y el Observatorio de la Salud del Instituto Carso de la Salud y Fundación Mexicana para la Salud, México DF, coinciden en que el cáncer de mama es la segunda causa de discapacidad y muerte entre las mujeres mexicanas adultas de 30 a 54 años de edad. La edad promedio en la que se diagnostica la enfermedad es a los 58.2 años.

En 2010, murieron 5,113 mujeres en México, debido a que aproximadamente seis de cada 10 mexicanas que solicitan atención lo hacen cuando el padecimiento está avanzado (Secretaría de Salud, SSA). La Secretaría de Salud registra alrededor de 13 muertes diarias por esta enfermedad; cada 2 horas muere una mexicana. Los estados que concentran las mayores tasas por cáncer de mama son los de la frontera norte y aquellos con mayores niveles de urbanización<sup>43</sup>. Las defunciones por cáncer en el Distrito Federal del 2000 al 2008 indican el aumento del de mama y la disminución del cérvico uterino. Clara Jusidman, Secretaria de Desarrollo Social en el gobierno de López Obrador, inició ese Programa de Cáncer Cérvico

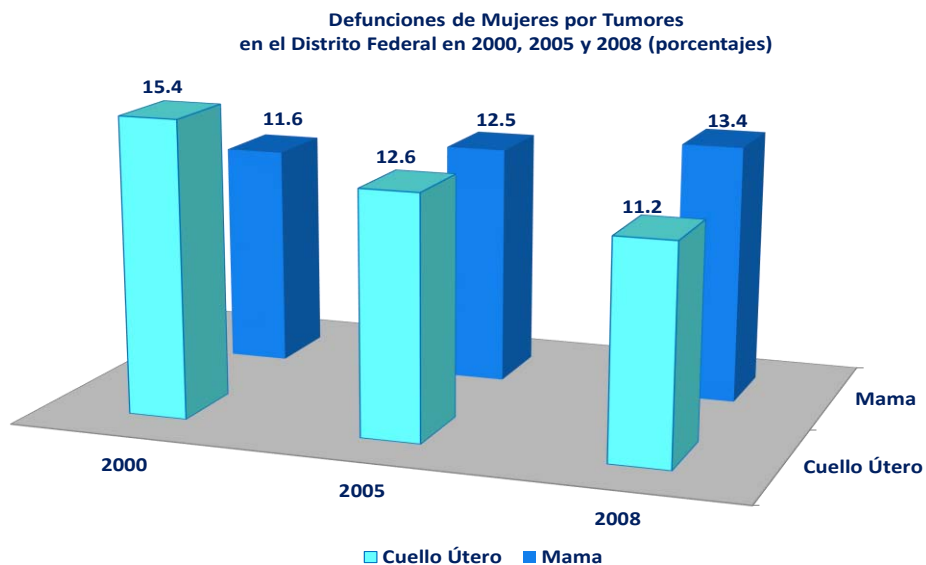
<sup>42</sup> Seminario Miradas Multidisciplinarias sobre el Cáncer de Mama en México noviembre 2011 Colegio de México

<sup>43</sup> <http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/programas/>; diciembre de 2011.



Uterino cuando la enfermedad iba en aumento y la situación era similar a la que hoy enfrenta el cáncer de mama (**Gráfica 39**).

Gráfica 39



Fuente: Elaboración propia con datos de la Red Ángel tomados de INEGI, Estadísticas Vitales 1998-2008

El Instituto Nacional de Cancerología refiere que se ha demostrado que una de cada 10 mujeres podría presentar cáncer de mama en algún momento de su vida, siendo más frecuente en edades comprendidas entre los 40 y 65 años, 95% de los casos pueden ser curados, siempre que la enfermedad sea detectada en estadios tempranos (Periódico La Jornada 13-10-11).

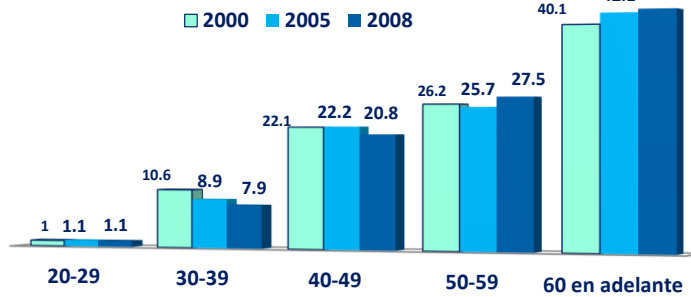
Las cifras sobre la tasa de mortalidad de cáncer de mama por grupo de edad muestran que se ha tenido una mayor tendencia al crecimiento en las mujeres de 50 años en adelante **Gráficas 40 y 41**.

También se advierten el crecimiento en las tasa de mortalidad tanto en la República como en el Distrito Federal, aunque siempre es menor en la Ciudad.

En el periodo 2006-2008 la mortalidad por cáncer de mama por grupo de edad indican un constante crecimiento de la enfermedad invasiva; las tasas se incrementan en los tres años en los que se hace la comparación: 2000, 2005 y 2010.

Gráficas 40

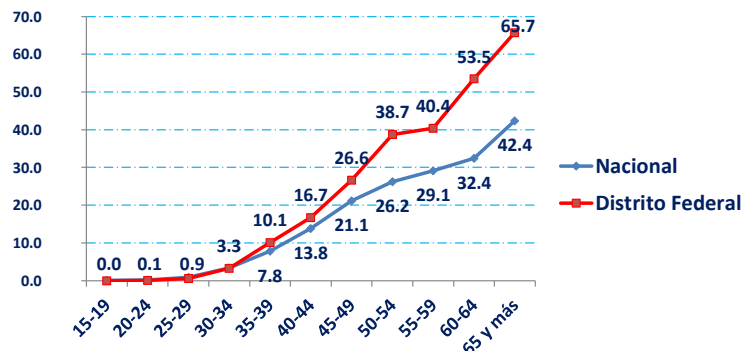
### Defunciones por Tumores malignos de Mama por Grupo de Edad en el Distrito Federal en porcentajes



Fuente: Elaboración propia con datos de la Red Ángel tomados de INEGI, Estadísticas Vitales 1998-2008

Gráficas 41

### Tasa de Mortalidad de Cáncer de Mama, según Grupo de Edad 1995-1997



Tasa por 100 000 mujeres.

Fuente: Elaboración propia con datos estimados por el Consejo Nacional de Población a partir de las bases de defunciones (proyecciones 2010-2050)

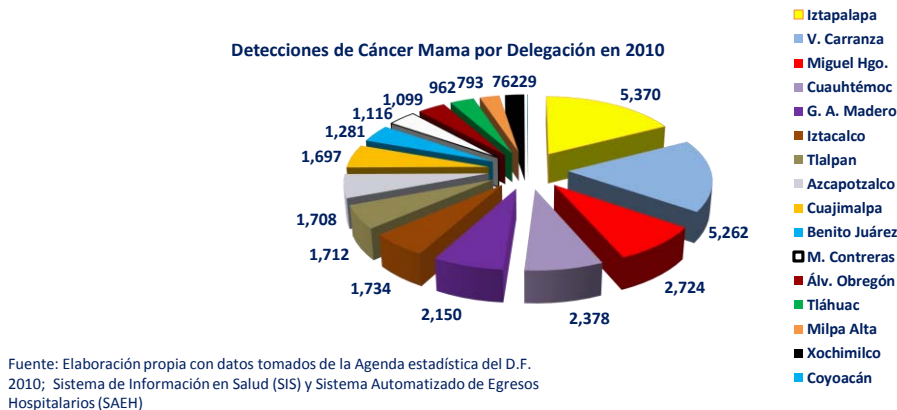
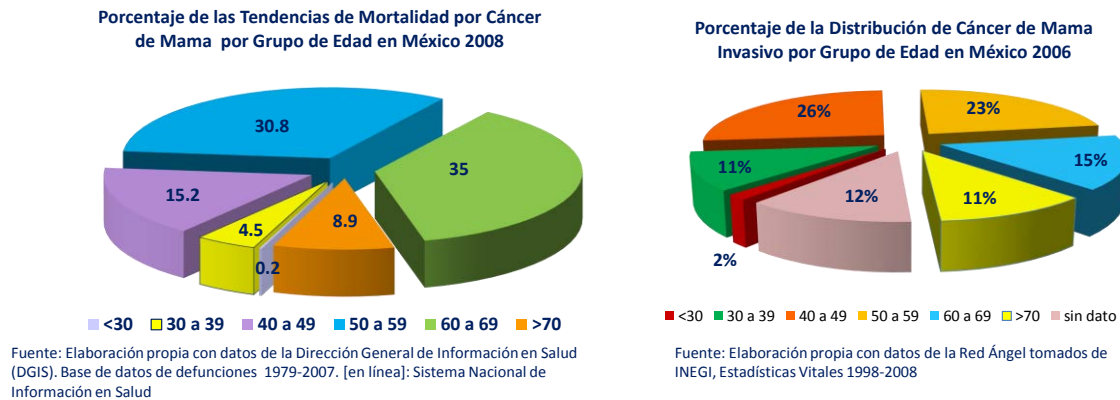
La importancia del primer nivel de atención se refleja en las siguientes cifras: del total de enfermedades detectadas en instalaciones sanitarias del Distrito Federal en 2010, el cáncer de mama figuró con el 3%, en 30, 777 casos detectados y de estos un 3% se descubrió en el servicio de primer nivel de atención.

Asimismo, el 91% de la detección del total de enfermedades también se realizó en el primer nivel de atención (cáncer cérvico uterino, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, y otras).

En la siguiente página se puede ver otras asimetrías territoriales: las Delegaciones Iztapalapa y Venustiano Carranza, tuvieron los mayores porcentajes de detección de cáncer de mama (17% ambas).

Le siguen Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Tlalpan, Azcapotzalco y Cuajimalpa, con porcentajes que van de 6% a 9%; en menor proporción estuvieron Benito Juárez, Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Tláhuac y Milpa Alta (de 3% a 4%), Xochimilco con 2% y ninguna detección en Coyoacán (**Gráfica 42**).

Gráfica 42



Por otro lado existen obstáculos para afrontar la enfermedad y el más importante es la visión que se tiene de la neoplastia como problema individual y público. Influyen las interpretaciones erróneas de la población y el nivel de conocimiento, información, cultura, conciencia para la detección temprana y aceptación del tratamiento

### 4.3. LOS RECURSOS DEL PROGRAMA

La operación del PAICMA se sustenta fundamentalmente en dos recursos: los financieros para atender la enfermedad en forma integral y en la información que permite a la población contar con elementos para elegir y decidir sobre diferentes alternativas de atención y participación.

#### 4.3.1. LA INFORMACIÓN

Los programas de todas las dependencias relacionadas con el cáncer de mama, están integrados a tres bases de datos: al Programa Federal; al Sistema de Información del Cáncer de la Mujer, SICAM cuyo acceso tiene derechos reservados; y a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La divulgación del PAICMA se hace mediante la publicación semanal del calendario ambulatorio en la página de internet ([www.inmujeres.df.gob.mx](http://www.inmujeres.df.gob.mx)); por medio de Locatel; distribución de volantes y carteles en la zona circundante a la sede donde se van a realizar las

jornadas. Si se solicitan servicios adicionales las áreas demandantes realizan su propia difusión.

INMUJERES, D.F. instrumentó el seguimiento por teléfono o con visitas domiciliarias para dar continuidad a las mujeres que se realizaron estudios en años anteriores. En la nueva administración del Gobierno de la Ciudad al frente de Miguel Ángel Mancera al mes de marzo de 2013, se había dejado de hacer el seguimiento telefónico que anteriormente hacía INMUJERES, D.F. El nuevo esquema de información todavía no se ha definido: recursos, organización, listados de llamadas telefónicas, detección de personas de riesgo que carezcan de acceso a Internet, procedimiento para la información, propaganda y el uso de redes ciudadanas.

La base de datos general tampoco está actualizada y existen diferentes versiones de un mismo concepto. Los centros de salud tienen diferentes versiones según la fuente (número, direcciones, teléfonos). La red hospitalaria del Gobierno de la Ciudad del sistema de información en salud señala 12 centros de salud en la Delegación Iztapalapa; INFOGEN determina 20 y el Directorio de Centros de Salud del Distrito Federal tiene 22.

Como antes se mencionó, la información institucional pública<sup>44</sup> no permite fácilmente la evaluación de la participación ciudadana. En los centros de salud no se lleva un registro homogéneo de datos sobre el Programa; en algunos la información es manual, en otros ya cuentan con computadora, pero en la mayoría no se ha capacitado al personal para el uso de esta tecnología.

El Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal realizó dos evaluaciones a los portales de transparencia de la administración central y paraestatal del Gobierno del Distrito Federal; una con carácter vinculatorio y otra con carácter diagnóstico.

La primera evaluación tuvo un alto porcentaje de cumplimiento en promedio (92 puntos); la segunda evaluación ya con las nuevas reformas a la Ley de Transparencia se encontró áreas de oportunidad que deben ser atendidas (Informe de Gobierno: 2012).

También se instaló la Mesa de Diálogo por la Transparencia con las organizaciones de la sociedad civil, como instrumento de promoción, aplicación y fomento de nuevas y mejores prácticas de transparencia, para los programas sociales.

Con la participación del Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales se coordinaron 36 unidades de la administración, más de 100 servidores públicos y 34 organizaciones de la sociedad civil.

Se realizaron cuatro sesiones plenarios de la Mesa de Diálogo por la Transparencia, en los que no se trató ningún tema de participación ciudadana relacionado con la salud. Se estima que en octubre de 2012, se realice la Mesa de Salud. En la Ventanilla se publicará la información de 115 entes obligados, de los tres órganos de gobierno y los partidos políticos.

---

<sup>44</sup> En el capítulo 2 el tema se trató con mayor amplitud.

La información relevante dentro de la política de salud desde la perspectiva global del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama se relaciona con los datos para su diseño: el número de población femenina por colonia según su edad y condición de salud; el costo de las acciones del Programa, los parámetros de evaluación y el más importante el impacto en la reducción del cáncer.

### **4.3.2. LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**

Respecto a la infraestructura, además de los centros de salud, el Programa tiene equipo para realizar estudios de mastografía en unidades móviles y clínicas con servicios subrogados<sup>45</sup>.

En el 5° y 6° Informe de Gobierno del Distrito Federal se menciona que a finales de 2008 se instaló una Red de mastógrafos para realizar la detección oportuna de cáncer de mama en los servicios de salud pública del D. F. de las 16 jurisdicciones sanitarias<sup>46</sup>. Se cuenta además con un Centro de Diagnóstico Radiológico con transmisión de imágenes digitales vía internet y se dispone de ultrasonido para el diagnóstico y una mesa de esterotaxia para la toma de biopsias, atendidos por médicos especialistas en radiología. La detección también se realiza en dos *Medibuses*<sup>47</sup> y en 4 hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Dr. Belisario Domínguez, General Milpa Alta, General Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán).

Existen 214 Centros de Salud, como parte del sistema horizontal de atención primaria en la comunidad, pero no todos los centros tienen la misma oferta de servicios; sólo 104 tienen infraestructura para hacer un diagnóstico. A nivel documental, se consultó la red de hospitales y centros de salud de Iztapalapa, y la red de mastógrafos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (**El Anexo 4**).

En los servicios que ofrece el gobierno, actúan como obstáculos para una oferta eficiente la articulación de proyectos, programas y políticas públicas, la cobertura, el acceso a los servicios de salud y la limitación de recursos públicos.

Respecto al control de calidad la certeza de un diagnóstico adecuado gravita en el funcionamiento del equipo y en la calificación del personal técnico; particularmente la calidad es un factor fundamental en la detección temprana del cáncer mamario. Los mastógrafos desde su fabricación se diseñan para uso rudo<sup>48</sup>; sin embargo la certeza de un diagnóstico correcto, se relaciona con elementos que alteran la calidad de la imagen: la colocación y compresión del seno; la exposición; el contraste; la resolución espacial; los artefactos que interceden en la imagen; el marcaje; el polvo que daña las pantallas; la

---

<sup>45</sup> Actualmente, los mastógrafos subrogados, pasaron a la Secretaría de Salud del D. F. de acuerdo a la recomendación de EVALUA D.F.

<sup>46</sup> En ambos informes se ofrece la misma cifra.

<sup>47</sup> Al final de la administración de Marcelo Ebrard ya se contaba con 8 medibuses. La falta de control en la licitación de las nuevas unidades en algunos casos derivó en problemas en la calidad de los instrumentos. La calibración del mastógrafo.

<sup>48</sup> El Posgrado de Ciencias Físicas de La Universidad Nacional Autónoma de México, capacita al personal que se encargará de dar mantenimiento a los mastógrafos (el equipo está formado por 2 profesores y los estudiantes del posgrado). Cesar Ruíz Trejo de la UNAM, en el Seminario *Miradas Multidisciplinarias sobre Cáncer de Mama en México* del Colegio de México en Noviembre 2011 mencionó que se tienen pláticas con el Gobierno del Distrito Federal para resolver el importante problema de calidad que se ha detectado en los mastógrafos.

cuantificación del oscurecimiento de la película; la falta de experiencia y capacitación de los técnicos y; el incumplimiento de las normas oficiales.

Todo el sistema de equipos y procedimientos requiere condiciones óptimas para lograr la calidad diagnóstica y una imagen definida, ya que el espectro de Rayos X (intensidad de los Rayos) y el afecto focal (muy pequeño), son diferentes al de otras radiografías.

Para el buen funcionamiento de los equipos se realizan pruebas convencionales, las cuales según los resultados se registran con diferentes calificaciones: desde aceptable, parcialmente aceptable, hasta inaceptable.

También la ejecución de mastografías demanda la elaboración de protocolos y preparación técnica. Las imágenes definidas precisan de un alto grado de contraste y resolución de los mastógrafos con la mínima radiación posible. Se necesita saber colocar a la paciente en posiciones específicas, para ejercer una firme presión sobre la mama, con el propósito de separar los tejidos y posibilitar la mejor visualización y la menor dispersión de los Rayos X, que puede provocar los movimientos involuntarios, lo que redundaría en falta de nitidez y disminución de las variaciones de la densidad de la mama. Actualmente hay un debate sobre el riesgo radiológico, asociado con la reproducción celular de la tecnología en uso, por lo que el PAICMA, incluye para detección oportuna, sólo a mujeres de 40 años en adelante.

La iniciativa privada y las universidades públicas, han realizado investigaciones de cáncer de mama con nuevas opciones terapéuticas, pero hasta hoy son inaplicables en las instituciones de salud pública del país por su elevado costo, lo que representa un reto para los gobiernos mexicanos y para su asignación presupuestaria en la protección del sistema de salud.

El Gobierno de la Ciudad está trabajando en 17 nuevos métodos para la detección y tratamiento del cáncer de mama con tecnologías avanzadas: un dispositivo no invasivo capaz de detectar calcificaciones o tumores mediante pulsos de luz; el sensor fototérmico que registra cambios de temperatura emitidos por el tejido mamario tumoral; un dispositivo que asistirá la navegación quirúrgica de forma computarizada; el sistema anti vibratorio con resortes de nueva generación para calibrar los mastógrafos móviles; y tecnología basada en la terapia fotodinámica (Sexto Informe de Gobierno: 2012).

Marcelo Ebrard menciona que para cubrir la enfermedad, se cuenta con una reserva sin límites de anualidad presupuestal, que define la Secretaría de Salud Federal, para enfermedades costosas y/o complejas, dentro de las cuales está el cáncer de mama y se garantiza la atención en 2º nivel para los beneficiarios del Seguro Popular (Sexto Informe de Gobierno, 2012: 110).

En 2007 se incorporó al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro popular, FPCGC el tratamiento del cáncer de mama, el servicio de diagnóstico y los medicamentos. El Fondo garantiza a las personas diagnosticadas con cáncer de mama, el derecho de recibir atención médica integral con fondos públicos al margen de su situación de ingreso y empleo.

### 4.3.3. LOS RECURSOS FINANCIEROS

En materia financiera, la Secretaría de Finanzas del Distrito Federal, elabora el presupuesto para la operación del Programa tomando en cuenta a la Secretaría de Salud y a las Jefaturas delegacionales como parte del proyecto de egresos que el Jefe de Gobierno envía a la Asamblea Legislativa para su discusión y aprobación. El presupuesto se sectoriza a la Secretaría de Salud con la aprobación del Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa, en el entendido de que no se podrá realizar reasignaciones de gasto.

Los proyectos específicos de las delegaciones teóricamente deberán indicar las acciones para implementar el Programa y la información que justifique los recursos solicitados. Asimismo se apoyarán en indicadores para medir el impacto del gasto.

El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal auxiliará a la Secretaría de Salud para juntar los recursos que provengan de cualquier otro programa, fondo federal, del sector privado o de organismos internacionales.

En 2010 entró en vigor la Ley de Presupuesto y Gasto Eficiente, en la cual se incorporan por primera vez en el Distrito Federal los conceptos sobre presupuesto basado en resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño. Ese modelo de gestión privilegia el resultado en la aplicación de los recursos públicos a través de la evaluación de los beneficios recibidos por los ciudadanos. Se establece vinculación entre la aplicación del presupuesto y la evaluación de los resultados con base en indicadores de desempeño de las acciones y programas de gobierno<sup>49</sup>.

En el 6° informe de Gobierno se especifica que el Gobierno de la Ciudad firmó un convenio en 2009 con el Banco Interamericano de Desarrollo, para estructurar la nueva metodología, mediante cooperación técnica no reembolsable (no se usan recursos del gobierno sino de donación) que permite al Distrito Federal financiar la contratación de servicios de consultoría para la implementación del presupuesto basado en resultados.

En las reglas de Operación de los Programas Sociales del Gobierno del Distrito Federal se menciona que el presupuesto para el PAICMA estará definido por los Convenios de colaboración con los prestadores de servicios (subrogación). Asimismo el Presupuesto Ejercido de acuerdo con la autorización del Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa asciende a \$4 070 000 (Sexto Informe de Gobierno. 2012).

Cabe mencionar que el presupuesto participativo mediante el cual los ciudadanos del Distrito Federal pueden decidir sobre obras y acciones para sus colonias (3% de la asignación total), no se ha aplicado al campo de la salud<sup>50</sup>.

El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012 (Subsecretaría de Egresos, Secretaría de Finanzas) distribuye el presupuesto total de egresos de la Ciudad para 2012 (138,043.1 mdp) a través de siete ejes estratégicos:

---

<sup>49</sup> Hasta el 31 de marzo de 2013 no se habían construido los indicadores de desempeño y cifras sobre el impacto del Programa en el cáncer de mama de las mujeres de la Ciudad.

<sup>50</sup> En 2012 este monto ascendía a 704.3 mdp.

Reforma Política: 1) Derechos Plenos a la Ciudad y sus Habitantes; 2) Equidad; Seguridad y Justicia Expedita; 3) Economía Competitiva e Incluyente; 4) Intenso Movimiento Cultural; 5) Desarrollo Sustentable y de Largo Plazo y; 6) Nuevo Orden Urbano: Servicios Eficientes y Calidad de Vida para Todos.

#### **4.4. MARCO LEGAL DEL PROGRAMA**

La atención integral del cáncer de mama está normado y tiene relación con la Ley General de Salud, las del Distrito Federal de: Salud, de Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos, las Normas Oficiales Mexicanas, los lineamientos que emiten organismos internacionales y los demás instrumentos jurídicos aplicables.

También está regulado el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad; sin embargo actualmente todavía no se garantizan los recursos ni la aplicación instrumental que hagan operativas las normas y la cobertura no resguarda a la población objetivo.

##### **4.4.1. LA LEY PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA EN EL DISTRITO FEDERAL**

La base legal primaria para atender la enfermedad e incluir la participación ciudadana en el Programa, está determinada por leyes generales de Salud, Planeación de Desarrollo Social y la Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal<sup>51</sup>.

Para garantizar el control de calidad de los servicios relacionados con la prevención, diagnóstico, atención y tratamiento del cáncer de mama, la Secretaría de Salud, a través de la Agencia de Protección Sanitaria, ha dispuesto de medidas y acciones para que se cumplan las disposiciones jurídicas y unificar la prestación de los servicios.

La autoridad máxima para estructurar la operación del Programa (PAICMA) de acuerdo a Ley para la Atención Integral, Artículos 45 y 46, es El Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal que se integra por la Secretaría de Salud (SSDF); el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal; de Desarrollo Social; de Finanzas; la Oficialía Mayor de la Jefatura del Gobierno del Distrito Federal; y las Jefaturas Delegacionales<sup>52</sup>; y cuatro invitados permanentes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federales.

El Instituto de las Mujeres, opera como Secretaría Ejecutiva del Comité para mejorar las acciones con la obligación de presentar informes detallados. El Instituto colaborará en las acciones con la SSDF, aplicando una perspectiva de género y orientación de derecho a la atención integral, garantía del acceso a los servicios y confidencialidad. También tiene a su cargo la capacitación y actualización del personal (Artículos 43 y 44).

Los instrumentos y coordinación de las acciones para la prestación de los servicios quedan a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que atenderá el Programa, protocolos,

---

<sup>51</sup> Se trataron en el capítulo IV.

<sup>52</sup> No se mencionan los centros de salud.



jornadas de mastografías, sistema de información, base de datos de las mastografías, capacitación y actualización de personal, presupuesto y el diseño del Programa.

Se incluye a hombres y mujeres en las actividades de mastografía en unidades móviles y clínicas, seguimiento y entrega de resultados, jornadas de salud, pláticas sobre detección oportuna, llamadas telefónicas para los resultados no concluyentes o sospechosos de la enfermedad, visitas domiciliarias, acompañamiento psicológico individual y campañas de información.

Se especifica los lineamientos para el acceso y atención que se deben cumplir en las actividades de prevención, consejería, detección, tratamiento y rehabilitación integral (Artículos 14 al 31). Los aspectos sobre la infraestructura, equipo e insumos se tratan en los Artículos 39 al 42 y las acciones se orientan a la promoción; prevención, detección; diagnóstico; tratamiento; rehabilitación integral de la enfermedad y consejería (para el enfermo y los familiares, bajo los principios de respeto, voluntariedad, imparcialidad y absoluta confidencialidad de la consejería).

El presupuesto (Artículos 36 al 38) es aprobado por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, sectorizado a la Secretaría de Salud, incluyendo los presupuestos delegacionales; todos los proyectos presupuestales teóricamente se tienen que justificar con indicadores.

#### **4.4.2. LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA.**

En enero de 2010 se publicaron en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, las Reglas de Operación del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

En marzo se instaló el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa y fueron aprobados, los Lineamientos de Operación, el Reglamento Interno del Comité y los convenios celebrados con instituciones, que constituyen el marco para el cumplimiento del Programa, tal como lo indican las propias reglas.

En la normativa se definen: el objetivo del Programa, los requisitos, horario y lugar de inscripción de las pacientes, causas de baja, los procedimientos para la realización de mastografías incluyendo la entrega de resultados; y la forma de presentación de quejas o aclaraciones.

Dentro de los objetivos y alcances para incidir en las tasas de morbilidad y mortalidad de la enfermedad la participación ciudadana se dirige exclusivamente a brindar acompañamiento psicológico. Asimismo los procedimientos para instrumentar el Programa en las unidades móviles y en las clínicas no especifica el tipo de coordinación. Esta omisión afecta la organización de las jornadas de mastografía por la falta de un mínimo orden para la instrumentación, coordinación y logística; específicamente se necesita ordenar la coordinación interinstitucional con organizaciones sociales y civiles y la información sobre los lineamientos, requerimientos y calendarización de las jornadas.

En las Reglas de Operación, se advierte, una mayor definición de las acciones, referidas a las unidades móviles en comparación con las dirigidas a las clínicas, pero falta la referencia a las acciones para los centros de salud, como parte del sistema de atención temprana y prevención y precisión de acciones y mecanismos de exigibilidad del derecho de la ciudadanía para conocer el funcionamiento del Programa y acceder al mismo; no se definen acciones para participar en su diseño y operación.

#### **4.4.3. LOS LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA DEL DISTRITO FEDERAL**

La Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal en el Artículo 33 hace referencia a la necesidad de definir lineamientos o mecanismos de operación para los programas sociales determinados en las leyes de la Ciudad. En la reforma que se hizo a la misma Ley en su Artículo 34, se introdujo el concepto de Reglas de Operación.

En cumplimiento del Acuerdo del Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, se emitieron los lineamientos de operación el 3 de enero del 2011.

La elaboración y estructuración del PAICMA (igual que en la Ley de Atención Integral del Cáncer de Mama), se le asigna a la Secretaría de Salud del Distrito Federal y tiene como instancia aprobatoria para las acciones que propongan las entidades de la Administración Pública del Distrito Federal, al Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento.

Los Lineamientos de Operación del Programa en sus Artículos Primero a Tercero, indican que el Comité también aprueba las jornadas de mastografías, los convenios de colaboración y coordinación y las acciones de promoción, información y concientización. La idea es unificar criterios para la prestación de los servicios y la operación de las acciones del Programa.

En esos lineamientos se ratifica que el Programa se conduce con enfoques de gratuidad en el servicio y medicamentos; integralidad en la coordinación de las etapas de atención; protocolos para las diferentes acciones, particularmente en estudios de gabinete desde la prevención hasta el tratamiento oportuno (Artículo Décimo).

Sin embargo, no detalla condiciones de equidad social, territorialidad, justicia distributiva, transparencia, efectividad y exigibilidad, que son aspectos esenciales tratándose de un Programa aplicado a nivel local, para mujeres enfermas y por ello vulnerables.

Se definen las acciones y las etapas de la enfermedad<sup>53</sup>, sin mencionar la forma general de operación de esas acciones para que puedan instrumentalizarse en las clínicas, unidades móviles y centros de salud. En el contenido ya se incluye a nivel de enunciado en el Artículo 4° Cuarto, el apoyo tanatológico y los riesgos del tratamiento y secuelas de la enfermedad.

La prevención se determina como transversal y se apunta en el Artículo Quinto, secciones II y IV a los aspectos culturales como la educación, estilos de vida y factor ambiental, aunque

---

<sup>53</sup> Se reitera las que define Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama en el Distrito Federal.

continúa la ausencia de especificidad en la forma de coordinación o responsabilidad con las entidades encargadas de esos ámbitos.

Se considera importante la definición sobre las acciones de supervisión de la calidad del equipo de mastografía que están en el Manual de Control de Calidad (federal), que se hace en el Artículo Décimo Primero. La actividad se asigna a las instituciones académicas mediante convenios; sin embargo no se habla de aplicación de sanciones por responsabilidad, ni hay procedimiento para las licitaciones de los equipos.

Actualmente La Universidad Nacional Autónoma de México está en pláticas con el Gobierno del Distrito Federal para resolver el importante problema de calidad que se ha detectado en los mastógrafos; sin embargo existe un déficit de técnicos calificados por lo que se demanda un mayor número y preparación<sup>54</sup>.

En los lineamientos para la difusión del programa se desconoce las líneas generales de cómo se va a estructurar la información, con qué recursos, con qué organización, cómo se harán los listados de llamadas telefónicas, cómo se va a detectar las personas de riesgo que carezcan de acceso a Internet, cuál va a ser el procedimiento para colocar propaganda, la construcción o aprovechamiento de redes ciudadanas de información.

Tampoco se definen los indicadores que se requieren en términos cualitativos y unidades de valor (de desempeño; costo-beneficio de estudios por delegación y nivel de atención).

Ni se detalla el procedimiento para seguir en los casos exitosos y su incidencia en la calidad de vida de la gente; no se explica las formas para vincular los diagnósticos negativos con los prestadores de servicios (clínicas donde se seguirá el tratamiento, tipo de tratamiento, tiempos, calidad del servicio).

Cabe mencionar que La Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal hace hincapié en que los recursos públicos para ejecutar proyectos o acciones específicas, podrán ser manejados por comités de administración y supervisión electos en asambleas ciudadanas. En este sentido a las reglas de operación de los programas específicos, les corresponde marcar claramente el procedimiento en el manejo de esos recursos (calendario de gasto; población objetivo por grupo, género y delegación; procedimientos para verificación; indicadores de cumplimiento, impacto en la población beneficiada y otros).

Asimismo se soslayan las acciones para evaluar la equidad del acceso de las mujeres al Programa; así como las responsabilidades en que incurren los encargados de los resultados por algún incumplimiento del mismo.

La operación del Programa mantiene la gestión administrativa dentro de una antigua concepción de la administración pública, ya que no se menciona la estructura de responsabilidades, específicamente en la gestión de las etapas del servicio; tampoco se detalla

---

<sup>54</sup> Cesar Ruíz Trejo de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Seminario *Miradas Multidisciplinarias sobre Cáncer de Mama en México*, organizado por el Colegio de México en 2011, presentó un cuadro de necesidades de técnicos calificados.

cómo se incorporarán a la política pública integral de salud, los resultados de la nueva gestión con apoyo del Presupuesto basado en Resultados.

#### **4.5. LOS ESPACIOS E INSTRUMENTOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA**

En la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama en el Distrito Federal (Artículos 16 al 18) se contemplan reducidos espacios de participación ciudadana: se menciona la figura de consejería y el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa (Artículos 45 y 46), donde la ciudadanía y las instituciones académicas y organizaciones de la sociedad pueden opinar.

Asimismo dentro de los objetivos en las Reglas de Operación del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, no se advierte la participación ciudadana, aunque se menciona la acción de brindar acompañamiento psicológico.

Sin embargo, El Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral, incluye dentro de sus miembros a un contralor ciudadano, sin determinar las características de su elección ni su forma de operación.

En la planeación, coordinación y logística para la ejecución de jornadas de mastografía en unidades móviles y en clínicas, se menciona la realización de reuniones de coordinación interinstitucional con organizaciones sociales y civiles para informar sobre los lineamientos, requerimientos y calendarización de las jornadas, pero no precisan los espacios, instrumentos ni los procedimientos.

Dentro de los mecanismos de exigibilidad del derecho de la ciudadanía para conocer el funcionamiento del Programa y acceder al mismo, incluso en el diseño y operación, sólo se menciona a nivel general la coordinación con grupos y organizaciones de ciudadanas que participan en el desarrollo del mismo solicitando, difundiendo y coordinando a otras mujeres.

El Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama, es la instancia de evaluación y seguimiento que incluye dentro de sus miembros a un contralor ciudadano.

El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal también emitió Lineamientos de Operación del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama en los que la participación social en general, se dirige en forma nominal a los sectores público, social y privado, sin distinguir el tipo de organización ni las acciones de información, promoción e impulso a las políticas públicas. Tampoco se definen los instrumentos.

En los lineamientos (Artículos Sexto al Noveno) se menciona el concepto de consejería (definido ya en la Ley), con el objetivo de ofrecer orientación informada en los tres niveles de atención para la toma de decisiones de las usuarias y sus familias; y de los participantes del sistema. Se incluye el apoyo para la situación emocional de la paciente; así como cuestiones de histopatología y otros estudios científicos.

Las decisiones del Programa las centraliza el Comité Técnico, aunque no se concretan las características que deben tener los integrantes de los representantes ciudadanos, ni se contempla la participación para intervenir a nivel decisional en sus etapas (diseño, instrumentación, evaluación y control exigible).

En el **Diagrama 3** de la página 62 del segundo capítulo se presentaron los espacios e instrumentos de participación que tienen los ciudadanos para intervenir en los programas públicos que incorporan la normatividad primaria y secundaria.

En el análisis documental se advierte que el funcionamiento de muchos de los espacios ha estado limitado en su operación, o no se han instalado, o tienen acomodos electorales. La mayoría son de elección institucional y los que votan los ciudadanos, están acotados por su relación con los procesos electorales. Asimismo en su mayor parte todavía tienen una concepción individualista propia de las democracias representativas.

#### **4.6. LA EVALUACIÓN INTERNA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA**

La operación del PAICMA fue evaluada en 2009 por Evalua D. F. donde se señaló la necesidad de incorporar a la ciudadanía en todas las fases del Programa y de los subprogramas; e incluir un órgano de consulta con especialistas y organizaciones de la sociedad civil para construir la planeación y analizar los resultados.

En el informe de enero-julio 2009 se consideró la falta de procedimientos para verificar la calidad de los equipos y materiales para la toma de estudios y la carencia de sistematización para el registro de casos y protocolos (resultados y seguimiento de los estudios).

La prestación del servicio de mastografía era subrogada, pero no se tenían cifras sobre la eficiencia y el costo de la subrogación. En los cinco años de su existencia, el Programa no había realizado procesos de licitación pública para la subrogación del servicio, debido a que los recursos asignados derivaban de la partida presupuestal 4108 (ayudas y donativos a instituciones sin fines de lucro) que está eximida de dicho proceso.

Evalua, D.F. emitió once recomendaciones para estructurar un programa integral público y gratuito, enfocado a la detección, control oportuno y seguimiento, para mujeres mayores de 40 años o de menor edad con factores de riesgo y sin seguridad social.

Se indicó la necesidad de definir procedimientos y plazos para alcanzar la universalización y cubrir el objetivo con focalización de grupos de alto riesgo y grupos con necesidades especiales.

También se sugirió elaborar un subprograma de fomento y difusión de prevención, autocuidado, autoexploración y adhesión a la mastografía con Inmujeres D.F, DIF-DF y las delegaciones. La transferencia de los recursos a la SSDF sería paulatina.

El procedimiento estuvo amparado en normas oficiales y orientado a explicitar las actividades de: 1) prevención; 2) detección con autoexploración, examen clínico y mastografía de acuerdo con su grupo de edad y vulnerabilidad; 3) atención oportuna y

adecuada para el diagnóstico y tratamiento con los mecanismos necesarios para que el tamizaje sea eficiente; 4) control de los procesos de acuerdo con la infraestructura y normatividad interna correspondiente.

Se recomendó finiquitar los convenios vigentes con los prestadores de servicios subrogados, quienes tendrían que presentar un Informe detallado con ocho puntos:

1. datos personales;
2. Expedientes clínicos;
3. Diagnósticos y mastografías primeras y subsecuentes, con fechas de toma y de entrega;
4. La relación de casos sospechosos en un segundo nivel de atención;
5. Casos detectados con patología mamaria y tratamientos en un segundo nivel de atención médica;
6. Relación de rehabilitaciones reconstructivas;
7. Relación de las historias clínicas y exámenes clínicos con los diagnósticos histopatológicos, anatomopatológicos, y de multicentricidad;
8. Estado de salud actualizado de las mujeres a quienes se les realizaron tratamientos.

También se propuso elaborar un informe sobre la incidencia del PAICMA en cinco años, que estuviera soportado con una base de datos consistente y fiable, con registros al SICAM y cobertura real de la población objetivo.

Se tendrían que incluir adherencias al Programa, metas anuales con cifras de mujeres que se le han unido desde el 2007 al 2010, estrategias de seguimiento y evaluación con indicadores y plazos para la universalización, protocolo de atención y oportunidad y calidad de los tratamientos, controles periódicos de los mastógrafos e integrar una base de datos de las usuarias del PAICMA desde su inicio.

Los resultados de la investigación de esta tesis muestran que:

1. tanto en las propuestas de Evalua. D.F., como en las estrategias del PAICMA, no se mencionan a los centros de salud como unidades importantes dentro del Programa.

2. Hasta la conclusión de la administración de Macelo Ebrard en 2012, se siguió negociando la entrega de mastógrafos por parte del DIF-D.F.

3. No se cuenta con la base de datos para hacer un diagnóstico real de la enfermedad.

4. Se desconoce el procedimiento para las licitaciones, pero se advierten sus efectos. En la jornada de mastografías de la Delegación Álvaro Obregón en marzo de 2012, se inauguró una unidad móvil con un proveedor nuevo. Las usuarias se tomaron la mastografía que se tuvo que repetir por que el mastógrafo no estaba calibrado.

5. Se desconoce con qué base se hace la planeación de las jornadas. En tres oportunidades se pudo observar que la demanda siempre supera a la oferta. Las mujeres están paradas sin protección del frío o del sol desde las 7:00 de la mañana, aunque la unidad móvil llega a las 9:00 y si hay cambios en el calendario no se les avisa con oportunidad.

6. Actualmente las Jornadas las organiza la Secretaría de Salud del D. F. e Inmujeres, D.F. coordina y apoya a las asistentes; sin embargo, se requiere sensibilización del personal

técnico de salud en el trato con las mujeres, sobre todo en casos específicos del idioma o impedimentos físicos.

#### **4.7. TRABAJO DE CAMPO**

Para cubrir el trabajo de campo se diseñó un árbol de cuotas para las entrevistas que se realizaron en la Red Rosa, centros de salud y unidades ambulatorias. La gama cubre las posibilidades para que la muestra sea representativa y se muestran en el **Diagrama 9** de la página siguiente

##### **4.7.1. RED ROSA, CENTROS DE SALUD Y UNIDADES AMBULATORIAS**

La Red Rosa es un grupo innovador impulsado desde la institucionalidad con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que han recibido asistencia por parte del gobierno de la Ciudad para atender fundamentalmente la fase preventiva del padecimiento y que tienen la voluntad de apoyar a otras mujeres en situación similar y ofrecer su experiencia a la comunidad.

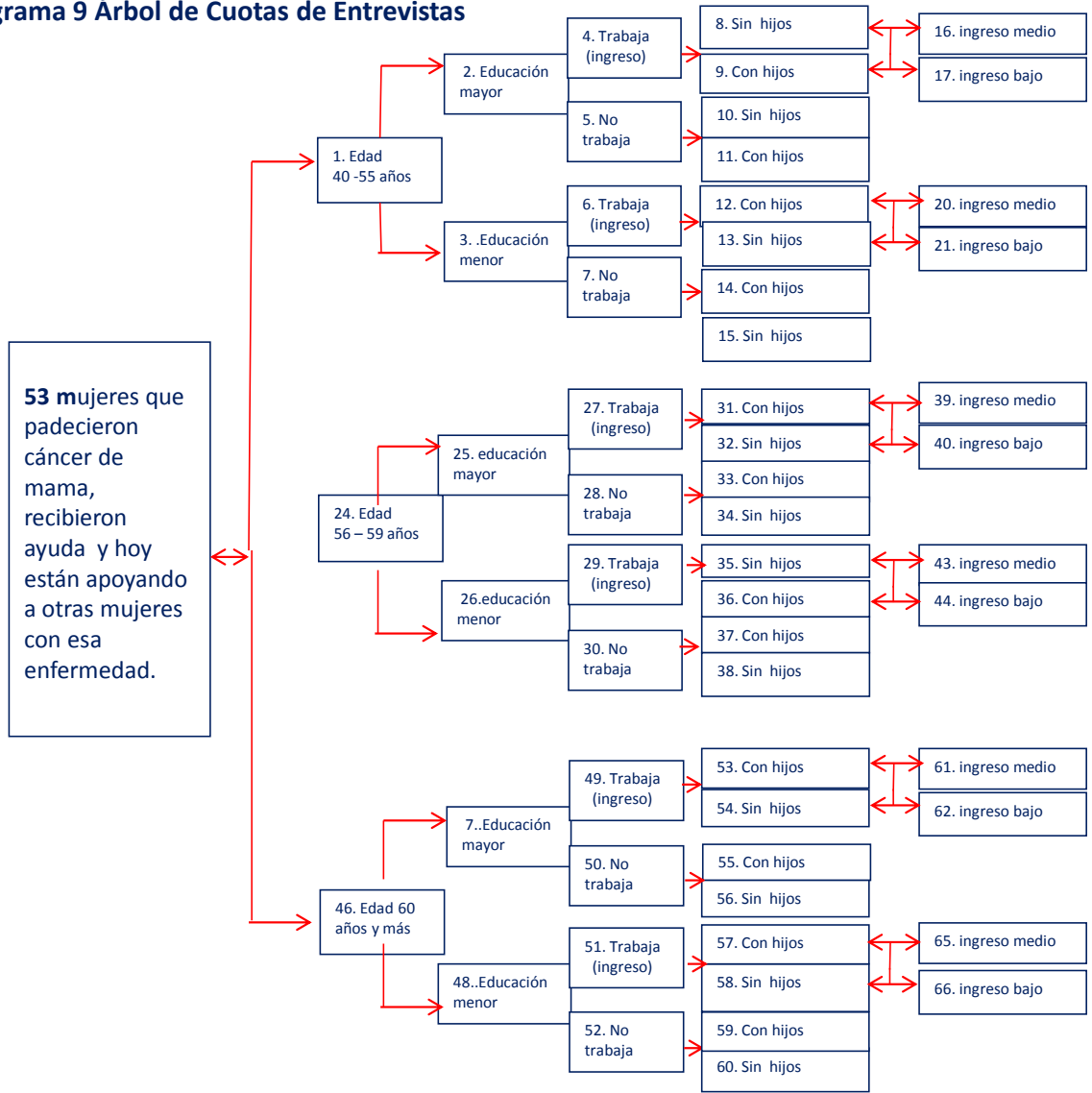
El grupo actualmente se integra por 70 mujeres en dos turnos y se trata de participación institucional porque Inmujeres, D. F. les ha brindado apoyo para esa organización y les ofrece ayuda psicológica; también es participación autónoma porque son las propias mujeres las que deciden su participación y hay margen para aportar acciones democratizadoras.

El desafío está en garantizar que las prácticas de esas mujeres realmente logren: 1) vencer las dificultades de concreción de espacios e instrumentos definidos en la normativa; 2) concurrir en la coordinación entre las instancias gubernamentales que tienen que ver con el Programa; y todo ello para 3) incorporar sus opiniones y experiencia para mejorar el PAICMA.

El grupo tienen actitudes realistas, conscientes y positivas, aunque sólo concibe la salud como derecho en el rango de servicios. Se trata de un espacio del Distrito Federal que coordina la Secretaría de Salud con Inmujeres, para cubrir los salarios de las psicólogas. También reciben recursos a través de La Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

En la investigación se aplicó primero un cuestionario piloto de 41 preguntas (**Anexo 5**) a nueve integrantes de la Red Rosa, aproximadamente 60%, de las asistentes en el turno matutino. Lo primero que se observó fue que la organización carece de un lugar propio y se reúnen alternamente en centros de salud o en espacios prestados por alguna institución altruista.

**Diagrama 9 Árbol de Cuotas de Entrevistas**





Las preguntas se clasificaron para su análisis en cinco secciones:

I. La primera división para conocer la capacidad o debilidad para participar en asuntos de salud pública se le dedicó el 20% del cuestionario, con el siguiente resultado: 89% de las mujeres no ejercen su derecho a la salud, no obstante que todas saben que fue un derecho que ganaron las mujeres.

Nadie ha presentado alguna queja sobre la calidad del servicio médico que se les han brindado, porque consideran que tuvieron una atención oportuna y están agradecidas por la gratuidad de la atención. Las entrevistadas piensan que hoy se tiene un mayor conocimiento para atender la enfermedad y se ha avanzado en su prevención.

Tampoco han solicitado apoyo para algún proyecto de salud relacionado con el cáncer de mama a cualquier instancia del Gobierno de la Ciudad diferente a la Red Rosa; sin embargo, el 67% de las mujeres están satisfechas con las respuestas que les brinda el Gobierno de la Ciudad para participar en torno al problema del cáncer de mama.

II. A la segunda sección sobre la presencia o ausencia de participación de las mujeres en el Programa se le dedicó un porcentaje similar de preguntas con el siguiente resultado: un 44% sabe que los vecinos se juntan para hablar sobre asunto de interés ;un 67% piensan que el centro de salud es el espacio adecuado para que la gente participe en asuntos de esa índole y consideran la Red Rosa como un espacio valioso para participar en asuntos de salud, pero realmente participan a nivel de usuarias.

El 78% desconoce si hay otras mujeres (grupos, delegación, Comité Ciudadano, Comité de Salud, unidad de salud, asociaciones) que participen en algún programa de cáncer de mama.

Un 60% considera que las principales actividades de esparcimiento de la delegación son las fiestas y eventos organizados por el barrio, aunque un 44% discurre que en esas celebraciones no hay espacios para recibir información que induzca a participar en el Programa (un 22% no sabe).

Para un 38% de las mujeres entrevistadas, la transmisión de información directa entre mujeres (familiares, vecinos y otros) ha sido una forma más funcional para informarse y una posibilidad para participar en el Programa; 19% utiliza la Red Rosa; sin embargo, la totalidad de las entrevistadas cree que no se participa por falta de información.

III. la tercera parte de cuestionario se forma de 11 preguntas (27% del cuestionario) y trata sobre el diseño y Operación del Programa, con los siguientes resultados: se muestra un gran desconocimiento sobre el Programa, 56% no saben cómo se han organizaron para ejecutarlo, incluyendo las integrantes de la Red Rosa; 78% desconoce cómo se ha formado y cuáles han sido las etapas.

Un alto porcentaje (56%) no han utilizado las redes sociales para participar en algún programa de cáncer de mama, básicamente por desconocimiento y falta de información; tampoco se han apropiado de la efectividad de la red de información vecinal que les ha sido útil para informarse sobre las actividades de salud.

Un 67% de las mujeres que contestaron dicen que sólo la Red Rosa les ha brindado asesoría para participar en algún proyecto de cáncer de mama, aunque no saben explicar el tipo de asesoría que han recibido. El beneficio se circunscribe básicamente a recibir servicios.

En alto porcentaje 87% las mujeres de la Red Rosa no tienen ninguna relación con los Comités Ciudadanos y desconoce su operación y objetivo.

IV. A la cuarta sección sobre información se le destinó el 20% de preguntas: Existe un 67% de las entrevistadas que no están informadas de las actividades participativas de la colonia; un 56% desconoce quién apoya los programas de salud e ignoran a quien acudir si reciben un mal trato o inadecuado servicio para atender su enfermedad; con excepción de una entrevistada, todas desconocen la existencia de la CONAMED.

La información para participar en el PAICMA, básicamente la obtienen de la propaganda que se hace en las delegaciones (66%), que incorpora la televisión y el radio. La trasmisión verbal entre mujeres (familiares, vecinas, amigas), contribuye con el 17% de información sobre las jornadas de mastografía. La totalidad de las mujeres desconocen sobre el presupuesto participativo; un alto porcentaje, más del 89% piensan que el centro de salud, comité ciudadano o comité de salud, no les brindan información sobre Programa.

V. La parte dedicada a los obstáculos de la participación ciudadana se integra por 6 preguntas, con el siguiente resultado: El principal obstáculo que han enfrentado cuando han decidido participar es la falta de información (36%), aunque también influye el desinterés de ellas y las decisiones verticales del gobierno. Las mujeres están conscientes que se ha logrado abatir el cáncer, pero no han participado, o no saben que pensar sobre su participación en el Programa. Al 45% le falta información para participar y otra cifra similar no le interesa participar. **Fotografías de la Red Rosa** durante las entrevistas que realizó la autora<sup>55</sup>.



<sup>55</sup> Primavera del 2012.

El cuestionario piloto se rediseñó con preguntas de mayor especificidad y se aplicó en dos jornadas de unidades móviles de Iztapalapa. El nuevo formato consta de 40 preguntas divididas en cinco dimensiones para su análisis (**Anexo 6**).

**Las fotografías de la Jornada de Atención para Cáncer de Mama**, muestran la secuencia para la mastografía: 1) el registro se hace a las 7:00 a. m.; 2) se monta la carpa que protege a las organizadoras, no a las usuarias; 3) se reúnen en la calle conforme su número de registro; 4) la trabajadora de Inmujeres les ofrece una plática sobre el cuidado de la salud.

En las jornadas que asistí no hubo seguimiento de las pacientes (en otras delegaciones como Miguel Hidalgo, si se lleva); y no se cuenta con un listado de mujeres que viven en la zona. El día que se tomó las fotografías, hacía frío y como puede observarse, se carece de protección para el frío o para el sol. Ese día la unidad móvil no llegó y no se explicó la causa; a las mujeres sólo se les pidió que regresaran al día siguiente.



Las fotografías de otra **Jornada Mastográfica** muestran: 1) una mujer que no hablaba español enviada por el centro de salud sin darle explicaciones; 2) lugares desocupados por falta de promoción; 3) una promotora de Inmujeres D.F. única persona dentro de todas las entrevistadas, que tenía conocimiento sobre los comités como espacios de participación 4) las unidades móviles y las mujeres esperando atención.





La promotora ha participado en el programa de mejoramiento barrial y con esa experiencia, plantea la necesidad de generar los propios espacios de participación del programa. Ha exigido el derecho a que se atienda a las mujeres, aunque piensa que realmente hay desesperanza y no se cuenta con instrumentos que las motiven a participar.

La observación empírica durante la aplicación de los cuestionarios en las jornadas de mastografía indicó que los criterios para definir las jornadas son aleatorios, no se cumplen rigurosamente los horarios y cuando hay cambios no se considera prioritario avisar a las usuarias.

Los resultados de los cuestionarios aplicados y entrevistas fueron similares a lo ya expuesto:

I. En el segmento de **presencia o ausencia de la participación ciudadana** el 78% de las mujeres entienden la participación ciudadana en el Programa como un derecho, pero lo ejercen sólo para obtener la mastografía (60%). El resto no sabe y/o no ejercen sus derechos de participación.

Un 89% de las mujeres no han participado en ningún programa de salud. Un igual porcentaje no han lo han hecho en programas que mejoren su calidad de vida. Particularmente un 62% nunca han pedido ni recibido apoyo para algún proyecto de salud relacionado con el cáncer de mama, pero de ellas el 31% no lo habían solicitado.

Es de mencionarse que las entrevistadas están agradecidas por la atención gratuita que se les brinda y no tienen disposición para levantar quejas sobre el incumplimiento de sus derechos.

Resaltan dentro de los nueve cuestionarios aplicados en la última jornada de unidades móviles; una mujer que pidió apoyo para que le tomaran una mastografía porque presentaba nódulos en el seno y por faltarle 4 meses para cumplir 40 años le negaron el servicio. La mayoría de las mujeres (89%) no ha ejercido acciones para lograr mayor calidad y atención adecuada y oportuna en el servicio médico de mastografías.

Casi la totalidad desconocen si otras mujeres participan en algún otro programa de cáncer de mama y aunque no han intervenido en los programas y la política pública de salud, el 73% se ha beneficiado con los servicios.

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas consideran que no tienen información sobre cómo participar; también hay desencanto y apatía para participar.

II. En **espacios e instrumentos** la totalidad de las mujeres a las que se les aplicó el cuestionario desconocen los instrumentos que hay para participar en los programas de salud, especialmente en el de cáncer de mama. Están conscientes que su desconocimiento las limita para opinar en torno al problema del cáncer de mama, pero no les importa. El 89% consideran que no se organizan en la delegación, colonia o barrio para participar en cualquier asunto de interés para la comunidad.

En todas las entrevistas estuvo ausente cualquier relación con el comité ciudadano, la asamblea ciudadana, el consejo ciudadano o el representante de manzana y consideran que esos espacios han servido para solicitar servicios de alumbrado, pavimentación y otros, pero nunca tratan asuntos de salud.

III. Para el **diseño y operación del PAICMA** la totalidad de las mujeres entrevistadas que respondieron al cuestionario, desconocen cómo se organizó el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama o cuáles han sido sus etapas. Su participación se ha concretado al uso de los servicios (90%).

Tampoco utilizan las redes sociales para participar (89%), básicamente por desconocimiento y falta de información y ninguna de las entrevistadas ha recibido asesoría para participar en cualquier programa social, fuera de la obtención gratuita de los servicios de mastografía. El 100% ignora los avances del Programa y el tipo de recursos que maneja.

IV. Sobre la **información** el 89% desconoce quien apoya los programas de salud de la Ciudad, entre ellos el de cáncer de mama, aunque reciben información de Inmujeres, D.F. el 67% desconocen qué hacer o a quién acudir en caso de un mal servicio, mal trato o falta de oportunidad en la detección del cáncer. Ninguna ha presentado una protesta porque además de sobrevivir al cáncer, están agradecidas por la gratuidad de la atención.

El 100% de las entrevistadas no sabe sobre cifras de cáncer de mama y un 89% desconoce la existencia del presupuesto participativo. También hay deficiencia en la información que se trasmite para motivar a la gente a participar en materia de salud específicamente en ese Programa.

Para el 31% de las mujeres, el mecanismo más efectivo para saber del Programa ha sido la difusión de información entre vecinas y en igual proporción (23%) por la propaganda

(básicamente volanteo), T.V o radio. Un 23% tuvo información coyuntural. A la totalidad de las mujeres entrevistadas no se les han brindado información sobre el cáncer de mama o el PAICMA en su centro de salud, Comité Ciudadano o Comité de Salud y se han relacionado con el Programa a través de INMUJERES, D.F.

V. Respecto a los **obstáculos para la participación**, continúa la falta de información como principal obstáculo (61%), aunque se mencionó ausencia de interés (15%) y decisiones poco democráticas del gobierno. También influye la desconfianza que tienen las mujeres de ser usadas por los partidos políticos.

La totalidad de las mujeres que contestaron el cuestionario consideran que sus opiniones no se toman en cuenta y menos se incorporan al Programa (la mayoría comentó que no se les pide su opinión en todo el proceso).

Para las entrevistadas los obstáculos se dirigen a la calidad y oportunidad de los servicios, a la limitada difusión y ausencia de asesoría para la participación ciudadana y a la falta de recursos. Se comentó y todas estuvieron de acuerdo, que para participar en cosas de salud se debería hacer la misma difusión que se hace para las campañas políticas.

La Dirección General de Desarrollo Social ha implementado el programa de promotoras de salud y defensoras populares y el de mujeres trabajando; en los cuales se imparten talleres en temas de salud comunitaria, derechos humanos, principalmente de género; y oficios.

Actualmente se orientan a evitar la violencia familiar, pero se tiene pensado formar una comisión ciudadana de salud en las colonias para coordinar a los centros comunitarios. Ambos programas (de promotoras y de trabajo para mujeres) obtienen fondos del Programa de Empleo Temporal Delegacional y del Seguro de Desempleo promovido por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social del Gobierno del Distrito Federal;

Sin embargo, no se tienen datos sobre los resultados de la participación ciudadana en asuntos públicos, ni sobre acciones de fortalecimiento de espacios e instrumentos participativos, o sobre acciones deliberativas e incidencia en la toma de decisiones en los consejos de asesoría y consultivos.

#### **4.7.2. FOROS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA**

En la investigación de los Foros de Participación Ciudadana de la Delegación Iztapalapa, se observó una organización social altamente politizada; particularmente por la injerencia del grupo Francisco Villa. Según vecinos y taxistas el grupo ejerce control sobre la delegación y negocia directamente con las autoridades con resultados positivos.

La participación ciudadana en esa Delegación la coordina la Dirección General de Desarrollo Delegacional por medio de la Dirección de Promoción y Atención Ciudadana formada por cuatro áreas (de participación ciudadana, de concertación, de atención ciudadana y de promoción y difusión cultural).

El principal instrumento que se discutió en el foro fue el presupuesto participativo que se distribuye en las 186 unidades territoriales. Las propuestas se constriñen a una guía que dictamina el Comité de Análisis de Viabilidad, formado por representantes de la delegación. Cuando se hizo la investigación no se había aprobado el programa delegacional y todas las acciones se dirigían a instrumentar el presupuesto participativo.

Los proyectos viables se votan en asambleas y la delegación ejecuta las obras. Aún no hay claridad sobre las metas en torno a la participación ciudadana y no existen los indicadores para su evaluación.

El proyecto ganador lo decidieron los ciudadanos y no entró a concurso; los ciudadanos tampoco controlan la administración de los recursos ni pueden incidir en la decisión sobre la empresa que ejecuta las obras (a diferencia del Programa Comunitario de Mejoramiento Barrial).

Asistieron a la reunión algunos representantes de los *Servidores del Pueblo* que son promotores en las unidades territoriales dedicados principalmente a captar quejas sobre el incumplimiento de las demandas ciudadanas, para trasmitirlas a la delegación. Se dice que pueden elaborar diagnósticos, análisis de coyuntura y atender derechos humanos, pero no se encontró evidencia empírica al respecto.

El Programa Delegacional de Desarrollo 2009-2012 contó con los 18 foros de consulta básicamente para discutir sobre el presupuesto participativo. La información se trasmitió mediante propaganda en las delegaciones y en la página Web de la delegación.

Como puede verse en la **Fotografías del foro** que se realizó en en Iztapalapa en marzo del 2013, la asistencia es escasa.



Entre los instrumentos de participación institucionalizada se encuentran los contralores ciudadanos que participan en los comités de adquisiciones; y 7 Consejos delegacionales; que operan diferentes programas. El de Desarrollo Social no se ha renovado y no hay programas La audiencia pública donde se tratan los problemas de los ciudadanos se hace en los viernes ciudadanos, sin embargo los participantes dijeron desconocer la secuencia de resolución que siguen las quejas o planteamientos. No hay rendición de cuentas.

También se usan algunos diarios, la vía telefónica y la ventanilla de atención y se instalan mesas de trabajo en las escuelas para atender a los representantes populares enfocados a la participación ciudadana en la salud.

Se advierte falta de coordinación entre la delegación y la Secretaría de Desarrollo Social en materia de participación ciudadana. La imagen de la participación ciudadana, tanto del personal administrativo a cargo de los centros, como de algunos liderazgos de izquierda se circunscribe a cuestiones electorales. La rendición de cuentas se cumple mediante el informe que rinde por ley el Jefe Delegacional.

#### **4.7.3. TALLER EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN MUJER, INDIVIDUA Y CIUDADANA**

El taller de empoderamiento dirigido a la Red Rosa se impartió para modificar la valoración que tienen las mujeres de sí mismas (autoestima). Se trató de reflexionar y tomar conciencia de la propia identidad en relación a los ámbitos de la vida y los papeles que desempeñan y que la propia sociedad y la cultura les han asignado.

Las pláticas fueron cada 15 días con una asistencia de 40 mujeres con promedio de 57 años de edad provenientes de todas las delegaciones políticas, incluso del municipio del Estado de México. La Delegación Iztapalapa asistió con del 17 %.

Se trató temas con enfoque de género y educación, haciendo énfasis en la reflexión de los sentimientos y emociones para ejercer control sobre ellos (cultura emocional aprendida); también se atendió el aprendizaje para apoyar al colectivo social y responsabilizarse de las propias decisiones.

El propósito del taller fue lograr un cambio real y recuperar los verdaderos intereses de las mujeres para que éstas participen en programas sociales que mejoren su calidad de vida. El taller se está construyendo y todavía no se alcanzan resultados; sin embargo la participación ciudadana en la política pública y en el Programa, todavía no se ha logra vincular como parte de contenido.

Las asistentes a las sesiones tenían el común denominador de una identidad construida a partir de los deseos externos (padres, esposos, hijos) y de lo que la sociedad mexicana espera de ellas como mujeres. También fue notorio que sus roles de madres y esposas es prioritario antes que su enfermedad y que los logros propios quedan relegados a partir de los éxitos de sus hijos.



Hubo homogeneidad respecto al papel social de hombre: proveedor - fuerte y de la mujer: servidora – débil; y se mostró la influencia que tienen los padres en el origen de esos estereotipos.

Falta evaluación y no se indica el impacto que han tenido los talleres para transformar la estructura de poder de la mujer. También es fehaciente la distancia entre los funcionarios del Gobierno Central y las asistentes. Las acciones que se enumeran en los informes administrativos como resultados de los talleres están alejados de la realidad y no ofrecen idea de las acciones afirmativas logradas.

El 6° Informe de Gobierno de Marcelo Ebrard afirmó que se realizaron 13719 acciones para lograr el empoderamiento de las mujeres y la práctica de los derechos humanos, lo que benefició a 195 411 personas. También registró la formación de 1 405 grupos de información, en los cuales participaron 17 182 personas (Ebrard: 2012). y se menciona 2 403 pláticas sobre derechos humanos y detección oportuna, así como temas sobre salud sexual y reproductiva con materiales impresos de consulta y una cartilla de salud.

**Las fotografías del Taller de Inmujeres, D.F. muestran a las mujeres trabajando en los ejercicios que conduce una facilitadora contratada por la Institución (psicóloga o antropóloga). Cada sesión dura cuatro horas y las asistentes conservan el entusiasmo y se dan espacio para hacer las tareas y los ejercicios. Se usa material audiovisual.**



<sup>56</sup> La organización no tiene un espacio propio para realizar las sesiones. El taller se hizo en instalaciones prestadas por el centro de salud y posteriormente por la Fundación Carlos Slim

#### **4.8. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL Y DE CAMPO**

En la investigación documental se observó que existen diversos programas o acciones en torno al cáncer de mama que operan sin articulación entre sí; pero, la estructura de la información no permite analizar los padrones de beneficiarios e instrumentar indicadores de análisis para relacionar los tratamientos subsecuentes y la calidad de los procedimientos y atención.

Inmujeres D. F. tiene un padrón de 59 189 mastografías realizadas para 2010. Los datos se pueden leer en Internet, pero no utilizar para hacer un análisis comparativo debido al formato de captura; no obstante se observan incongruencias en el número de servicios, edades y secuencias. Se carece de información para conocer con precisión y en forma sistemática el impacto que ha tenido en Programa en la atención efectiva de la salud preventiva y protección temprana en la población objetivo.

También se requiere enfoques diferenciados integrales en los centro de salud y en general en las clínicas de primer nivel, para lo cual se precisa información sobre la población objetivo en el radio de acción de cada unidad y la infraestructura con que se cuenta para ofrecer el servicio.

En la documentación pública no se tienen cifras homogéneas y sistemáticas sobre prevención de cáncer de mama en los Centros de Salud<sup>57</sup>. Los datos sobre los factores de riesgo y medidas preventivas no son uniformes y no se cuenta con elementos para emitir opiniones sobre la calificación del personal que realiza las mastografías (técnicos radiólogos).

Tampoco hay disponibilidad de manuales y guías para el control de calidad de los mastógrafos (en la investigación de caso en La Delegación Iztapalapa, se solicitarán los procedimientos respecto a los tiempos de diagnóstico y rutas de derivación para su análisis).

En una primera aproximación en la exploración de campo, se encontró que uno de los principales problemas para la detección temprana es el tamizaje<sup>58</sup>, principalmente por la tardanza, la escasez de mastógrafos y personal técnico, falta de procedimientos clínicos y administrativos adecuados y disponibilidad de medicamentos.

Se encontraron insuficiencias en la prestación del servicio para la prevención, detección y diagnóstico de la enfermedad. La escasez de recursos impide la prontitud del servicio y no obstante la compra de nuevos mastógrafos, la calidad está supeditada al déficit en relación con la demanda del servicio y a la preparación de los técnicos y la organización de horarios de atención.

El tiempo de los estudios se vincula con las necesidades administrativas y no con la enfermedad o las necesidades de las pacientes (las mastografías se suspenden los fines de semana y en vacaciones y los centros de salud tiene horarios de atención heterogéneos).

---

<sup>58</sup> Se le denomina tamizaje a la investigación preliminar por medio de mastografía.

En pláticas con encargados de atención ambulatoria se detectó una baja capacidad de gestión a nivel delegacional para operar el Programa. Se soslaya la importancia de la atención primaria y la coordinación complementaria organizada desde las delegaciones para integrar el PAICMA desde los centros de salud, entre los niveles de atención y entre delegaciones e instituciones que participan.

Los tres niveles de atención conforman una red de servicios inconexa en el financiamiento; organización y gestión en las relaciones entre los prestadores de servicios y en el plano institucional en las regulaciones y definición de competencias; en el terreno político en la negociación de las decisiones de los diferentes intereses y en el área social en la participación de la población organizada y en la información pública.

Se desconocen los criterios de asignación de los servicios otorgados (camas, consultas médicas, pacientes registrados). Los documentos leídos, no sugieren una planificación local para atender la población objetivo del PAICMA. No hay un diagnóstico por delegación para determinar metas de atención. Las metas del Programa se han ido modificando en forma coyuntural; tampoco existe integración a una agenda más amplia de salud; ni prácticas de subsidiaridad para las delegaciones con menor capacidad de gestión y de recursos.

En todos los problemas arriba mencionados, está ausente la participación de lo que piensan las usuarias afectadas. El panorama actual de la enfermedad y su visión futura requieren la opinión de la población objetivo y su participación en la construcción del Programa, porque concierne directamente a la salud de las mujeres (y hombres), bajo un enfoque relacional de familia y comunidad desde los espacios donde vive la población.

Se trata de recibir la atención más próxima en el centro de salud o en la unidad móvil donde la relación entre la paciente, el médico, el personal técnico y administrativo y las autoridades gubernamentales es directa. También para abatir costos. Sin embargo hasta la fecha, se carece de un sistema integrado de información que permita detectar la enfermedad y comparar las necesidades de las mujeres, el funcionamiento del servicio de atención preventiva en el primer nivel, al impacto que ha tenido el Programa para reducir la enfermedad y los mecanismos para proponer la forma de participación de las mujeres en el programa.

## **CONCLUSIONES**

El problema de la participación ciudadana para acceder a los servicios de salud y atender el cáncer de mama, contribuir al Programa y concurrir al espacio público donde se debate el tema, se vincula con las condiciones de pobreza y exclusión las mujeres que limita el acceso a los derechos y a los bienes colectivos. En ese contexto el espacio público adquiere un peso significativo porque influye en la formación de los conjuntos sociales donde actúan las mujeres.

En la investigación se advirtieron los escenarios de vida de escasez, desigualdad y exclusión de las mujeres de las clases populares de la Delegación Iztapalapa cuyo horizonte se agudiza por las condiciones de la enfermedad: cobertura de servicios médicos con patrones de aseguramiento asimétricos, bajo nivel educativo, insuficiencia de vivienda y algunos de sus servicios con alto número de ocupantes. El resumen de la situación que prevalece es un escaso nivel de desarrollo social y desempleo o empleo no pagado.

La demarcación es la más poblada de la entidad y al mismo tiempo tiene el más alto índice de detección de cáncer de mama, paralelo a un sistema distorsionado y complejo en la oferta médica para responder a las necesidades de la población, y garantizar un acceso equitativo a los bienes y servicios públicos colectivos que ofrece el Programa. Los centros de salud se ubican en colonias básicamente de bajo desarrollo y brindan servicios heterogéneos; sólo dos centros cuentan con mastógrafo.

Las condiciones se agravan por el incremento del número de familias que asumen la jefatura femenina, a la par de una caída en la cobertura de la población derechohabiente; los asegurados está disminuyendo y los no asegurados aumentando con una mayor incidencia en las mujeres, además del aumento progresivo del padecimiento en una población femenina en edades factibles para desarrollar la enfermedad.

El PAICMA fue pionero dentro de los criterios de universalidad, gratuidad e integralidad y se ponderó la perspectiva de género como eje transversal a través de las jornadas de mastografías; sin embargo hasta la fecha no se cuenta con un diagnóstico de las necesidades de la población objetivo y la meta de estudios de mastografía no forma parte de un programa estructurado.

Todavía existen diversos programas o acciones en torno al cáncer de mama que operan sin articulación entre sí y la estructura de la información no permite analizar los padrones de beneficiarios e instrumentar indicadores de análisis para relacionar los tratamientos subsecuentes y la calidad de los procedimientos y atención.

En la delegación no existe un diseño claro de la política de participación ciudadana en materia de desarrollo social y programas de salud; tampoco hay instrumentos efectivos para que el ciudadano participe en ellos. Sólo se menciona en el ámbito normativo, los lineamientos de operación de los programas delegacionales como sugerencias y comentarios y no se cuenta con una estrategia para su fomento.

En la audiencia pública de los viernes ciudadanos, las autoridades no asumen responsabilidad sobre algún planteamiento de la gente y se desconoce la secuencia de resolución que siguen las quejas o demandas.

En los foros de consulta ciudadana para la elaboración del programa de desarrollo delegacional, no se debatió ni propuso algún mecanismo de participación de los ciudadanos para incidir en la ejecución y valoración de las políticas o para propiciar una mayor intervención en los programas de desarrollo social y de salud.

Se observó una escasa asistencia de la ciudadanía que no está vinculada a los partidos políticos y una organización social altamente politizada que ejerce control sobre la delegación y negocia directamente con las autoridades con resultados positivos. El principal instrumento que se discutió fue el presupuesto participativo.

Asimismo en la *Mesa de Diálogo por la Transparencia* no se trató ningún tema de participación ciudadana relacionado con la salud.

Como derecho humano tampoco se contempla la posibilidad de participación de los ciudadanos en la política social, aunque uno de los siete ejes estratégicos del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012 es sobre *derechos plenos a la ciudad y sus habitantes*. En la Ciudad los derechos se han dirigido a la cuestión electoral y a los asuntos de género sobre el aborto y matrimonios del mismo sexo.

El máximo órgano del Programa, El Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal, tampoco contempla acciones de participación ciudadana; los servicios prestacionales continúan siendo la forma de vinculación de las ciudadanas con el Programa.

La mayoría de los espacios de participación son de elección institucional. Los que votan los ciudadanos, están acotados por su relación con los procesos electorales. Asimismo en su mayor parte todavía tienen una concepción individualista propia de las democracias representativas. Las mujeres no tienen relación con los comités ciudadanos como espacios de participación.

La participación ciudadana es un tema pendiente y no se está desarrollada una cultura para fomentarla. Se carece de datos sobre resultados de ese derecho en asuntos públicos, o sobre acciones de fortalecimiento de espacios e instrumentos participativos y acciones deliberativas, e incidencia en la toma de decisiones en los consejos de asesoría y consultivos.

En los instrumentos de participación institucionalizada se encuentran los contralores ciudadanos que teóricamente pueden participar en los comités de adquisiciones; y siete consejos delegacionales que operan diferentes programas. Sin embargo el de Desarrollo Social no se ha renovado y no hay otros programas enfocados a la participación ciudadana en el tema de la salud.

EVALUA, D.F. suscribió la necesidad de incorporar a la ciudadanía en todas las fases del Programa y de los subprogramas e incluir un órgano de consulta con especialistas y organizaciones de la sociedad civil para construir la planeación y analizar los resultados. Aún no se ha hecho.

En la parte institucional se advirtió falta de coordinación entre la delegación y la Secretaría de Desarrollo Social en materia de participación ciudadana. La imagen de la participación ciudadana, tanto del personal administrativo a cargo de los centros, como de algunos liderazgos de izquierda, se circunscribe a cuestiones electorales.

El presupuesto basado en resultados y el sistema de evaluación del desempeño no se han instrumentado. El presupuesto es omiso para la participación ciudadana en el Programa y los montos de recursos para el PAICMA han sido muy variables y no corresponden con el número de estudios realizados. Los costos unitarios son desiguales. Asimismo los estudios y la promoción para detección de cáncer de mama han disminuido sin una evaluación del impacto del Programa en la enfermedad.

La documentación pública no cuenta con cifras homogéneas y sistemáticas sobre prevención de cáncer de mama en los centros de salud. Los datos sobre los factores de riesgo y medidas

preventivas no son uniformes. Tampoco hay disponibilidad de manuales y guías para el control de calidad de los mastógrafos y las bases de datos no están actualizadas.

En la reglamentación se omite la definición de acciones para los centros de salud, como parte de atención temprana y prevención y precisión de los mecanismos de exigibilidad del derecho de la ciudadanía para conocer el funcionamiento del PAICMA y acceder al mismo; tampoco se definen acciones para participar en el diseño y operación del Programa ni hay procedimientos para el manejo de los recursos.

La resistencia institucional producto de años de prácticas autoritarias dificulta el ejercicio pleno de los derechos de participación de las mujeres en su salud y limitan la construcción y articulación de la política pública y los programas del sector; la gestión administrativa para la operación del Programa se enmarca en una concepción tradicional, sin asunción de responsabilidades, coordinación interinstitucional, aunque se menciona el presupuesto basado en resultados.

Algunos ámbitos en donde se puede instrumentar la participación ciudadana para el PAICMA son la Red Rosa y los talleres de capacitación.

La red Rosa se integra por mujeres de diferentes delegaciones y municipios, actualmente en torno al apoyo psicológico. Es una organización funcional e interconecta a las localidades, pero sólo a nivel de las necesidades de servicio que tienen sus miembros. Actualmente la organización no tiene un lugar propio, ni espacio para discutir asuntos de su interés y la posibilidad de que las integrantes participen en el diseño del Programa está limitada por su restringido conocimiento y su baja preparación.

El nivel de organización es coyuntural, no se muestra liderazgo ni se consolidan formas o grupos representativos. Las organizadoras no facilitan la formación autónoma de liderazgos y ejercen una supervisión ligada a los intereses institucionales lo que redundo en pérdida del entusiasmo. El aprendizaje de los talleres se caracteriza por la falta de continuidad y propuestas creativas, no obstante que las asistentes quieren hacer propuestas.

En ese grupo la falta de capacidades se acrecientan porque forman parte de colectivos sociales de sectores populares con problemas de exclusión familiar y pobreza con acceso limitado a la información y con baja autoestima.

En general las mujeres de la Red Rosa no se reconocen o identifican como seres independientes, soslayan el cuidado de su enfermedad por atender a la familia, se sitúan en posiciones de sometimiento y no valorizan su trabajo, sus emociones y su esfuerzo personal. Carecen de independencia y autonomía y no tienen recursos. Culturalmente son colaboradoras pasivas en los temas de salud, aunque también influye el desinterés de ellas y las decisiones verticales del gobierno.

Esas mujeres han construido su identidad por su condición de género, de edad, circunstancias familiares, clase social, escenario cultural y educacional y contexto de violencia y enfermedad y no ejercen su derecho a la salud ni a participar en el Programa.

Las integrantes de la organización tampoco demandan una mejor calidad del servicio médico, ni exigen respuestas del Gobierno de la Ciudad para participar en torno al problema del cáncer de mama; se siente obligadas por su gratuidad.

Asimismo es omisa la relación de esas mujeres con los espacios e instrumentos institucionales de participación ciudadana como el comité ciudadano, la asamblea ciudadana, el consejo ciudadano o el representante de manzana. Se piensa que esos espacios sólo sirven para solicitar servicios de alumbrado, pavimentación y otros, pero nunca para tratar asuntos de salud.

Los talleres tratan de que las mujeres tomen conciencia de la construcción cultural de creencias, mitos y mecanismos de identidad. Se les induce a reflexionar sobre la pérdida de oportunidades que les ha significado asumir esos papeles asignados por la cultura y la sociedad, que han limitado su desarrollo. Se trata de modificar sus relaciones de poder y la toma de conciencia; sin embargo no se profundiza en el problema estructural de conciencia social y de relaciones entre los que mandan y son mandados, lo que incluye la estructura familiar.

El taller que se impartió a la Red Rosa se orientó sobre todo, a modificar la valoración que tienen las mujeres de sí mismas, aumentar la autoestima y alcanzar poder efectivo para lograr un cambio real y recuperar sus verdaderos intereses para que participen en programas sociales que mejoren su calidad de vida. El objetivo fue impulsar un cambio en esos papeles sociales y lograr su participación consciente en diferentes áreas de la vida. Hacerles ver que necesitan construir su autonomía como libertad para disponer de sí mismas y adquirir poder propio para aumentar su capacidad y tomar decisiones.

Sin embargo, por falta de información no se puede conocer el impacto que ha tenido en el PAICMA y en la atención efectiva de la salud preventiva y protección temprana de la población objetivo, los talleres y demás actividades.

El diseño y la operación del Programa presenta deficiencias, desde la detección de la enfermedad en el primer nivel de atención, hasta los parámetros de evaluación y la forma de participación de las mujeres. Los tres niveles de atención conforman una red de acciones inconexa en el financiamiento, organización y gestión; en el plano institucional no hay definición de competencias, ni regulaciones; y en el área social se evidencia la ausencia en la participación de la población organizada.

En la atención ambulatoria se detectó una baja capacidad de gestión a nivel delegacional para operar el PAICMA. Se soslaya la importancia de la atención primaria y la coordinación complementaria organizada desde las delegaciones para integrar el Programa desde los centros de salud, entre los niveles de atención y entre delegaciones e instituciones que participan.

El panorama actual de la enfermedad que concierne directamente a la salud de las mujeres y su visión futura requieren la opinión de la población objetivo y su participación en la construcción del Programa.

Actualmente las pacientes no realizan ninguna acción ante las carencias y anomalías del PAICMA: retraso de mastografías de tamizaje para la detección temprana, escasez de equipo y personal técnico, horarios de atención, falta de procedimientos clínicos y administrativos adecuados, disponibilidad de medicamentos, seguimiento para dar continuidad al tratamiento de las pacientes, logística de la organización de las jornadas de mastografía en unidades móviles y en clínica e inaccesibilidad a las nuevas opciones terapéuticas por su elevado costo.

Finalmente se puede afirmar, que la participación ciudadana en la política pública, todavía no se ha logra vincular como parte del Programa y las mujeres no se han apropiado de algún presupuesto para lograrlo; asimismo es fehaciente la distancia que existe entre los funcionarios del Gobierno Central y las ciudadanas. Las acciones que se enumeran en los informes administrativos están alejados de la realidad de la gente y no ofrecen idea sobre acciones afirmativas.



## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y PROPUESTA**

---

### **5.1. CONCLUSIONES**

La participación ciudadana en este trabajo se remite a la inclusión de la ciudadanía en las decisiones públicas como un derecho para tomar parte en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas de salud y sus programas y en los actos de gobierno relacionados. Actualmente en un contexto complejo de condiciones estructurales de pobreza, desigualdad y exclusión.

Las políticas públicas y los programas son herramientas imprescindibles que utiliza el gobierno para lograr la gobernabilidad democrática, el desarrollo y la distribución de los beneficios de ese desarrollo, otorgando un amplio sentido al derecho que tienen los ciudadanos para hacer efectiva su participación en la construcción de la política pública; sin embargo el enfoque de participación ciudadana como derecho todavía no dispone de un bagaje teórico específico para analizar las acciones de esa participación en la política pública. Las teorías en las que se apoya son correlativas a las del desarrollo social en ámbitos locales y a las de la democracia. Asimismo la exploración para obtener resultados que sustenten una teoría, está circunscrita al análisis empírico del trabajo de campo en espacios concretos.

En esta tesis la participación ciudadana en materia de salud en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA) se dirigió a la población abierta de zonas de bajo desarrollo, que suman múltiples factores para configurar procesos de segregación. Las ciudadanas de inicio limitan sus posibilidades de participación en el Programa, por su situación de privación y escasez de recursos en las esferas de la vida colectiva (social, cultural, institucional, territorial y política). Además se encuentran con un sistema fragmentado por la misma pobreza y exclusión y las condiciones diferenciales para acceder a los servicios a los que tienen derecho: diversas calidades en los servicios de salud, falta de equilibrio entre prevención y curación y una limitada planeación en la operación que prescinde de la participación.

Esas características aumentan su vulnerabilidad y las desprovee de condiciones de reconocimiento social y de posibilidades de participación; y dentro de esos grupos vulnerables y excluidos, las mujeres ocupan un lugar significativo por sus condiciones de empleo (desempleo, precariedad y trabajos sin retribución); identidad familiar; situación cultural; y la exclusión y auto-exclusión de la vida pública.

Otro factor importante que merma su participación es la estructura de poder y la carencia de una base que les permita tener injerencia efectiva en los programas de su interés y ser actores políticos con suficiente autoridad y fuerza para transformar las condiciones de su entorno; este hecho se relaciona con su insuficiencia económica, falta de conocimiento, información y transparencia y la constreñida libertad de autodeterminación que muestran las mujeres de esas circunstancias para ejercer sus capacidades.

En el mismo sentido la política de desarrollo social ha sido incapaz de contrarrestar los factores que generan la falta de participación ciudadana en las políticas públicas y sus programas. También el sector social presenta una visión segmentada y una organización

institucional de la política de salud desvinculada de una política de participación ciudadana. Los programas sociales se ejecutan por separado sin un sentido de planeación y sin detallar sus acciones para operar, contribuyendo a la falta de articulación vertical y horizontal y a la desigualdad y omisión en la asunción de responsabilidades por parte de los servidores públicos encargadas de los programas.

En ese curso el diseño de los espacios e instrumentos para la participación ciudadana en la política de salud son formas subordinadas al aparato de gobierno y no se ha construido los instrumentos efectivos para incorporar al ciudadano, ni definido la forma operativa de esa incorporación a la acción pública local para la realización de objetivos colectivos. No se ha logrado proponer un plan que defina la forma de participación de las mujeres en los programas de su inclinación y hay separación entre la operación efectiva de los mismos, su marco jurídico, los actores y los beneficiarios.

La participación ciudadana también se enfrenta con el límite presupuestal en los programas de la política de salud; las ciudadanas no han logrado apropiarse de algún presupuesto para diseñar un planteamiento participativo. Tampoco se ha hecho una reasignación en ese sentido y los recursos destinados a la salud, no materializan el derecho de los ciudadanos a participar en cualquiera de ellos.

La situación se agrava porque las formas tradicionales de participación ciudadana que se practicaron en los años de autoritarismo no se han superado, lo que ha limitado la construcción de una cultura democrática y permea en una ciudadanía poco participativa con reducida capacidad para exigir sus derechos.

Como resultado la construcción de una gobernabilidad democrática ha carecido de acciones políticas para organizar la administración pública y actualizar las instituciones con el fin de disponer de una gestión adecuada para la participación ciudadana y del acceso a los bienes públicos para lograr la concreción de algunos de los derechos ciudadanos.

La democracia representativa que supone un debate democrático como expresión de los problemas sociales y un cambio en el arreglo institucional todavía no ha erradicado las prácticas autoritarias y es un hecho de que la representatividad electa, no incluye a la ciudadanía en las deliberaciones sobre la política pública de salud que se está construyendo.

En el Distrito Federal el problema es más complejo dada su estructura del Gobierno. Las delegaciones tienen una total dependencia presupuestal con el gobierno central y carecen de las atribuciones administrativas para subsanar las demandas sociales y políticas de la población. Asimismo al interior de las delegaciones los habitantes no poseen un sistema que represente un contrapeso con los delegados. No hay un diseño para que los mecanismos de democracia participativa que señala la normativa y los órganos de elección plural realmente sirvan como mecanismos de contrapeso del poder del gobierno.

Por otro lado, en forma recurrente los ciudadanos consideran los derechos como una dádiva de servicios (en este caso de salud) y como experiencia de participación dirigida y clientelar de colectivos sociales y ciudadanos; así se privilegia la gestión individual, obstaculiza la legitimación de los procesos de inclusión y el análisis integral de la problemática de la salud en el Distrito Federal, particularmente de sus programas prioritarios. No obstante se ha

discutido ese esquema autoritario y tratado de transformar para crear una ciudad señalada como de derechos.

En materia de participación ciudadana se ha introducido toda una legislación para pluralizar el gobierno y apoyar la gobernabilidad democrática. Las autoridades han mostrado voluntad política para construir el soporte jurídico para la participación ciudadana. Se modificaron los espacios e instrumentos y se encauzaron presuntamente para operar dentro de un proceso de planificación; también hay un discurso sobre la desigualdad en todas las dimensiones sociales de la mujer con el firme propósito de protegerla.

Sin embargo no se vislumbra todavía una visión de participación real y de relevancia y se advierte un completo vacío de la participación de los ciudadanos en la política pública y programas de salud. En la práctica la ciudadanía no posee un mandato expreso para participar en esas líneas.

El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama se originó por la necesidad de atender una enfermedad que estaba adquiriendo características alarmantes en la población femenina. El Programa se hizo sin un diagnóstico de requerimientos de atención y sin considerar las posibles situaciones futuras de la población enferma; también faltó una organización institucional coordinada que le diera soporte a la participación ciudadana y la referencia analítica de recursos, infraestructura e información.

El Programa se ha ido adaptando conforme a las necesidades de la población objetivo y la propia dinámica de la vida diaria de las comunidades locales; actualmente se ha aumentado la cobertura y prácticamente se puede considerar que un amplio número de las mujeres pueden contar con servicios de mastografía. Asimismo el gobierno ha logrado espacios de publicidad en los medios de comunicación principalmente con mesas temáticas de debate en televisión y radio; también se ha mejorado la infraestructura y el equipamiento de los centros de salud y las unidades móviles, especialmente por los recursos que aporta el Seguro Popular.

Las bondades del Programa por sus características asistenciales gratuitas lo hacen incuestionable para cualquier tipo de reclamo o solicitud de recursos para su participación. Están agradecidas porque se les atiende y no hacen valer el derecho para que derechos, entre ellos el de participar. No obstante las autoridades y los habitantes tienen conciencia de que la participación ciudadana en programas de salud como el de cáncer de mama, tiene un valor formativo; la experiencia de las mujeres que han padecido la enfermedad es única y puede aprovecharse para mejorar el Programa y contribuir a hacer más eficaz la decisión y gestión públicas en las delegaciones políticas de la Ciudad.

Sin embargo la participación de las ciudadanas en el PAICMA no está vinculado a una política pública de salud ni a otros programas sociales y muchos de sus acciones operan con estructuras paralelas sin prácticas efectivas para lograr resultados; por otro lado se carece de un diseño de actividades específicas para la participación y no se han construido los vínculos sociales para que las mujeres contribuyan con sus experiencias al Programa. No existe un proyecto que incorpore la participación de las mujeres en su diseño, implementación y evaluación; de tal forma que su intervención ha sido marginal y no se ha generado alguna movilización para enriquecer la construcción del Programa.

El desconocimiento de: los criterios de asignación y uso del presupuesto, los costos del Programa, así como el impacto que han tenido la participación de las mujeres para solucionar el problema del cáncer de mama, no permiten argumentar sobre la efectividad del mismo. Lo que sí se puede afirmar es que el presupuesto que atiende la participación ciudadana para la cuestión social en el tema de la salud en general y de cáncer de mama en particular, no ha sido prioritario. La Secretaría de Desarrollo Social por medio de la Subsecretaría de Participación Ciudadana y la Secretaría de Salud, no destinan recursos específicos para que se participe en la construcción del PAICMA.

Los grupos organizados que tienen factibilidad de constituirse en fuerza política para defender sus intereses e incidir en las decisiones públicas, van desde formas elementales de organización como la Red Rosa, hasta agrupaciones muy cohesionadas como las que tienen los partidos; éstos últimos tienden a debilitar u omitir la participación ciudadana en la política pública y a incentivar la electoral más acorde con sus intereses.

Las mujeres de la Red Rosa como una organización de participación institucional autónoma, con espacios deliberativos, individuales y colectivos, no tienen ninguna proximidad con las figuras contenidas en la ley como asambleas vecinales, comités ciudadanos, comités de salud y otras figuras que no han resultado ser espacios comunes reales de interacción, ni de discusión; las integrantes desconocen el objetivo y la operación de esos espacios y los asocian a las cuestiones electorales.

Por otro lado esos espacios logrados están acotados y sus instrumentos sólo sirven como elementos de valoración para la autoridad; no son vinculantes ni operativamente aplicables y no han funcionado para que las mujeres que son el objetivo del Programa realmente puedan manifestarse y hacer que se tome en cuenta su opinión y su experiencia de la enfermedad.

La participación de las mujeres de la Red Rosa dentro del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama es débil por la falta de instrumentalización de espacios comunes y efectivos para la participación ciudadana; la falta de discusión local en los temas de salud aumentan la poca influencia que esos tópicos tienen en la política pública del sector y aunque esas mujeres trabajan en el campo de lo social, el resultado de sus reuniones no se ha reflejado en el PAICMA.

Esa debilidad se manifiesta también en la persistente discrecionalidad para el uso de los espacios e instrumentos y en la carencia de herramientas para exigir el cumplimiento del derecho de participar en el Programa y en las acciones de gobierno correspondientes. Hay un problema de fondo respecto al funcionamiento de las instituciones encargadas de la cuestión social que no están construidas para responder y cumplir lo que indica la ley. Tampoco se han definido los criterios de operación, ni la vinculación de las tareas del Programa con el nivel de gobierno que le corresponde atenderlas y está pendiente la formación de contralorías ciudadanas para vigilar los programas de salud, la difusión pública y la rendición de cuentas. La red no está articulada y no hay esquemas para aplicar sanciones de responsabilidad, ni se cuenta con un órgano central que reúna las orientaciones de las instancias locales.

Los colectivos de mujeres que tienen condiciones específicas de enfermedad, pobreza y un tratamiento socio-cultural de exclusión, tienen reducidas las atribuciones reales y efectivas

para participar y no han encontrado las condiciones ni la motivación para incorporar sus experiencias en las decisiones del PAICMA.

Tampoco es un asunto abordado el tema de una gestión de la administración pública como sustento de una estructura participativa. Los canales de comunicación y cooperación para la gestión del Programa son insuficientes y falta claridad en las reglas para nuevas formas de participación. No se cuenta con una estructura institucional que promueva nuevos procesos de transformación, ni accesibilidad y difusión de la información para que se conozca en el espacio de lo público para la cotidianeidad comunitaria.

En forma sucinta la participación de las mujeres en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama en el ámbito local de los centros de salud, unidades móviles y en la delegación, está subordinada y limitada por:

1) La falta de un proyecto de mayor proximidad con la gente y un proyecto de ciudadanización de los órganos públicos de salud que contemple estrategias para incorporar a las mujeres en la construcción de las etapas del PAICMA y la instrumentación de prácticas que promuevan mejores relaciones entre grupos y áreas involucradas.

2) La visión del primer nivel de atención del sistema de salud en el Distrito Federal. El Programa se ejecuta centralmente con acciones sin coordinación y sin tomar en cuenta la opinión de las ciudadanas o sus necesidades y no se ha logrado un nuevo modelo de prevención del cáncer de mama dentro de ese nivel de atención en el que participen las mujeres.

Hay una baja capacidad de gestión a nivel delegacional para operar el PAICMA. Se soslaya la importancia de la atención primaria y la coordinación complementaria organizada desde los centros de salud para integrar el Programa en los tres niveles de atención y entre delegaciones políticas e instituciones participantes.

3) La carencia de instrumentos claros de operación y pocos espacios de participación; las disyuntivas e instancias de participación son limitadas, con pocas atribuciones reales y efectivas, con la excepción de la figura de consejería para acompañar a la paciente y sus familiares para una toma de decisiones informada en el proceso integral de la enfermedad.

4) La población objetivo no ha conseguido apropiarse de algún presupuesto para la participación ciudadana ni se destinan actualmente recursos específicos para que las mujeres participen en la construcción del Programa.

5) No se ha cuidado la construcción de la conciencia colectiva de las mujeres desde el ámbito local para su inclusión y participación con un enfoque de derechos, tanto de acceso a la salud como de participación en los programas que mejoren su calidad de vida.

En los marcos conceptuales, estratégicos y legales para la participación ciudadana en el PAICMA, no se definen los niveles de aplicación para asignar recursos y establecer controles ciudadanos.

6) La información escasa, asimétrica y sin sistematización; e inaccesible para la mayoría de las mujeres; no permite conocer la operación del gobierno e identificar los múltiples factores que se conjugan y que se han ido construyendo para conformar procesos de segregación de la participación ciudadana en temas de salud; tampoco ha sido debatido los límites del sistema de información que afecta a las delegaciones y sus territorios.

Construir una cultura participativa precisa de transparencia y oportunidad en la información pública para tener elementos con que debatir las diferentes alternativas. La estructura institucional de la información en el diseño del Programa, no incentiva la participación en las decisiones públicas ni hace efectivo el derecho para lograr una atención oportuna y de calidad. El PAICMA no tiene definidas las acciones para el manejo sobre el derecho a la información que tienen las ciudadanas.

7) Las condiciones diferenciadas de desarrollo de las delegaciones y de la población para acceder al servicio, proponer acciones de mejoramiento y atender la enfermedad en su cobertura, registro, calidad, equipamiento, programas, fuentes de financiación, continuidad de la atención o tratamiento, capacidad de gestión y redes de información.

Son visibles las asimetrías en los servicios de salud, pero se ignora si los avances del Programa responden a necesidades específicas de la población enferma. Las adscripciones no necesariamente corresponden con las delegaciones políticas que tienen mayor población o las de menor índice de desarrollo social.

8) La práctica social del Programa no ha favorecido la propuesta de nuevos conceptos; los espacios para la participación ciudadana y sus modos de gestión son inducidos por los requerimientos básicamente de la economía y del diseño político y no se busca abrir espacios para incorporar la experiencia de las ciudadanas en los programas de salud locales.

La orientación de la participación ciudadana en los procesos electorales ha desplazado a otros tipos de intervención. El gobierno necesita un enfoque de la participación ciudadana orientado al desarrollo local de los programas dentro de una nueva visión de Estado.

9) La complejidad de intereses en juego limita la competencia de las ciudadanas para hacer efectiva su voz (grupos sociales, líderes de partidos, funcionarios públicos, representantes de la Asamblea Legislativa, médicos, técnicos, administrativos).

Como conclusión el objetivo de la participación de las mujeres en el PAICMA es crear una nueva institucionalidad, sustentada en la capacidad organizativa de las beneficiarias o interesadas en el Programa, para incorporar sus opiniones, experiencia y asegurar mejoraras. Incluye la institucionalidad en red y el uso de la tecnología de información y comunicación (Informando sobre acciones, propuestas, programas).

El planteamiento se encamina a recuperar la valorización de las experiencias de las ciudadanas para incorporarlas a los programas sociales del gobierno en beneficio de la comunidad. Nuevas formas de participación ciudadana con nueva información para aportar las experiencias de vida. Esquemas diferentes de participación como acciones efectivas para tomar parte en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama.

## **5.2. PROPUESTA**

### **INTRODUCCIÓN**

La participación ciudadana es un tema que ha adquirido trascendencia en las cuestiones sociales. Se ha debatido en torno a las metodologías y a los derechos ciudadanos para tener acceso a la educación, vivienda, alimentación, salud y otros, sin embargo la participación de los ciudadanos en la política pública, vista como derecho de la población es una cuestión que no se ha analizado.

Significa incorporar las experiencias de los ciudadanos en la toma de decisiones de la política pública y participar en todas las etapas de los programas sociales desde su planteamiento en la agenda de gobierno, el diseño e instrumentación de los programas, hasta el control y exigibilidad de los resultados.

La participación en la política pública con los derechos humanos como prioridad es una importante herramienta del gobierno para enfrentar el escenario de complejidad social y las nuevas formas de organización de exclusión y pobreza que se han expresado en la estructura social del país y en la Ciudad; y que han definido la diferencia entre los recursos de la población y sus posibilidades, particularmente de las mujeres.

El concepto de ciudadanía actualmente tiene otro alcance y profundidad de acuerdo los papeles que cumple en el ámbito territorial de su comunidad. El debate en torno a la participación ciudadana en la política pública, sitúa al ciudadano en su experiencia de vida diaria donde se inicia la expresión de sus condiciones y características que lo alientan o desestimulan a pensar en participar.

La complejidad social invita a otras construcciones sociales con identidades diferentes a las formas de organización tradicionales del individuo: joven, viejo, niño, trabajador, enfermo, mujer, discapacitado y otras; de modo que la integración de la identidad apela a la pluralidad y a los valores que fundamentan las organizaciones específicas.

### **LA PROPUESTA**

En esa diversidad la política pública en el tema de la salud se ha construido desde una visión sectorial; sin la concepción compleja e integral que el mundo globalizado demanda. Falta una visión integral desde la inclusión de la política social en un plan de desarrollo hasta la integración de los ciudadanos para participar en su construcción.

La idea es desarrollar el papel de la sociedad en la construcción de un Estado moderno como actor de la política social y como garante de las facultades de la colectividad para motivar una ciudadanía informada y participativa y consolidar de manera colectiva un proyecto nacional más equilibrado y con menos injusticias.

En ese enfoque es inevitable calibrar la posibilidad de un nuevo Estado social de bienestar con políticas incluyentes de desarrollo y formas sociales de participación en el que los intereses dominantes sean los de la sociedad y las personas sean reconocidas como sujetos de derechos. Se piensa que el eje transversal para construir políticas públicas sean los

derechos humanos vinculados en las diferentes áreas de la cuestión social (salud, trabajo, alimentación, participación ciudadana, educación, vivienda, transporte y otras).

La concepción contemporánea de una gobernabilidad democrática tiende al acercamiento con los gobernados y se entiende más como la administración del espacio público. Se trata de construir espacios para una comunicación fácil, clara y fluida con las autoridades, con herramientas y mecanismos de carácter vinculatorio que permitan ejercer plenamente los derechos públicos ciudadanos.

Esas acciones requieren una nueva institucionalidad para democratizar los procesos administrativos, demandan transparencia principalmente en la asignación de los recursos y otro diseño de las políticas públicas para incorporar al ciudadano, definiendo la incorporación a la acción pública local para la ejecución de objetivos colectivos.

El planteamiento se dirige a construir una cultura de participación ciudadana a corto y largo plazo, con instrumentos específicos ligados a las necesidades de la gente y mecanismos de transparencia para la rendición de cuentas donde se especifique la información pública gubernamental que se debe proporcionar a los ciudadanos, especialmente sobre los criterios de asignación de los presupuestos y aplicación del gasto público y medios de exigibilidad de sanciones para las autoridades que incurren en incumplimiento de los programas.

A largo plazo se trata de redefinir la cuestión social y las políticas públicas, entre ellas la de salud, partiendo de una visión de derechos humanos como estrategia transversal e introduciendo la participación ciudadana como política pública con una dimensión institucional, autónoma, deliberativa, individual y colectiva<sup>59</sup>. Con esa práctica se puede enfrentar la organización vertical y la fragmentación y sectorización de la administración pública en la salud.

A corto plazo y como resultado de la investigación del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, se propone un diseño de participación también institucional aplicando el concepto de asistencia comunitaria<sup>60</sup> para articular localmente los miembros de la comunidad y las instituciones de salud, reorganizando la figura de cuidadores comunitarios<sup>61</sup> que operen en forma vinculada en diferentes momentos de la enfermedad del individuo y de los programas de salud, entre ellos el de cáncer de mama.

En el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama se pretende lograr la apropiación de los servicios de salud mediante el ejercicio del derecho de las mujeres a participar incorporando sus experiencias en el (y los) programa de salud con acciones concertadas entre los niveles de gobierno y la sociedad local.

La propuesta se orienta a propiciar nuevos ámbitos e instrumentos de participación local, transformar las relaciones en los espacios públicos, con reglas trabajo claras y articulación de acciones y actores. Disponer de espacios para una comunicación fácil, transparente y fluida

---

<sup>59</sup> En la lámina 6 se hizo el esquema con la clasificación.

<sup>60</sup> El fundamento de la *Community Care* se explicó en el primer capítulo de esta tesis.

<sup>61</sup> Se parte de la figura de promotoras que han funcionado en diferentes gobiernos; pero con otra visión y estructura.



con las autoridades, con mecanismos de carácter vinculatorio que permitan ejercer plenamente los derechos públicos ciudadanos.

También se trata de formar conciencia de valores democráticos y establecer compromisos institucionales en la construcción de la participación ciudadana de la política de salud, sin perder de vista la coordinación entre instituciones y planos de gobierno, para instrumentar las jornadas y las acciones de los programas en el primer nivel de atención en los centros de salud, las unidades móviles y la delegación política.

## **CONCEPCIÓN DELIBERATIVA**

En la Ciudad de México se ha tenido avance en los derechos humanos; en el gobierno de Marcelo Ebrard se hicieron mesas de trabajo del Programa de Derechos Humanos con temas, estrategias y líneas de acción y aunque no se introdujo la participación ciudadana como una política pública vinculante; es un gran adelanto del cual partir.

En ese trabajo en la cuestión de la salud se abordaron 7 temas, 21 estrategias con 122 líneas de acción básicamente enfocadas a la atención médica, la infraestructura y el combate a las enfermedades. La gran ausente fue la participación ciudadana.

Partiendo de ese ejercicio y tomando como ejemplo el caso del PAICMA, el debate en torno a las condiciones específicas de la vida de la mujer enferma de cáncer y la forma de hacer efectivo su derecho a participar en el Programa se define por sus características de:

- 1) Mujeres enfermas, que han tenido asignado un papel social en la reproducción ampliada en el hogar y la comunidad, con el peso adicional del papel estético y sexual que culturalmente se les ha construido.
- 2) Mujeres en condiciones de exclusión y pobreza.
- 3) Mujeres que usan los servicios públicos de un programa de salud marcando una diferencia de concurrir a participar sólo como beneficiarias de esos servicios o para acciones electorales.

La propuesta significa reorientar la participación ciudadana a una política pública reorganizada con programas y servicios de atención en torno a los derechos de la mujer y de otros colectivos sociales, para hacer efectiva la difícil concreción del derecho de participación ciudadana en los programas de salud en el caso de género.

Se trata de definir el eje de la participación ciudadana en materia de salud, para alinear los intereses de los integrantes de la comunidad al PAICMA. La participación ciudadana será orientada a la discusión del problema del cáncer de mama como tema específico en cada barrio o colonia, dando prioridad a la experiencia de las mujeres y adaptando la figura de cuidadores comunitarios con una nueva visión.

Reorientar el objetivo del PAICMA con una estrategia de inclusión, así como los lineamientos conceptuales y las bases técnicas y operativas para hacerlas accesibles a la participación de las mujeres en el Programa con flexibilidad y un constante rediseño de objetivos y estrategias en función de los cambios que imprime la enfermedad en las mujeres.

## **ACTORES Y DIMENSIONES**

La participación institucional coordinada de ciudadanos y colectivos sociales (populares, académicos y de diferentes categorías) se propone en dos niveles dentro de un proceso de planificación de la política pública:

1. Organismos colegiados y grupos académicos como parte de la deliberación plural entre actores con diversos intereses y valores, para debatir en los espacios participativos ya constituidos como son: Comité y Consejo de Salud, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social y Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del PAICMA.

Se trata de aprovechar los espacios públicos que han construido otros programas como el de Mejoramiento de Barrios y construir una cultura democrática para incorporar la participación ciudadana de estudiosos y expertos en los programas de salud en sus diferentes etapas y momentos.

En este tramo se necesitan reglas claras en la normativa secundaria para lograr que los acuerdos sean aceptables y legítimos, con mecanismos de inclusión específicos sin subordinación al gobierno en la toma de decisiones, para incorporar las diferentes opiniones y los acuerdos que resulten de la deliberación.

Se propone a la Asamblea Legislativa proporcionar herramientas vinculantes para incorporar las propuestas de esos espacios de discusión e incluir en la normatividad las obligaciones específicas del gobierno como sujeto obligado con sanciones puntuales en caso de violación o incumplimiento del mandato constitucional o legal.

Se habla de redefinir los instrumentos jurídicos del gobierno local y las delegaciones políticas para hacer vinculatoria la gestión y las actividades de los comités y consejos de salud y comités y consejos ciudadanos y las mesas de trabajo en temas de salud. Con reglas para delimitar el dominio de autoridades del gobierno y figuras participativas y evitar que los comités ciudadanos se conviertan en apéndices del gobierno.

La revisión del marco legal es también para incorporar procedimientos de operación específicos y definir claramente la factibilidad de operación de los espacios de participación, la aplicación de los instrumentos estipulados y la creación de otros nuevos. Los lineamientos políticos y normativos, serán responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal.

Los grupos académicos con mayor conocimiento, pueden construir planteamientos para examinar la complejidad de la participación ciudadana en los procesos de salud-enfermedad y proponer alternativas de intervención ciudadana, incluyendo el acceso diferencial a los servicios, así como analizar los problemas de exclusión económica y cultural que supone la actual organización.

2. En una segunda instancia para el PAICMA se propone un sistema de asistencia comunitaria construido desde el territorio donde vive el enfermo, diseñando el concepto de la figura de cuidadores comunitarios en dos dimensiones: trabajadores del sector salud para brindar apoyo a los ciudadanos de la comunidad (enfermos, niños, viejos, mujeres) y como mediadores y enlace-coordinador con las instituciones.

La organización de cuidadores comunitarios es un esquema cuyo origen tiene una visión y forma de gobierno con componentes de voluntad, identidad, vínculos de solidaridad y afecto y pluralidad democrática, que incluye la salud de la familia y privilegia y el cuidado del enfermo la incorporación de nuevos sujetos que vive en la comunidad y están desempleados (familiar, vecino).

El diseño es de atención domiciliaria semanal con apoyo específico para el enfermo (traslados, aplicación de medicamentos, atención urgente inicial y otros) y cuidados de largo plazo. Se inicia en el núcleo familiar, recuperando el enfoque preventivo y al médico (y enfermera) de primer contacto con seguimiento en el barrio, escuela, lugar de trabajo, centros de salud y unidades móviles.

En este tramo se tiene que redefinir con base en las necesidades de las ciudadanas (y sus familias) y considerando la heterogeneidad de las delegaciones en el primer nivel de atención con líneas específicas para las acciones preventivas del cáncer de mama, bajo la óptica de que el derecho de acceso a la salud, requiere ser orientado hacia el reconocimiento de las necesidades de la población objetivo y sus características.

La re – conceptualización del primer nivel de atención será con base en el contacto inicial de la mujer con el sistema de salud, para obtener atención profesional, y responsabilidad nominal del médico de barrio o colonia, que se responsabilizará de la continuidad de la atención.

Se incluirán todas las acciones de centros de salud, unidades ambulatorias y acciones aisladas de la delegación y se establecerán protocolos que definan con claridad la especificidad las funciones, los procedimientos y la operación de las acciones para la atención de la enfermedad y la participación de las mujeres.

El seguimiento de los servicios de las pacientes es complejo e implica que los enfermos estén a cargo de profesionales de la salud que ofrezcan una atención continua, personal y humana; para lo cual se requiere recursos presupuestales para la participación ciudadana en ese nuevo instrumento.

Se trata de hacer trabajo social pagado y técnicamente de calidad y recuperar la calidad del ser humano que se ha devaluado por las condiciones de la enfermedad en particular, y de la estructura social en general; así los miembros de la familia o vecinos que estén desempleados y en condiciones de salud participarán con acciones diferentes y recibirán un salario a cambio.

La idea es unir el concepto de la participación ciudadana en los programas de salud del gobierno de la ciudad, con la práctica y una metodología de utilidad, combinando la política social de desarrollo humano de atención a personas como sujetos de derechos, con una visión de trabajo remunerado y capacitado.

Los costos son reducidos si se aprovecha y reorganiza la administración pública, se usa la infraestructura de las secretarías e instituciones públicas en forma coordinada alineando los derechos humanos con políticas vinculatorias y se cumple la legislación de la participación ciudadana en la política pública.

A la fecha se carece de un presupuesto para hacer efectivo el derecho de participación ciudadana en la política pública mencionado en la ley, de tal forma que se propone la partida presupuestal específica, claramente identificada, que asegure la viabilidad para operar el derecho de participación ciudadana en el PAICMA. Adicionalmente se proponen estímulos fiscales a través de un registro simplificado para recibir donaciones y aportaciones deducibles de impuestos, para lograr que las empresas aporten recursos para esas actividades.

Los recursos para la ejecución de las propuestas y desarrollo de las etapas del Programa se aplicarán con asesoría y con evaluación de resultados; también hay que relacionar el presupuesto participativo a las etapas del PAICMA con planteamientos específicos discutidos en los espacios comunitarios de la delegación y acuerdos colegiados. Se trata de democratizar las acciones del Programa integrando a las ciudadanas en un nuevo espacio público, junto con las autoridades del Gobierno de la Ciudad.

Una de las tareas de los cuidadores comunitarios será la de incorporar la experiencia de las mujeres que han pasado por la enfermedad y han adquirido conocimientos prácticos para mejorar el Programa; así como para exigir el cumplimiento de sus derechos.

Los cuidadores pueden recuperar las metodologías de análisis construidas por la mirada de los propios actores, como las historias y narrativas de familia, fotos, entrevistas y diarios de vida que permitirán entender lo que hacen los sujetos en sus condiciones de vida específicas donde el investigador no interviene.

También la entrevista habla de la participación ciudadana en relación a una visión y vida cotidiana respecto a su enfermedad y condiciones de vida. Lo interesante es conectar esa subjetividad con la objetividad de la estructura formal del diseño de la participación en el PAICMA.

En forma paralela las instituciones aportarán un plan de acción para la educación cívica de la participación ciudadana en escuelas, unidades habitacionales, núcleos sociales organizados y con organizaciones no gubernamentales; y en su caso, recabarán las opiniones de los vecinos sobre la participación ciudadana en el tema de cáncer de mama.

Se insiste en la exigibilidad del cumplimiento de los derechos de participación en la política pública, con base en las normas sobre las obligaciones específicas del gobierno como sujeto obligado, con sanciones puntuales en caso de violación o incumplimiento del mandato constitucional y la construcción operativa del defensor o contralor ciudadano y redes sociales concretas como espacios de comunicación e información.

El Programa ofrecerá un sistema estructurado para la adscripción de las mujeres, definiendo la responsabilidad de las áreas y equipos de atención por número de mujeres; se coordinará con los otros niveles de atención, cuidando la calidad, oportunidad y vinculación a una red más compleja del servicio.

Los promotores comunitarios institucionales tendrán a su cargo el diseño de un registro sucinto de las experiencias de las mujeres que han pasado por la enfermedad.

El esquema de participación territorial se coordinará entre las autoridades, los responsables institucionales del Programa en las comunidades con la acción específica de Inmujeres, D.F. y las cuidadoras comunitarias.

Se definirá la coordinación para la operación del PAICMA y la participación ciudadana mediante un esquema multinivel con las diferentes áreas relacionadas con la enfermedad, como son las instituciones que lleven programas de alimentación, vivienda, educación, trabajo y otras.

Se propone un mapa de coordinación inter e intra institucional de participación ciudadana, especificando los tramos de articulación de atención inicial y de atención continuada con vinculación a la comunidad y a un padrón de organizaciones relacionadas con el cáncer de mama.

Se incluyen los niveles de organización y participación de los comités y la relación con la delegación. En este intervalo son indispensables algunos indicadores de las necesidades de la población para hacer operativo el concepto de equidad contenido en la norma.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, la delegación, INMUJERES D.F. la comunidad, familias, ciudadanas y grupos de investigación intervendrán intersectorialmente en los espacios locales. En la gestión se necesita un enfoque de vigilancia integral de la enfermedad con esquemas funcionales en cada tramo de los procedimientos.

El proyecto implica una investigación en la comunidad de núcleos familiares y mujeres en situación de riesgo y analizar la capacidad para sostener una experiencia innovadora en la participación ciudadana con una programación de actividades, acciones afirmativas y educación.

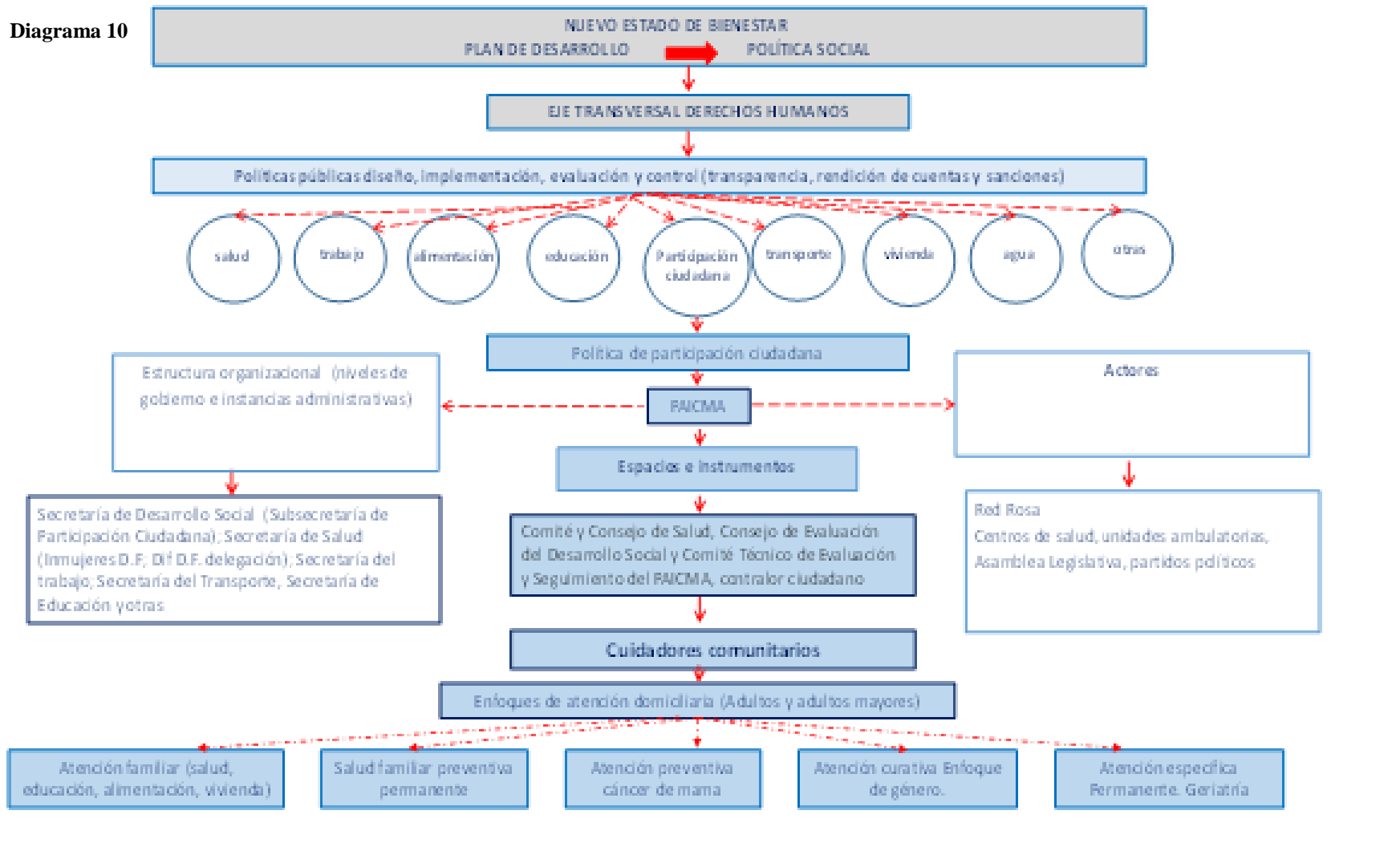
Le corresponde a las instituciones diseñar un esquema integral por colonia y delegación para tener un diagnóstico real de las características sociodemográficas de la población; sus condiciones de salud, trabajo, escolaridad y edad y contar con el padrón de atención de la población femenina; señalando su tipo de atención (centros de salud, unidades móviles u otras formas).

También es necesario detallar la infraestructura de salud con que se cuenta en las 16 Delegaciones políticas. Además se tendrán que elaborar en forma sistemática, expedientes e historias clínicas, utilizando el sistema de redes.

La revisión clínica será periódica y se contará con controles de calidad y asignación de responsabilidades.

**En el diagrama 13** de la siguiente página, se presenta un esquema de la propuesta

Diagrama 10



Como conclusión, se diseñará un programa de información pública con alcance y datos relevantes del Programa (cartas, postes, folletos, boletines, llamadas telefónicas, programas de radio y TV e Internet que incluya a grupos especiales como minorías étnicas que pueden tener problemas con el lenguaje, discapacitados, personas con bajo nivel de alfabetización.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, Villanueva Luis F. Gobernanza y Gestión pública. Editorial Fondo de Cultura Económica, México 2008.

Aguilar, Villanueva Luis F. El Estudio de las Políticas Públicas. Editorial Porrúa, México 2007.

Aguilar, Villanueva Luís F. Gobernanza y Gestión Pública. Editorial Fondo de Cultura Económica México 2006.

Aguilar, Rubén. 25 Años de Desarrollo Social en México. Editorial Banamex, División de Estudios Económicos y Sociopolíticos. México 2004.

Alcántara, Sáez Manuel. Democracia y Valores Democráticos en la Clase Política Latinoamericana, en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 60, no. 2, México, abril-junio de 1998.

Alcántara, Armando. Gobernanza, gobierno y gobernabilidad, en Uvalle, Ricardo; Moreno, Roberto (coordinadores). *Gobernabilidad y gobernanza en los albores del Siglo XXI y Reflexiones sobre el México contemporáneo*. Universidad Nacional Autónoma de México; e Instituto de Administración Pública del Estado de México. México 2012.

Altimir Oscar, Distribución del ingreso e incidencia en la pobreza a lo largo del ajuste. Revista de la CEPAL N° 52: 7-32, 1994.

Álvarez, Enríquez Lucía *et al* (coordinadores). Democracia y exclusión: caminos encontrados en la Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Plaza y Valdés, México 2006.

Álvarez, Enríquez Lucía. La sociedad civil en la Ciudad de México: actores sociales, oportunidades políticas y esfera pública. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Plaza y Valdés, México 2004.

Álvarez, Enríquez Lucía. Sociedad civil y construcción democrática. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Revista Metapolítica, julio-agosto, Pp.120-126, México 2003.

Álvarez, Enríquez Lucía. La moderna cuestión social. En Olvera, Alberto (coordinador). *La sociedad civil. De la teoría a la realidad*. El Colegio de México, Revista Metapolítica, enero-marzo Pp.178-183, México 2002.

Álvarez, Enríquez Lucía ¿Una ciudad para todos?: la Ciudad de México, la experiencia del primer gobierno. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, México 2002.



Álvarez, Enríquez Lucía. La Sociedad civil ante la transición democrática Red Mexicana de Investigadores sobre Organizaciones Civiles. Plaza y Valdés, México 2002.

Álvarez, Enríquez Lucía. Participación ciudadana y nueva cultura política en la Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, México, Revista Acta Sociológica, enero-abril Pp. 9-24, México 1998.

Arbona, Manuel. Ciudadanía Política Callejera: Apropiación de Espacios y Construcción de Horizontes Políticos en Procesos de Urbanización. Universidad para la Investigación Estratégica de Bolivia (UPIEB) 2008.

Baradach, Eugene. Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas, Centro de Investigación y Docencia Económicas; México, 1998.

Barba, Solano Carlos. (Compilador) Retos para la Integración Social de los Pobres en América Latina. Libros Buenos Aires, 2009.

Barba, Solano Carlos. América Latina: Regímenes de Bienestar en Transición en Agenda para el Desarrollo, José Luis Calva, coordinador. Universidad Nacional Autónoma de México, M. A. Porrúa, México 2007.

Barba, Solano Carlos. La Reforma Social del Estado en México en Agenda para el Desarrollo José Luis Calva coordinador. Universidad Nacional Autónoma de México, M. A. Porrúa, México 2007.

Barba, Solano Carlos. Régimen de Bienestar y Reforma Social en México. Editorial Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social, Santiago de Chile 2004.

Barba, Solano Carlos. (Coordinador). Políticas Sociales, en *Pobreza, Ciudades, Exclusión Social*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires 2009.

Bauman, Zygmunt. El Destino de la Desigualdad Social en Tiempos de la Modernidad Líquida, en *Daños Colaterales. Desigualdad Social en la Era Global*, Traducido por Lilia Mosconi, Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires 2011.

Becerra, Laura y De León Emilienne. La justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Los instrumentos internacionales, las leyes y las políticas públicas, en *Derechos de Ciudadanía. Responsabilidad del Estado*. Canto Chac, Manuel. Capitulo VIII, Pp. 159-175. Icaria Editorial S.A. Barcelona España 2005.

Belil, Mireia y Serra, Alberto, La Estrategia de la Ciudadanía. Un Ejemplo de Promoción de la Construcción de Proyectos Colectivos en Torroja, Alex y Carmagni (Coordinadores) *Una nueva cultura del territorio*, CUIIMPB, Barcelona, 2006.

Bobbio, Norberto. Teoría General de la Política. Editorial Trotta, Edición de Michelangelo Bovero, Traducción de Antonio de cabo y Gerardo Pisarello, España 2003.

Bobbio, Norberto. Teoría general de la política. Einaudi, Turín, 1999.

Bobbio, Norberto. Sociedad y Estado en la Filosofía Moderna. Editorial Fondo de Cultura Económica, traducción de José Florencio Fernández Santillán, [Breviario N° 330], México 1986.

Bobbio, Norberto. Liberalismo y Democracia. Editorial Fondo de Cultura Económica, traducción de José F. Fernández Santillán, México 1966.

Boltvinik, Julio. Necesidades humanas, recurso tiempo y crítica de la teoría neoclásica del consumidor. Revista Economía Informa. El Colegio de México, México, 2008.

Boltvinik, Julio y Hernández, Laos Enrique. Pobreza y distribución del ingreso en México. Siglo XXI, México, 2006.

Boltvinik, Julio. Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. Revista Papeles de Población, México 2005.

Boltvinik, Julio. Educación, pobreza humana y pobreza económica. Revista Interamericana de Educación de Adultos, México, 2004.

Boltvinik Julio [et al]. Desarrollo social: modelos, tendencias y marco normativo. Cámara de Diputados, LVII Legislatura, Comisión de Desarrollo Social, México, 2000.

Bovero, Michelangelo. Una gramática de la democracia. Contra el gobierno de los peores, trad. de Lorenzo Córdova Vianello, Madrid, Trotta, 2002.

Bovero, Michelangelo. Liberalismo, Socialismo y democracia. Definiciones mínimas y relaciones posibles. Cambio XXI Fundación Mexicana, México, 1993.

Bresser Pereira, Luiz Carlos. Ciudadanía y res publica. La emergencia de los derechos republicanos. Revista Nueva sociedad, enero-febrero Pp. 42-75, México 1999.

Brugué, Q. R. Gomay J. Subirats. De La Pobreza a la Exclusión Social. Nuevos Retos para las Políticas Públicas en Revista Internacional de Sociología N°. 33, septiembre– diciembre, 2002.

Cabrera, Adame Carlos Javier y Cordera, Campos Rolando. Superación de la Pobreza y Universalización de la Política Social (Coordinadores). Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

Cabrero, Mendoza Enrique. Ponencia en la apertura del Foro Internacional Sobre Políticas Públicas, México 2007.

Cabrero, Mendoza Enrique. Acción Pública y Desarrollo Local. Fondo de Cultura Económica. México 2005.

Cabrero, Mendoza Enrique (Coordinador). Innovación en Gobiernos Locales, Un Panorama de experiencias Municipales en México. Centro de Investigación y Docencia Económicas (Premio Gobierno y Gestión Local), México 2002.

Cabrero, Mendoza Enrique. Del administrador al Gerente Público. Instituto Nacional de Administración Pública. México 1997.

Calva José Luis, Políticas económicas para un desarrollo sostenido con equidad. Publicación en línea [www.presidencia.gob.mx](http://www.presidencia.gob.mx).

Canto Chac, Manuel. Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo. Política y cultura, México 2008.

Canto Chac, Manuel. Derechos de ciudadanía, responsabilidad del Estado. Editorial Barcelona: Icaria, 2005.

Canto Chac, Manuel. Las Organizaciones civiles en la transición: programa de análisis de la realidad y alternativas. Red de Centros y Organismos Ecuménicos de Latinoamérica y el Caribe, México 1998.

Canto Chac, Manuel. De lo cívico a lo público: una discusión de las organizaciones civiles. Red de Centros y Organismos Ecuménicos de Latinoamérica y el Caribe, México 1998.

Carbonell, Miguel. Estudio sobre la Reforma a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Grupos en Situación de Vulnerabilidad y Definición de Acciones Afirmativas. Editorial Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México 2008.

Carbonell, Miguel. Discriminación, Igualdad y Diferencia Política. Editorial Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México 2007.

Carbonell, Miguel, Calidad de la Democracia y Estado de Derecho. Editorial Instituto Electoral del Estado de México. Toluca 2006.

Carbonell, Miguel. La Construcción de la Democracia Constitucional. Editorial M. A. Porrúa, México 2005.

Carbonell, Miguel. Una historia de los Derechos Fundamentales. Editorial M. A. Porrúa y Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México 2005.

Carbonell, Miguel. Los Derechos Fundamentales en México. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos y M. A. Porrúa, México 2005.

Carbonell, Miguel. Igualdad y Constitución. Editorial Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México 2004.

Carbonell, Miguel. Wistano, Orozco. Rodolfo, Vázquez (Coordinadores). Estado de Derecho: Concepto, Fundamentos y Democratización en América Latina. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Tecnológico Autónomo de México y Siglo Veintiuno, México 2002.

Carbonell, Miguel. La Constitución en Serio: Multiculturalismo, Igualdad y Derechos Sociales. Editorial M. A. Porrúa y Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 2002.

Carbonell, Miguel; Cruz, Parceró Juan A; Vázquez, Rodolfo (Compiladores). Derechos Sociales y Derechos de las Minorías. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 2000.

Cardozo, Brum Myriam Irma. La Evaluación de Políticas y Programas Sociales en México, 1998-2004. Editorial M. I. Cardoso Brum, México 2005.

Carpizo, Jorge y Carbonell, Miguel (Coordinadores). Derecho a la Información y Derechos Humanos: estudios en homenaje al maestro Mario de la Cueva. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 2000.

Castells, Manuel. La región metropolitana en red como forma urbana de la era de la información: de la descripción a la explicación, en Alicia Ziccardi (coordinadora). *Ciudades del 2010: entre la sociedad del conocimiento y la desigualdad social*. Universidad Nacional Autónoma de México 2012 Pp. 39-55.

Catenazzi, A. y Representación Da, Capítulo IV Acerca de la gestión de la proximidad, en *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Chiara, Magdalena y Di Virgilio, María Mercedes (organizadoras), Pp. 25-52. Prometeo Libros, 2009.

Cejudo, M Guillermo. (compilador). Nueva gestión pública. Escuela de Administración Pública del Distrito Federal. Editorial Siglo XXI, México 2011.

Chiara Magdalena y Di Virgilio María Mercedes. Conceptualizando la gestión social, en Gestión de la política social. Conceptos y herramientas en Chiara, Magdalena y Di Virgilio, María Mercedes (organizadoras), Capítulo II. Prometeo Libros, 2009.

Chiara, Magdalena. Er Al; Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires, Argentina 2008.

Chomsky, Noam. El Miedo a la Democracia. Editorial Grijalvo Mondadori, traducción de Mieia Carol y revisión de Carmen Castells, Barcelona 1992.

Comisión de Desarrollo Social. LX Legislatura de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Material del Seminario Perspectivas del Desarrollo Social en México., México 2007.

Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y Salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. Fondo de Cultura Económica: México 2006.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (México), Mapas de Pobreza por Ingresos y Rezago Social, 2005 [disco compacto]. Editorial Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México, D.F. 2007.

Conferencias sobre Desarrollo Participativo. Publicación en línea: [www.pdfforum.org](http://www.pdfforum.org).1999. Ottawa, agosto 1999.

Cordera, Rolando (coordinador); Ramírez, Kuri Patricia; Ziccardi ; Alicia: colaboradores Leonardo Lomelí (*et al*). Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI. Editorial Siglo XXI y Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, México 2008.

Cordera, Campos Rolando y Cabrera, Adame Carlos Javier (Coordinadores). Política Social, Experiencias Internacionales. Universidad Nacional Autónoma de México, México 2008.

Cordera, Campos Rolando y Adame, Carlos Javier (Coordinadores) El Papel de las Ideas y las Políticas en el Cambio Estructural en México. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México y Fondo de Cultura Económica. México 2008.

Cordera, Campos Rolando y Cabrera, Adame Carlos Javier (Coordinadores). La Política Social en México: Tendencias y Perspectivas Universidad Nacional Autónoma de México, México 2007.

Cordera, Campos Rolando. La Globalización de México: Opciones y Contradicciones. Universidad Nacional Autónoma de México, México 2006.

Cordera, Campos Rolando (Coordinador). La Economía Nacional: una Reflexión. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, Universidad Nacional Autónoma de México, México 2004.

Cordera, Campos Rolando; Cabrera, Adame Carlos y Ziccardi, Alicia (Coordinadores). Las Políticas Sociales, al Fin del Milenio, Descentralización, Diseño y Gestión Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Humanidades, Facultad de Economía, Instituto de Investigaciones Sociales, México 2000.

Cordera, Campos Rolando La Economía Mexicana en Peligro (Compilador). Editorial Cal y Arena, México 1997.

Crouch, Colin. La ampliación de la ciudadanía social y económica y la participación en Soledad García y Steven Lukes (compiladores.), *Ciudadanía: justicia social, identidad y participación*. Siglo XXI, Madrid, 1999.

Cosío, Villegas Daniel. El Sistema Político Mexicano. Editorial Joaquín Mortiz, México 1976.

Cruells, Marta y Eva Alfama. Experiencias y reflexiones sobre la transversalidad en las políticas de igualdad de género en Ramón Canal Ciudades y pueblos que puedan durar. Políticas locales para una nueva época. Editorial Ícara, Barcelona España 2013.

Cuadernos de Movilización Ciudadana. Partido de la Revolución Institucional. Serie Partido y Sociedad N° 1, secretaria de Movilización Ciudadana, México 1996.

Danani, Claudia y Hintze Susana. Introducción. Protección y seguridad social para distintas categorías de trabajadores. Definiciones conceptuales, propuestas de abordaje e intento de interpretación en *Protecciones y Desprotecciones: La seguridad social en Argentina* de Danani, Claudia y Hintze, Susana (coordinadoras). Pp. 9-29. Universidad Nacional de General Sarmiento. Buenos Aires, Argentina 2011.

Danani, Claudia, Capítulo I: La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización en *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas* de: Chiara, Magdalena y Di Virgilio, María Mercedes (organizadoras), Pp. 25-52. Prometeo Libros, 2009.

De la Cueva, Mario. La Idea del Estado. Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones, México 1986.

Dieterlen, Paulette. Relaciones entre la ética y la política. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras. Revista Intersticios, México 1995.

Draibe, Sonia Miriam. Estado de Bienestar, Desarrollo Económico y Ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea. Editorial Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Sede Subregional de la CEPAL México 2006.

Elder, Charles D. Problemas públicos y agenda de gobierno. Estudio introductorio y edición Luis F. Aguilar Villanueva, México, 2000.

Espinoza, Toledo Ricardo. Presidencialismo y Régimen Presidencial, en *La Ciencia Política en México*, Coordinador Mauricio Merino, Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1999.

Ferrajoli, Luigi. Poderes Salvajes. La crisis de la democracia constitucional. Editorial Minima Trotta. Traducción de Perfecto Andrés Ibáñez. Madrid 2011.

Fleury, Sonia, Construcción de Ciudadanía en Entornos de Desigualdad en: Democracia con Desigualdad. Banco Interamericano de Desarrollo y Unión Europea, Washington, D. C. 2006.

Frenk Julio. El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México, N°. 27 Pp. 438-53. México, 1985.

Flores, Arturo. Participación ciudadana y democracia participativa: buscando alternativas para la medición del empoderamiento ciudadano en México. México. 2007 P. 31.

Fuentes, Mario Luis. La Asistencia Social en México. Historia y perspectivas. Editorial Paideia, S.A. de C.V. Prólogo de Gilberto Rincón Gallardo. México 2002.

Fung, Archon y Wright Erik Olin. Capítulo 1: En torno al Gobierno Participativo con Poder de Decisión en Democracia en Profundidad. Nuevas formas institucionales de gobierno participativo con poder de decisión de: Fung, Archong y Wright Erik Olin, Pp. 19-85. Universidad Nacional de Colombia, 2003.

Fundación Heberto Castillo Martínez, A. C. ¿Cuáles son las Reformas Estructurales que Necesita México? Editorial México 2007.

Funsalud. La salud en México. 2006/2012. Capítulo V. La reforma para alcanzar la protección financiera universal y ordenar el financiamiento del sistema de salud. Funsalud: México 2006.

Garretón, Manuel Antonio. Transformación Social y refundación política en el Capitalismo Autoritario. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, San José de Costa Rica 1991.

Godás, Pérez Xavier. La Política de Inclusión Social en el Marco de Redes de Acción, en Sociología de los Movimientos Sociales, Icaria Editorial S. A. Barcelona 2007.

González, Casanova Pablo. La Democracia en México. Editorial Era, México 1965.

Gray, Molina George, Relaciones Estado-Sociedad en Bolivia: La Fuerza de la Debilidad, en: John Crabtree, George Gray y Laurence Whitehead (Editores) Tensiones Irresueltas. Bolivia Pasado y Presente. PNUD Bolivia 2009.

Guerra, Francois-Xavier El Pueblo Soberano: Fundamento y Lógica de una Ficción, en Fernando Calderón (Compilador). *Socialismo, Autoritarismo y Democracia*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Instituto de Estudios Peruanos. Lima 1989.

Güendel, Ludwig La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos. La búsqueda de una nueva utopía en Política social. Vínculo entre Estado y Sociedad de Sergio Reuben Soto. Pp.168-218. Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2000.

Gurría, Ángel, Secretario General de la OCDE Inauguración del Foro Internacional sobre Políticas Públicas para el Desarrollo de México, México febrero 2007.

Gutiérrez, Rivas Rodrigo y Salazar, Ugarte Pedro, Igualdad, no discriminación y derechos sociales, una vinculación virtuosa. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México 2011.

Habermas, Jürgen. Filosofía de la Modernidad. Editorial Taurus, traducción Manuel Jiménez Redondo, España 1989.

Habermas, Jürgen, Conciencia moral y acción comunicativa. Editorial Península Traducción de Ramón García Cotarelo, Barcelona, 1985.

Habermas, Jürgen. The theory of communicative action. Editorial Beacon. Traducción de Thomas McCarthy, Boston 1984.

Habermas, Jürgen. Historia y crítica de la opinión pública: La transformación estructural de la vida pública. Editorial Gili Versión castellana de Antoni Domenech, con la colaboración de Rafael Grasa, México 1981.

Held, David. Modelos de Democracia. Editorial Alianza Universidad, versión española de Teresa Alberó, Madrid 1996.

Hernández, Muñoz Edgar. Los Usos Políticos de la Pobreza: Política Social y Clientelismo Electoral en la Alternancia. Editorial El Colegio Mexiquense, México 2008.

Herrera, Manuel y Castón, Pedro. Nuevas dimensiones de las políticas sociales: la community care. En las políticas sociales en las sociedades complejas. Ediciones Ariel. Barcelona 2003.

Hintze, Jorge. Capítulo III: Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas en Gestión de la política social. Conceptos y herramientas de: Chiara, Magdalena y Di Virgilio, María Mercedes (organizadoras), Pp. 25-52. Prometeo Libros, 2009.

Huerta, Arturo. El Neoliberalismo en un Callejón. Revista Bimestral N° 1 Democracia y Socialismo. Centro de Estudios del Socialismo, A.C. México febrero 1998.

Ibarra David ¿Aprendemos de la Recesión? 2010, Documento leído en *Encuentro en México. Construyendo Futuro 2010*. México, 21 de octubre 2010.

Ibarra, David. Ensayo Sobre la Economía Mexicana. Fondo de Cultura Económica. México 2005.

Jusidman, Rapoport Clara (Coordinadora). Reflexiones Ciudadanas sobre la Política Social. Consejo Consultivo de Desarrollo Social 2004-2006, Secretaria de Desarrollo Social, México 2008.



Jusidman, Rapoport Clara y Aramburú Marcela. La Participación de la Población en la Actividad Económica en México. Editorial Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Aguascalientes 1994.

Kelsen, Hans. Teoría General del Derecho y el Estado. Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones, México 1983.

Kliksberg, Bernardo. Estrategias y Metodologías para Promover la Participación Social en la Definición e Implantación de Políticas Publicas de Combate a Las Inequidades en Salud. Documento preparado para la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002.

Lassell, Harold D. El estudio de las políticas públicas. Estudio introductorio y edición de Luis F. Aguilar Villanueva. México, 2000.

Lapierre, Jean William ¿Qué es Ser Ciudadano? Editorial Presses Universitaires de France, Paris 2003.

Lechner, Norbert. Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. Editando sección de «Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo». Documento fotocopiado 1999.

Lombera, Rocío y Cabrera, Milagros. Desarrollo y Gestión Municipal. Primer Encuentro de Experiencias Latinoamericanas sobre Gobernabilidad Democrática y Participación Ciudadana, México 1998.

Lorenzana, Concha, Experiencias de Ciudadanía Participativa. Editor Lorenzana Concha, Serie Hacia el Sur, Barcelona Icaria 2002.

Lomelí, Vanegas Leonardo y Cordera, Campos Rolando (Coordinadores) de lo Local a lo Global: los Desafíos de la Globalización y sus Repercusiones Locales: Memoria de Coloquio. Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, México 2003.

Lowi, Theodore J. La hechura de las políticas públicas; Estudio introductorio y edición Luis F. Aguilar Villanueva. México, 2000.

Macias-Aymar, Iñigo: ¿La Desigualdad de Ingresos limita la Democracia?, en Entornos de Desigualdad en: BID-UE, Democracia con desigualdad, Washington, 2006.

Macpherson, C. B. La Democracia Liberal y su Época. Alianza Editorial. Traducción de Fernando Santos Fontanela. Madrid 1997.

Magaña, Rosa María y Vargas Larios Germán (Coordinadores). Evaluación de las Políticas Públicas: Redefinición o Continuidad. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades, México 2004.

Manrique, Morteo G. y Carrera, Fernández M.J. Participación ciudadana y marginación social: Conceptualización y parámetros de medición en Revista de la Universidad Cristóbal Colón Número 17-18, edición digital a texto completo en [www.eumed.net/rev/rucc/17-18/](http://www.eumed.net/rev/rucc/17-18/)

Manzanal, Mabel. Desarrollo. Una perspectiva crítica desde el análisis del poder y del territorio. Revista de Ciencias Sociales N°283. Instituto Argentino para el Desarrollo Económico, Buenos Aires Argentina 2014.

Marshall, T.H. Citizenship and Social Class. En: Class, Citizenship and Social Development. Nueva York: Anchor 1965.

Marshall, T.H. Ciudadanía y clase social. Editorial Alianza, Madrid 1998.

Martinelli, José María. Políticas públicas en el nuevo sexenio, Plaza y Valdés editores, México, 2002.

Martínez, Assad Carlos R. y Ziccardi, Alicia. El Municipio entre la Sociedad y el Estado en Estudios Mexicanos. V. 3 N°. 2 México 1987.

Martínez, Assad, Carlos R. Política y Gestión Municipal en México. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, México 1988.

Marx, Carlos y Engels, Federico. Obras Escogidas Tomo I y II. Editorial Progreso. Preparación del Instituto de Marxismo-Leninismo adjunto al CC del Partido Comunista de la Unión Soviética (Editorial de Literatura Política del Estado 1955). Moscú 1971.

Mellado, Roberto Hernández. Participación Ciudadana Institucionalizada y gobernabilidad en la ciudad de México. Plaza y Valdés Editores. México 2001.

Memorias del Seminario Internacional *Reforma del Estado y Ciudadanía en América*: Universidad del Istmo, Campus Cd. Ixtepec, Oaxaca 2012.

Merino, Huerta Mauricio. El futuro que no tuvimos. Crónica del desencanto democrático. Editorial Planeta, México 2012.

Merino, Huerta Mauricio. La Estructura de la Rendición de Cuentas en México: Informe Sobre la Calidad de la Información en las Cuentas Públicas en México. Editorial Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México 2009.

Merino, Huerta Mauricio. La Importancia de las Rutinas: Marco Teórico para una Investigación sobre la Gestión Pública Municipal en México. Editorial Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México 2005.

Merino Huerta, Mauricio. Los Gobiernos Municipales de México: el Problema del Diseño Institucional. Editorial Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México 2004.

Merino Huerta, Mauricio. La Transición Votada: Crítica a la Interpretación del Cambio Político en México. Editorial Fondo de Cultura Económica, México 2003.

Merino, Huerta Mauricio, Meyer, Lorenzo *et al.* La política en el Plan Nacional de Desarrollo. Videocassette de Conversación con profesores de El Colegio de México, Canal 11 de televisión, México 1995.

Merino Huerta, Mauricio. En Busca de la Democracia Municipal: la Participación Ciudadana en el Gobierno Local Mexicano. Editorial Centro de Estudios Internacionales, El Colegio de México (CIDE), México 1994.

Merino, Huerta. La Democracia Pendiente. Editorial Fondo de Cultura Económica [Colección Popular], México 1993.

Meyer, Lorenzo. La Segunda Muerte de la Revolución Mexicana. Editorial Cal y Arena, México 1993.

México Frente A La Crisis: Hacia Un Nuevo Curso de Desarrollo. Varios Autores. Publicación: Junta de Coordinación Política de la Cámara de Diputados, Senado de la República y Universidad Nacional Autónoma de México. Grupo de redacción: Rolando Cordera Campos, Carlos Heredia Zubieta, Jorge Eduardo Navarrete López. México, Septiembre de 2009.

Mockus, Antanas. Urbanismo y espacio público: oportunidades para fomentar cultura ciudadana. En, Carrión, Fernando; Benalcázar, Grace (eds.). *Políticas integrales y convivencia en las Ciudades de América Latina: servicios urbanos e inclusión*. Quito 2009: OLACCHI, pp. 97-106.

Mouffe, Chantal El Retorno de lo Político: Comunidad, Ciudadanía, Pluralismo, Democracia Radical Editorial Verso, New York 1992.

Muller, C. La infraestructura comunal del estado de bienestar. Observaciones en torno al tema del "socialismo municipal". Revista Iztapalapa, México, 1992.

Muñoz, Ledo Porfirio. Sumario de una Izquierda Republicana. Editorial Océano, México 2000.

Murayama, Ciro y Cordera, Rolando (coordinadores). Determinantes de la Salud. Editorial Fondo de Cultura Económica. México 2012.

Naser, Alejandra y Concha, Gastón. El Gobierno Electrónico en la gestión pública. Serie Gestión pública, N° 73 (LC/L.3313-P), Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Santiago de Chile 2011.

Newton, Kenneth. 1997, Social Capital and Democracy. American Behavioral Scientist, vol. 4 N° 5: Pp. 575-586.

Novaro, Marcos. El Debate Contemporáneo sobre la Representación Política, en *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 35, N° 137, Buenos Aires, abril-junio 1995.

Nun, José. Marginalidad y Exclusión Social. Fondo de Cultura Económica, México 2001.

O'Donnell, Guillermo A. Modernization and bureaucratic-authoritarianism: Studies in South American Politics. Institute of International Studies, University of California 1973.

Offe, Claus, Y Schmitter, Philippe C. Las Paradojas Y Los Dilemas de la Democracia Liberal, en *Revista Internacional de Filosofía Política* N° 6, Madrid, diciembre de 1995.

Olin, Wright Erik. Preguntas a la Desigualdad. Ensayos sobre Análisis de Clase, Socialismo, y Marxismo. Colección Textos de Ciencias Humanas. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá 2010.

Olvera, Ribera Alberto. Las tendencias generales de desarrollo de la sociedad civil en México en el siglo XX. Revista Bien Común, julio Pp.15-24, México 2007.

Olvera, Ribera Alberto e Isunza, Vera Ernesto. Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil participación ciudadana y control. H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura, México 2006.

Olvera, Rivera Alberto. Democracia y sociedad civil en México: lecciones y tareas. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales, Revista Comercio Exterior. México, 2002.

Olvera, Rivera Alberto. La Sociedad civil, gobernabilidad democrática, espacios públicos y democratización: los contornos de un proyecto. Universidad Veracruzana, México 2001.

Olvera, Rivera Alberto. El estado actual de la ciudadanía en México. Revista Este País julio Pp. 34-39, México, 2001.

Olvera, Ribera Alberto (coordinador). La Sociedad civil: de la teoría a la realidad. Con la colaboración de Andrew Arato [et al]. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, México 1999.

Olvera, Ribera Alberto. El concepto de sociedad civil en una perspectiva habermasiana: hacia un nuevo proyecto de democratización. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Históricas, Jalapa, Veracruz. México, 1996.

Ortega, M, Documento mimeografiado, Movimiento Ciudadano por la Democracia, MCD, México, 1998.

Ostrom, Elinor. El Gobierno de los Bienes Comunes la evolución de las instituciones de acción colectiva. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales y Fondo de Cultura Económica. México 2011.

Oxhorn, Philip. Social Inequality, Civil Society and the Limits of Citizenship in Latin America. Trabajo presentado en el Congreso de LASA, Chicago, Illinois 1998.

Pardo, Carmen (Coordinadora). Nuevas Tendencias en la Teoría y en la Práctica de la Administración y de las Políticas Públicas. Editorial El Colegio de México, Centro de Estudios Internacionales, México 2009.

Pereyra, Carlos. Gramsci Estado y sociedad civil. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, México. Cuadernos políticos, julio- septiembre Pp. 66-74. México 1979.

Peschard, Jacqueline. Transparencia y Partidos Políticos. Editorial Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, México 2005.

Peschard, Jacqueline. La Cultura Política en México, en *La Ciencia Política en México*, Coordinador Mauricio Merino, Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1999.

Peschard, Jacqueline. Ciudadanización y Participación Política en México. El Colegio de México, México 1998.

Peschard, Jacqueline. La Cultura Política Democrática. Editorial Capacitación Electoral y Educación Cívica, Instituto Federal Electoral, México 1994.

Peschard, Jacqueline. El Fin del Sistema de Partido Hegemónico, en *Revista Mexicana de Sociología*. V 55, N°2, México abril-junio, 1993.

Peña, Ramírez Jaime. Didáctica de la Investigación Económica Social. Universidad Nacional Autónoma de México y Plaza Valdez Editores, México 2006.

Pérez, Tapia José Antonio. Del Bienestar a la Justicia: Aportaciones para una Ciudadanía Intercultural, México 2007.

Peters, B. Guy. Cambios en la naturaleza de la Administración pública: de las preguntas sencillas a las respuestas difíciles, en María del Carmen Pardo [compiladora], *de la Administración pública a la gobernanza*, El Colegio de México. México 2004.

Peters, B. Guy. El nuevo institucionalismo. Teoría institucional en ciencia política. Gedisa, Barcelona 2003.

Pindado, Fernando, La participación ciudadana, la vida de las ciudades, en *Participación ciudadana para una administración deliberativa* de: Celaya Pérez Ignacio, López Martín [et al] Pp. 119-147. Dirección General de Participación Ciudadana, Departamento de Presidencia y Gobierno de Aragón, España 2009.

Provencio, Enrique y Yunes, Pablo. La política social del Gobierno del Distrito Federal 2000-2006: Una Valoración General. Editorial Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, México 2006.

Putnam, Robert E. Avances, Políticas Públicas y Agenda de Investigación en la Teoría del Capital Social. Conversación editada de la versión estenográfica por Héctor Moreno. Editorial Universidad Iberoamericana, Instituto de Investigaciones sobre Desarrollo Sustentable y Equidad Social, México 2005.

Putnam, Robert D. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton University Press, Estados Unidos 1993.

Puyana, Alicia y Farfán, Guillermo (Coordinadores). Desarrollo, Equidad y Ciudadanía: las Políticas Sociales en América Latina. Editorial Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Plaza y Valdés, Argentina 2003.

Quijano, Aníbal. Colonialidad del Poder y Clasificación Social en *Journal of World-Systems Research*, N° 6, 342-386, 2000.

Quiroga, Hugo, compilador. Filosofías de la Ciudadanía: Sujeto Político y Democracia, Editorial Homo Sapiens, Argentina 1999.

Rabotnikof, Nora. La Caracterización de La Sociedad Civil en la Perspectiva del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, en *Perfiles Latinoamericanos*, año 8, no. 15, México, diciembre de 1999.

Rawls, John. La Justicia como Equidad. Una Reformulación. Editorial Paidós, serie Estado y Sociedad. Barcelona España 2002.

Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia.Medellín. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia, 2006.

Rubio, Carracedo José. Teoría Crítica de la Ciudadanía Democrática, en Sabatini, Francisco, *La Segregación Social del Espacio en las Ciudades Latinoamericanas*. Santiago de Chile 1997.

Saltalamacchia, Homero y Ziccardi, Alicia. Las ciudades mexicanas y el buen gobierno local: una metodología para su evaluación. Revista Mexicana de Sociología. Año 67, N° 1, enero-marzo de 2005.

Sánchez, Serrano Rolando. La Construcción Social del Poder Local: Actores Sociales y Posibilidades de Generación de Opciones de Futuro. Editorial El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, México 2005.

Sartori, Giovanni. Partidos y sistemas de partidos. Versión española de Fernando Santos Fontenla. Alianza Editorial. Madrid 1980.

Schteingart, Martha [colabs.] Julio Boltvinik [et al]. Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, 1997.

Schujman, Gustavo (Coordinador), Ciudadanía para Armar: Aportes para la Formación Ética y Política, Programa Nacional de Innovaciones Educativas, Buenos Aires, 2007.

Schujman, Gustavo. Derechos Humanos y Ciudadanía. Editorial Aique, Colección Polimodal. Buenos Aires 2007.

Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos. Fondo de Cultura Económica. México, 2006.

Secretaría de Salud. Democracia y Cambio Estructural en Salud: Hacia una Política Social de Estado. Editorial Secretaría de Salud y Fondo de Cultura Económica, (Colección Editorial del Gobierno del Cambio), México 2006.

Segovia, Olga. Espacios Públicos Urbanos y Construcción Social: una relación de correspondencia, en *Urbanismo, Espacio Público y Construcción Social. Hacia un ejercicio de Ciudadanía*. Ediciones Sur, Santiago de Chile 2007.

Sen, Amartya. La economía política de la focalización. Revista Comercio Exterior, México 2003.

Sen, Amartya. Pobre, en términos relativos. Revista Comercio Exterior, México 2003.

Sen, Amartya. La desigualdad económica. Fondo de Cultura Económica, México 2001.

Sen, Amartya. El Nivel de Vida. Colaboraciones de John Muellbauer. Traducción, Jose Miguel Parra Ortiz y M<sup>a</sup> Elisa González González. Universidad Complutense, Madrid 2001.

Sen, Amartya. Nuevo Examen de la Desigualdad. Editorial Alianza, Madrid, 1999.

Sen, Amartya. Bienestar, Justicia y Mercado. Editorial Paidós Ibérica, Madrid 1997.

Sen, Amartya. Nueva Economía del Bienestar. Escritos Seleccionados. Editorial y Estudio a Cargo de José Casas Pardo, Universidad de Valencia, Valencia 1995.

Sen Amartya. El desarrollo como expansión de la capacidad, en Griffin Keith and Knigh, John (eds) *El desarrollo humano en el decenio de 1980 y más adelante*, Revista de la Planificación del Desarrollo de Naciones Unidas, 1989, N° 19.

Sen, Amartya. Elección Colectiva y Bienestar Social. Traducción de Francisco Elías Castillo. Editorial Alianza, Madrid 1976.

Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José (COMPILADORES). La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo I, II, III; Fondo de Cultura Económica. México 1989.

Strasser, Carlos, América Latina: Participación Cívica, Instituciones Democráticas, Buen Gobierno, Los Obstáculos y Las Cuestiones en Sojo Carlos (Editor) *Desarrollo Social en*

*América Latina. Temas y Desafíos para las Políticas Públicas*, FLACSO, Banco Mundial, Costa Rica 2002.

Subirats, Joan. Análisis y gestión de políticas públicas. Ariel. Barcelona 2008.

Subirats, Joan. La Gobernabilidad de las Políticas Territoriales. Formulación Participativa y Gestión Concertada en Torroja, Alex y Carmagni (Coordinadores) *Una Nueva Cultura del Territorio*, CUIIMPB, Barcelona, 2006.

Subirats, Joan. Los instrumentos de las políticas, el debate público y el proceso de evaluación. Revista Gestión y política pública, México 1995.

Subirats, Joan. Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Ministerio para las Administraciones Publicas, Madrid, 1994.

Tello, Macías Carlos. Ahora Recuerdo. Cuarenta años de historia política y económica en México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía. México 2013.

Tello, Macías Carlos. Estado y Desarrollo Económico: México 1920-2006. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía. México 2010.

Tello, Macías Carlos y Cordera, Campos Rolando. México: la Disputa por la Nación: Perspectivas y Opciones del Desarrollo. Editorial Siglo XXI, México 2010.

Tello, Macías Carlos. Sobre la desigualdad en México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía. México 2008.

Tello, Macías Carlos. La Política Económica en México: 1970-1976. Editorial Siglo XXI, México 1983.

Tello, Macías Carlos y Cordera, Campos Rolando. México: la Disputa por la Nación: Perspectivas y Opciones del Desarrollo. Editorial Siglo XXI, México 1981.

Torres, J. Ángel. Ciudadanía y Poder: Nuevas Reglas del Juego Ediciones Delfos, México 2001.

Torres, J. Ángel. Más Allá de la Transición: Alternativas de una Democracia Excluyente. Ediciones Delfos, México, 2001.

Touraine, Alain. ¿Qué es la Democracia? Editorial Fondo de Cultura Económica. Traducción de Horacio Pons, Argentina 2000.

Unger, Karla. Barreras para la Atención Oportuna del Cáncer de Mama desde la Perspectiva de las Pacientes. Universidad Nacional Autónoma de México; México 2011.

Uvalle, Berrones Ricardo. Oportunidades y restricciones de la política de transparencia en México. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2013.



Uvalle, Ricardo; Moreno, Roberto (coordinadores). Gobernabilidad y gobernanza en los albores del Siglo XXI y Reflexiones sobre el México contemporáneo. Universidad Nacional Autónoma de México; e Instituto de Administración Pública del Estado de México. México 2012.

Uvalle, Berrones Ricardo (coordinador). Rumbos de la Transparencia en México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias políticas y Sociales. México 2011.

Uvalle, Berrones Ricardo y García, Guzmán Maximiliano. Visión conceptual, institucional y normativa de la transparencia. Estudios Políticos. Revista de Ciencia Política N° 23. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, mayo-agosto. México 2011, Pp. 99-124.

Uvalle, Berrones Ricardo. 200 Años de La Administración. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación: Secretaría de la Función Pública. México 2010.

Uvalle, Berrones Ricardo. Condiciones, procesos y tendencias de la administración pública contemporánea. Revista Convergencia. Universidad Autónoma del Estado de México Vol. 16, Núm. 49, enero-abril. México 2009, pp. 73-102.

Uvalle, Berrones Ricardo. El Estado, el mercado y la administración pública: un enfoque público de su relevancia institucional. Estudios Políticos. Revista de Ciencia Política N° 23. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, enero-abril. México 2000, Pp. 77-106.

Uvalle, Berrones Ricardo. Sustento y propuesta de la nueva administración pública. Estudios Políticos. Revista de Ciencia Política N° 20. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, enero-abril. México 1999, Pp. 33-58.

Uvalle, Berrones Ricardo. Las transformaciones del Estado y la administración pública en la sociedad contemporánea. Instituto de administración Pública del Estado de México; Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y administración Pública. Estado de México 1997.

Uvalle, Berrones Ricardo. La importancia de la ciencia política y la administración pública en los retos de un mundo cambiante. Estudios Políticos. Revista de Ciencia Política N° 11. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, abril-junio. México 1996, Pp. 27-46.

Uvalle, Berrones Ricardo. La gerencia social: una opción de gobierno abierto. Estudios Políticos. Revista de Ciencia Política N° 4. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, julio-septiembre. México 1994, Pp. 111-128.

Uvalle, Berrones Ricardo. La gerencia pública: una opción para mejorar la acción del buen gobierno. Estudios Políticos. Revista de Ciencia Política N° 5. Universidad Nacional

Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, octubre-diciembre. México 1994, Pp. 95-112.

Uvalle, Berrones Ricardo. La teoría de la razón de estado y la administración pública. Plaza y Valdés, México 1992.

Valadés, Diego. Problemas y perspectivas del sistema presidencial mexicano en Alcántara, Sáenz Manuel y Hernández, Norsagaray Ernesto (coordinadores). *México, el nuevo escenario político ante el bicentenario*. Ediciones Universidad de Salamanca 2011.

Valadés, Diego. El gobierno de gabinete. Universidad Nacional Autónoma de México 2005.

Van Meter, Donald S. La implementación de las políticas. Estudio introductorio y edición Luis F. Aguilar Villanueva, México, 2000.

Wagle, Udaya. Volver a Pensar la Pobreza: Definiciones y Mediciones. College of Public and Community Service, Universidad de Massachusetts, Boston 2010 Email [udaya.wagle@umb.edu](mailto:udaya.wagle@umb.edu).

Wagle, Udaya. The Policy Science of Democracy: The Issues of Methodology and Citizen Participation, Boston 2000. Email [udaya.wagle@umb.edu](mailto:udaya.wagle@umb.edu).

Wagle, Udaya. The Civil Society Sector in the Developing World Public Administration and Management: An interactive Journal, Email [udaya.wagle@umb.edu](mailto:udaya.wagle@umb.edu). Boston 1999.

Woldenberg, Karakowsky Issac José. México: Transición y Retos de la Consolidación Democrática en Sociedad, Desarrollo y Ciudadanía en México. Compiladora Nora Guzmán. Editorial Limusa. México 2008.

Woldenberg, Karakowsky Issac José. El Cambio Democrático y la Educación Cívica en México. Editorial Cal y Arena. México 2007.

Woldenberg, Karakowsky Issac José. Reforma del Estado. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): Pertinente llamada de atención en Memoria del Foro Resistencia y Alternativas del Festival Internacional Ollin Kan Tlalpan. Editorial Delegación Tlalpan. México 2007.

Woldenberg, Karakowsky Issac José. De las Dificultades para Gobernar, reseña del libro *Concepto de Democracia y Sistema de Gobierno en América Latina*. Revista Nexos 358, Octubre México 2007.

Woldenberg, Karakowsky Issac José Los Partidos Políticos y las Elecciones de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Nostra, México 2006.

Woldenberg, Karakowsky Issac José. Después de la Transición, Editorial Cal y Arena. México 2006.

Woldenberg, Karakowsky Issac José. La Construcción de la Democracia. Editorial Plaza y Janés, México, 2002.

Wright, Erik Olin. Primera Parte, Análisis de Clase, Capítulo I. Desigualdad, en *Preguntas a la Desigualdad. Ensayos sobre análisis de clase, socialismo y marxismo*, Colección Textos de Ciencias Humanas, Editorial Universidad del Rosario. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencias Humanas. Bogotá, 2010 Pp.46-58.

Ziccardi, Alicia. Espacio Público y Participación Ciudadana. Artículo. Revista N° 2 Gestión y Política Pública del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México 2012.

Ziccardi, Alicia. Las Ciudades y la Cuestión Social. Organización Latinoamericana y del caribe de Centros Históricos; Municipio del Distrito Metropolitano de Quito; Empresa de Desarrollo Urbano de Quito. Quito Ecuador 2009.

Ziccardi, Alicia. Las Políticas Sociales de la Ciudad del Siglo XXI. Universidad Oberta de Cataluña (www.uoc.edu). España 2008.

Ziccardi, Alicia. Descentralización, capacidades locales y participación ciudadana. Reflexiones a partir del caso mexicano. En, Giraldo, Cristina (coord.). *El desarrollo local en México: Aportes teóricos y empíricos para el debate*. México: UNAM 2008, pp. 173-198.

Ziccardi, Alicia. La participación ciudadana en los procesos de planificación y gestión del territorio en Política Territorial en México. Hacia un modelo de desarrollo basado en el territorio. Javier Delgadillo Macías Coordinador. México 2008.

Ziccardi, Alicia. Sobre la Participación Ciudadana en las Políticas Públicas del Ámbito Local, en: *Agenda para el Desarrollo*. José Luis Calva, coordinador. Universidad Nacional Autónoma de México, M. Á. Porrúa, México, 2007.

Ziccardi, Alicia. Gobernabilidad y Participación Ciudadana en la Ciudad Capital. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, Editorial Porrúa. México 2006.

Ziccardi, Alicia. Participación Ciudadana y Políticas Sociales del Ámbito Local. Seminario Internacional *La Participación Como un Elemento en la Democracia y en el Desarrollo Social*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, México 2004.

Ziccardi, Alicia y Guillén, Tonatiuh (coordinadores) Innovación y continuidad del municipio mexicano: análisis de la reforma municipal de 13 Estados de la República. Editorial Porrúa, México 2004.

Ziccardi, Alicia y Mier y Terán, Arturo Pobreza Urbana, Programas de Inclusión Social y Participación Ciudadana. Reflexiones Ciudadanas sobre la Política Social. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires 2001.

Ziccardi, Alicia (Compiladora) Pobreza, Desigualdad Social y Ciudadanía: Los Límites de las Políticas Sociales en América Latina. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, FLACSO, ASDI, IIS-UNAM, Buenos Aires 2001.

Ziccardi, Alicia y Cordera, Rolando (coordinadores). Las Políticas sociales de México al fin del milenio: descentralización, diseño y gestión. Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Humanidades, México 2000.

Ziccardi, Alicia. Municipio y Región. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales México 2000.

Ziccardi, Alicia y Saltalamacchia, Homero R. Gobernabilidad y Participación Ciudadana en la Ciudad Capital. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales: M. A. Porrúa, México 1998.

Ziccardi, Alicia y Saltalamacchia, Homero R. Metodología de Evaluación del Desempeño de los Gobiernos Locales en Ciudades Mexicanas. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, M. A. Porrúa, México 1998.

Ziccardi, Alicia. Sobre la gobernabilidad y la participación ciudadana. Ideas para una gestión pública democrática, en el Centro Histórico de la Ciudad de México, en Martínez Assad, Carlos (Coordinador). *La participación ciudadana y el futuro de la democracia en el Distrito Federal*, SONER, UNIOS, FP, México, D.F. 1998. pp. 113-119.

Ziccardi, Alicia. La Tarea de Gobernar: Gobiernos Locales y Demandas Ciudadanas. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, México 1995.

Ziccardi, Alicia. Gobernabilidad y Participación Ciudadana en la Ciudad Capital Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. Miguel Ángel Porrúa. México 1995.

Ziccardi, Alicia. Ciudad de México: retos y propuestas para la coordinación metropolitana. Héctor Castillo [*et al*]. Coordinadores. Universidad Nacional Autónoma de México, México 1995.

Ziccardi, Alicia. Ciudades y Gobiernos Locales en la América Latina de los Noventa. Instituto Mora, En coedición con Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y M. A. Porrúa. México 1991.

Ziccardi, Alicia. Reflexiones sobre la Investigación Urbana y el Poder Local. Centro de Investigaciones. Quito 1987.

## **OTROS**

Agenda Estadística del Gobierno del Distrito Federal 2010.

Artículo: Pacto Internacional los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Organización de Naciones Unidas 1966

Censo de Población y Vivienda del Distrito Federal 2010

Comisión Económica para América Latina y el Caribe Ciudad Inclusiva <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/14237/lcg2210p.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Panorama Social 2006, publicación en línea ([www.eclac.cl](http://www.eclac.cl))

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Naciones Unidas, Santiago de Chile 2006.

Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal; Índice de Desarrollo Social de las Unidades Territoriales del Distrito Federal Delegación, Colonia y Manzana, 2011.

Carta de Ottawa de 1986.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación.

Encuesta Mundial de Valores 1999-2001.

EVALUA D. F. México 2011.

Gaceta Oficial del Distrito Federal, México 2000.

Gobernabilidad Democrática en México: Más allá de la Captura del Estado y la Polarización Social. Editorial Banco Mundial, Washington, D. C. 2007.

Índice de marginación (CONAPO) <http://www.conapo.gob.mx>

Índice de Corrupción. Transparencia Internacional. México 2012.

Índice de Desarrollo Humano de México 2012. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Informe avances 2006. Presidencia de la República. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Punto de Encuentro para el Futuro. Editorial Gabinete de Desarrollo Humano y Social.

6° Informe de Gobierno del Distrito Federal. Ebrard C, Marcelo. México 2012.

5° Informe de Gobierno del Distrito Federal. Ebrard C, Marcelo. México 2011.

Informe de Movilidad Social en México. Imagina tu futuro. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. México 2013.

4° Informe de Trabajo 2010 de la Décima Conferencia del Observatorio Internacional de la Democracia Participativa Interinstitucional  
[http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/SDS\\_4o-informe.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/SDS_4o-informe.pdf)

Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores en las Instituciones del Distrito Federal, Editorial Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, México 2008.

Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2008. Editorial Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México 2008.

Informe del Desarrollo Social y Política Social del Distrito Federal.

Informe la Democracia en América Latina. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. México 2004.

Informe Nacional de Desarrollo Humano en México 2011.

Informe para el Congreso de la Unión, realizado por Enrique Dávila Capalleja y Teresa Alcalde Guerrero, bajo la dirección del Lic. Horacio Flores de la Peña, Secretario de Patrimonio Nacional; México 1974.

Informe 1998-1999. Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso Económico y Social en América Latina. América Latina Frente a la Desigualdad, Washington, D. C.

Informe de la Organización de Naciones Unidas para el Desarrollo: 2011.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Secretaría de Gobernación. [www.segob.gob.mx](http://www.segob.gob.mx). Encuesta Nacional sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) Censos 2010.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) Censos 2000 .

Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal 2000.

Ley de Participación Ciudadana del D.F. 2010.

Ley de Salud del D.F. 2009.

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental 2008, 2011.

Nota de política. Protección social, seguridad social y Oportunidades: ¿un conjunto de incentivos alineados? Documento de apoyo disponible en página del foro. Programa

Integrado Territorial para el Desarrollo Social (PIT). Banco Interamericano de Desarrollo.  
2006

## **RELACIÓN DE GRÁFICAS**

- ★ Gráfica 1 Noticias de participación ciudadana y salud. El Universal (Capítulo 2)
- ★ Gráfica 2 Noticias de participación ciudadana y salud. La Jornada (Capítulo 2)
- ★ Gráfica 3 Tasa de participación económica de la población de 12 años y más según sexo, 2000 – 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 4 Desarrollo Social de las Colonias de las Delegaciones del Distrito Federal, en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 5 Porcentaje de Población que Habita Colonias con Índice de Desarrollo Social Bajo y Muy Bajo, en las Delegaciones del Distrito federal en 2011 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 6 Porcentaje de los Servicios básicos en las Viviendas del Distrito Federal y de la República Mexicana en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 7 Población Total por Género en el Distrito Federa 2000-2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 8 Población del Distrito Federal por Delegaciones Políticas en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráficas 9 Población Femenina por Grupo de Edad en el Distrito Federal. Valores absolutos 2000 a 2010 y porcentajes 2010. (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 10 Tasas de Esperanza de Vida, Fecundidad, Natalidad y Mortalidad Infantil en el Distrito Federal en 2000- 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráficas 11 Nacimientos por Edad y Escolaridad Materna en el Distrito Federal en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 12 Hogares en el Distrito Federal según Jefatura Familiar 2000 – 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 13 Principales Causas de Muerte en la Ciudad 2000-2009 y Principales Causas de Mortalidad en Mujeres en el Distrito Federal en 2009 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 14 Mortalidad de la Mujer en Edad Productiva, Pos productiva y Materna Respecto al total de Muertes de la Población del Distrito Federal 2000-2009 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 15 Tasas de Mortalidad General en las Delegaciones del Distrito Federal en 2009 y Tasas de Mortalidad General 2000/2009 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 16 Tasas de Mortalidad en Edad Productiva 2010 del Distrito Federal y Tasas de Mortalidad en Edad Pos - productiva en el D.F. (Capítulo 3)



- ★ Gráfica 17 Población Derechohabiente del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular en el Distrito Federal 2000-2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 18 Población por Género, con Seguridad Social en el Distrito Federal, 2000- 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 19 Población por Género, sin Seguridad Social en el Distrito Federal, 2000- 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 20 Población Derechohabiente, No Derechohabiente y Seguro Popular por Delegación Política del Distrito Federal, en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 21 Familias beneficiadas y Personas Beneficiadas por el Seguro Popular en 2009 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 22 Servicios Otorgados en las Unidades Médicas del Distrito Federal En Primer y Segundo Nivel en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 23 Servicios Otorgados en las Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel, de las Delegaciones del Distrito Federal 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 24 Consultas por Edad en las Delegaciones del Distrito Federal en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 25 Consultas por cada 1,000 Habitantes sin Seguridad Social por Delegación en el Distrito Federal en 2010 (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 26 Consultas Externa de Mujeres por Delegación en el Distrito Federal en 2010 por cada 1,000 Habitantes sin Seguridad Social
- ★ Gráfica 27 Principales Recursos Humanos y Materiales en la Delegación Iztapalapa en 2010 (Capítulo 3)
- ★ Gráfica 28 Centros de Salud I y II por Delegación Política 2011(Capítulo 3)
- ★ Gráficas 29 y 30 Gasto Público en Salud (Federal y del Distrito Federal) de la Población No Asegurada 2000-2010 (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 31 Población de las Colonias de la Delegación Iztapalapa, según Índice de Desarrollo Social 2010. Porcentajes y Absolutos (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 32 Población de la Delegación Iztapalapa 2000-2010 (Capítulo 4)
- ★ Gráficas 33 Crecimiento General 2000-2005. Población Femenina. Población 2000-2010 y Población Femenina por Grupo de Edad Delegación Iztapalapa (Capítulo 4)

- ★ Gráfica 34 Población Derechohabiente por Delegación Política del Distrito Federal, en 2010 (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 35 Derechohabientes, No Derechohabientes, Seguro Popular en la Delegación Iztapalapa 2010 (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 36 Consulta Externa de Mujeres (Primera y Subsecuente), Consultas Otorgadas por cada 1000 Habitantes sin Seguridad Social y Consultas por Grupo de Edad en Iztapalapa. (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 37 Presupuesto y Estudios de Cáncer de Mama 2007-2012 (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 38 Estudios de Mastografía y Promoción y Prevención Detección de Cáncer Mamario (SSDF, INMUJERES D.F. DIF) en el Programa de Atención al Cáncer de Mama 2004-2008 (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 39 Defunciones de Mujeres por Tumores en el Distrito Federal en 2000, 2005 y 2008 (Capítulo 4)
- ★ Gráfica 40 y 41 Defunciones por tumores malignos de mama por grupo de edad en el D.F.(2000-2008) y Tasa de Mortalidad de Cáncer de Mama, según Grupo de Edad 1995-1997 (Capítulo 4)
- ★ Gráficas 42 Tendencias de Mortalidad por Cáncer de Mama por Grupo de Edad en el D.F.2008, Distribución de Cáncer de Mama Invasivo por Grupo de Edad en México 2006 y Detecciones de Cáncer Mama por Delegación en 2010 (Capítulo 4)

### **RELACIÓN DE LÁMINAS, CUADROS, MAPAS, ANEXOS Y FOTOGRAFÍAS**

- ★ Diagrama 1 Esquema metodológico general (Introducción)
- ★ Diagrama 2 Esquema metodológico del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (Introducción)
- ★ Anexos 1 y 2, Respuestas del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (Capítulo 2)
- ★ Diagrama 3 Espacios e Instrumentos de Participación Mencionados en la Normativa (Capítulo 2)
- ★ Diagrama 4 Espacios de Participación Ciudadana (Capítulo 2)
- ★ Diagrama 5 Instrumentos de Participación Ciudadana (Capítulo 2)
- ★ Diagrama 6 Sistema de Salud del Distrito Federal (Capítulo 3)
- ★ Diagrama 7 La Red Ángel (Capítulo 3)

- ★ Diagrama 8 Organigrama de la Subsecretaría de Participación Ciudadana y del Instituto de Las Mujeres del Distrito Federal (Capítulo 3)
- ★ Mapa 1 Centros de Salud del Distrito Federal (Capítulo 3)
- ★ Mapas de índice de desarrollo de las colonias donde se ubican los centros de salud por delegación política (Capítulo 3)
- ★ Cuadro 1 Gasto Público por Población, Fuente de Financiamiento y Entidad Federativa (Capítulo 3)
- ★ Mapa 2 Delegación Iztapalapa (Capítulo 4)
- ★ Mapas IDS de las colonias de Iztapalapa con centros de salud (Capítulo 4)
- ★ Anexo 3 Red de Mastógrafos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en las delegaciones políticas (Capítulo 4)
- ★ Anexo 4 Resultados de la Prueba Piloto de los Cuestionarios Aplicados en la Red Rosa, sobre La Participación Ciudadana en el Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama (Capítulo 4)
- ★ Diagrama 9 Árbol de Cuotas para Entrevistas (Capítulo 4)
- ★ Anexo 5 Resultados de los Cuestionarios Aplicados en Unidades Móviles de la Delegación Iztapalapa, sobre La Participación Ciudadana en el Programa de Atención Integral de Cáncer De Mama (Capítulo 4)
- ★ Fotografía aérea de Iztapalapa (Capítulo 4)
- ★ Serie de fotografías Centros de Salud (Capítulo 4)
- ★ Serie de fotografías Red Rosa (Capítulo 4)
- ★ Fotografías Jornada I de mastografía de Iztapalapa (Capítulo 4)
- ★ Serie de fotografías Jornada II de mastografía de Iztapalapa (Capítulo 4)
- ★ Fotografía de foros de participación ciudadana en Iztapalapa (Capítulo 4)
- ★ Serie de fotografías Taller: El proceso de convertirse en mujer, individua y ciudadana (Capítulo 4)
- ★ Diagrama 10 Propuesta (Capítulo 6)

## ANEXOS 1 Y 2 SOLICITUDES DE INFORMACIÓN



Secretaría de Desarrollo Social  
Subdirección de Información Pública

Ciudad de México enero 25, 2013

**SDS/OIP/224/2013**

**ASUNTO: RESPUESTA A LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA**  
**SOLICITUD: 0104000013313**

**C. MARÍA TERESA ALCALDE GUERRERO**  
**CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL**  
**PRESENTE**

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 6° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 4, fracciones IV, IX y XIII, 11, 45, 46, 47, 51, 58, 76, 77 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, así como de los artículos 1, 2, 37, 42, fracción I, 43, 52 y 54 del Reglamento de la misma Ley, la Oficina de Información Pública a mi cargo, da contestación a la solicitud al rubro señaladas en la que requiere (sic):

*"a) presupuesto aprobado y ejercido para participación ciudadana en el área de salud años 2000, 2005, 2012 b) presupuesto aprobado y ejercido para participación ciudadana en el Programa específico de Atención Integral del Cáncer de mama años 2000, 2005, 2012"*

En atención a las solicitud de información se hace de su conocimiento que la Dirección General de Administración mediante oficio SDS/DGA/0225/2013, donde nos informó que de acuerdo con la Programación de Presupuestación que la Secretaría de Desarrollo Social ha tenido y tiene para la ejecución de los Programas Sociales a ella encomendados, no se considera un presupuesto específico para la operación de una participación en materia de salud, ni para la participación ciudadana en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama; por lo que se tiene la imposibilidad para dar información al respecto.

Referente a la Participación ciudadana en el Programa Especifico de Atención Integral del cáncer de Mama, tal y como se menciona en los programas de actividades de los Titulares de la Secretaría de Desarrollo Social, que obran en la página del portal de la dependencia, las acciones relativas a este Programa son realizadas por el Instituto de Atención de las Mujeres del Distrito Federal, motivo por el cual no se cuenta con elementos para dar respuesta a dicha información, toda vez que la misma no es del ámbito de competencia de la **Secretaría de Desarrollo Social**, por lo tanto, en términos de la parte final del artículo 47 de la Ley de la materia, así como del artículo 42, fracción I, párrafo tercero del reglamento de la misma Ley, se sugiere dirigir solicitud al **Instituto de las Mujeres del Distrito Federal**, proporcionándose a continuación los datos de contacto del mismo, a efecto de que pueda dar seguimiento a la gestión de su solicitud:



Plaza de la Constitución, N° 1,  
Tercer Piso, Col. Centro  
Deleg. Cuauhtémoc, Tel. 5345 8252



[sds.df.gob.mx](http://sds.df.gob.mx)



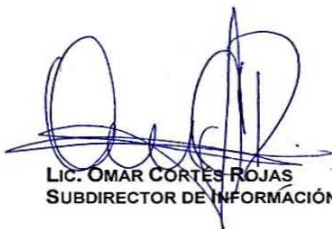
Secretaría de Desarrollo Social  
Subdirección de Información Pública

**Instituto de las Mujeres del Distrito Federal:**

**Responsable de la OIP:** Lic. Georgina López Martínez  
**Domicilio:** Tacuba 76, 1er. Piso, Oficina. Col. Centro, C.P. 06020. Del. Cuauhtémoc  
**Teléfono(s):** 5512 2836 Ext. 112,  
**Correo Electrónico:** [ojpinmujeres@df.gob.mx](mailto:ojpinmujeres@df.gob.mx), [ojp.imdf@hotmail.com](mailto:ojp.imdf@hotmail.com)

Por otro lado y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, se hace de su conocimiento el derecho de interponer el recurso de revisión correspondiente, ante el Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, dentro de los 15 días hábiles contados a partir de la fecha en que surte efectos la notificación de esta respuesta, a través de su cuenta del sistema electrónico Infomex DF, mediante el correo electrónico [recursoderevision@infodf.org.mx](mailto:recursoderevision@infodf.org.mx), o en las instalaciones del INFODF ubicadas en calle la Morena, número 865, esquina con Avenida Cuauhtémoc, Colonia Narvarte, Delegación Benito Juárez (A una cuadra de la estación del metro Etiopía-Plaza de la Transparencia).

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.



**LIC. OMAR CORTÉS ROJAS**  
SUBDIRECTOR DE INFORMACIÓN PÚBLICA



Plaza de la Constitución, N° 1,  
Tercer Piso, Col. Centro  
Deleg. Cuauhtémoc, Tel. 5345 8252



[sds.df.gob.mx](http://sds.df.gob.mx)



Secretaría de Desarrollo Social  
Subdirección de Información Pública

Ciudad de México enero 25, 2013  
**SDS/OIP/225/2013**

**ASUNTO: RESPUESTA A LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA**  
**SOLICITUD: 0104000007113**

**C. MARÍA TERESA ALCALDE GUERRERO**  
**CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL**  
**PRESENTE**

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 6° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 4, fracciones IV, IX y XIII, 11, 45, 46, 47, 51, 58, 76, 77 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, así como de los artículos 1, 2, 37, 42, fracción I, 43, 52 y 54 del Reglamento de la misma Ley, la Oficina de Información Pública a mi cargo, da contestación a la solicitud al rubro señaladas en la que requiere (sic):

*"presupuesto aprobado y ejercido para la participación ciudadana en salud y en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama 2000, 2005, 2012"*

En atención a las solicitud de información se hace de su conocimiento que la Dirección General de Administración mediante oficio SDS/DGA/0225/2013, donde nos informó que de acuerdo con la Programación de Presupuestación que la Secretaría de Desarrollo Social ha tenido y tiene para la ejecución de los Programas Sociales a ella encomendados, no se considera un presupuesto específico para la operación de una participación en materia de salud, ni para la participación ciudadana en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama; por lo que se tiene la imposibilidad para dar información al respecto.

Referente a la Participación ciudadana en el Programa Específico de Atención Integral del cáncer de Mama, tal y como se menciona en los programas de actividades de los Titulares de la Secretaría de Desarrollo Social, que obran en la página del portal de la dependencia, las acciones relativas a este Programa son realizadas por el Instituto de Atención de las Mujeres del Distrito Federal, motivo por el cual no se cuenta con elementos para dar respuesta a dicha información, toda vez que la misma no es del ámbito de competencia de la **Secretaría de Desarrollo Social**, por lo tanto, en términos de la parte final del artículo 47 de la Ley de la materia, así como del artículo 42, fracción I, párrafo tercero del reglamento de la misma Ley, se sugiere dirigir solicitud al **Instituto de las Mujeres del Distrito Federal**, proporcionándose a continuación los datos de contacto del mismo, a efecto de que pueda dar seguimiento a la gestión de su solicitud:



Plaza de la Constitución, N° 1,  
Tercer Piso, Col. Centro  
Deleg. Cuauhtémoc, Tel. 5345 8252



sds.df.gob.mx





Secretaría de Desarrollo Social  
Subdirección de Información Pública

**Instituto de las Mujeres del Distrito Federal:**

**Responsable de la OIP:** Lic. Georgina López Martínez  
**Domicilio:** Tacuba 76, 1er. Piso, Oficina. Col. Centro, C.P. 06020. Del. Cuauhtémoc  
**Teléfono(s):** 5512 2836 Ext. 112.  
**Correo Electrónico:** [qipinmujeres@df.gob.mx](mailto:qipinmujeres@df.gob.mx), [qip.imdf@hotmail.com](mailto:qip.imdf@hotmail.com)

Por otro lado y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, se hace de su conocimiento el derecho de interponer el recurso de revisión correspondiente, ante el Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, dentro de los 15 días hábiles contados a partir de la fecha en que surte efectos la notificación de esta respuesta, a través de su cuenta del sistema electrónico Infomex DF, mediante el correo electrónico [recursoderevision@infodf.org.mx](mailto:recursoderevision@infodf.org.mx), o en las instalaciones del INFODF ubicadas en calle la Morena, número 865, esquina con Avenida Cuauhtémoc, Colonia Narvarte, Delegación Benito Juárez (A una cuadra de la estación del metro Etiopia-Plaza de la Transparencia).

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

LIC. OMAR CORTÉS ROJAS  
SUBDIRECTOR DE INFORMACIÓN PÚBLICA



Plaza de la Constitución, N° 1,  
Tercer Piso, Col. Centro  
Deleg. Cuauhtémoc, Tel. 5345 8252



[sds.df.gob.mx](http://sds.df.gob.mx)

**ANEXO 3****RED DE MASTÓGRAFOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL D. F.**

- 1) Gustavo A. Madero; Centro de Salud Dr. Gabriel Garzón Cossa, Norte 72-A y Oriente 85 Col. La Joya, C.P. 07890; Tel. 55-51-07-50
- 2) Azcapotzalco; Centro de Salud Dr. Galo Soberón y Parra; Calz. Camarones # 485 Col. Electricistas C. P. 02060 Tel. 53-96-81-53
- 3) Itacalco; Centro de Salud Dr. José Zozaya; Corregidora # 135 esq. Plutarco E. Calles Col. Santa Anita, C.P. 08300, Tel. 56-57-96-90
- 4) Álvaro Obregón; Centro de Salud; Centro de Salud Dr. Manuel Escontría; Frontera # 15 Col. San Ángel, C. P. 01000; Tel. 56-16-16-23
- 5) Coyoacán; Centro de Salud Dra. Margarita Chorné y Salazar; Av. División del Norte # 2986, Col. Atlántida, C. P. 04370, Tel. 56-89-74-19
- 6) Magdalena Contreras; Centro de Salud Oasis; San Jerónimo # 2625, Col. Pueblo de San Bernabé Ocoltepec, C. P. 02625, Tel. 27-93-02-64
- 7) Cuajimalpa; Centro de Salud Cuajimalpa; Av. Juárez s/n y Cerrada de Juárez, Col. Cuajimalpa; C. P. 05000, Tel. 58-12-04-42
- 8) Tlalpan; Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, Coapa s/n esq. Carrasco, Col. Toriello Guerra, C.P. 01450, Tel. 56-06-35-16
- 9) Iztapalapa, Centro de Salud Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda, Av. México Puebla esq. callejón Benito Juárez; Col. Santa Martha Acatitla C. P. 09510, Tel. 57-32-52-74
- 10) Xochimilco, Centro de Salud Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda, Av. Tláhuac s/n y Río Ameca, Col. San Sebastián Tulyehualco, C.P. 16730, Tel. 21-61-23-90
- 11) Milpa Alta Centro de Salud Dr. Gastón Melo, Av. Dr. Gastón Melo s/n, Col. Pueblo San Antonio Tecómitl, C. P. 12100, Tel. 58-47-00-93
- 12) Tláhuac; Centro de Salud Miguel Hidalgo, Fidelio s/n esq. Deodato, Col. Miguel Hidalgo, C.P. 13200, Tel. 21-60-35-32
- 13) Miguel Hidalgo, Centro de Salud México-España, Av. Mariano Escobedo # 148, Col. Anáhuac, C. P. 11320, Tel. 55-31-15-94
- 14) Benito Juárez, Centro de Salud Mixcoac, Rembrandt # 32, Col. Nonoalco Mixcoac, C. P. 03910, 55-63-37-13
- 15) Cuauhtémoc, Centro de Salud Dr. José María Rodríguez, Calz. San Antonio Abad # 350 Col. Asturias, C. P. 06850, Tel. 57-40-07-01
- 16) Venustiano Carranza, Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, Av. Ing. Eduardo Molina, esq. Peluqueros, Col. 20 de Noviembre, C. P. 15300, Tel. 57-95-44-87



<b>(ANEXO 4) RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DE CUESTIONARIOS APLICADOS EN LA RED ROSA, SOBRE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA</b>													<b>SUMA</b>	<b>%</b>							
<b>Capacidad o debilidad para participar en asuntos de salud pública</b>		<b>1CSRR</b>	<b>2CSRR</b>	<b>3CSRR</b>	<b>4CSRR</b>	<b>5CSRR</b>	<b>6CSRR</b>	<b>7CSRR</b>	<b>8CSRR</b>	<b>9CSRR</b>	<b>41</b>										
1	¿Sabe que la atención de cáncer de mama, es un derecho por el que han luchado las mujeres?												9	100							
	A) Si	A	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A		A	1	A	1	8	89	
	B) No	B	B		B		B		B		B		B	1	B		B		1	11	
2	¿Sabe cómo hacer exigible ese derecho ganado?																		9	100	
	A) Si (explique breve)	A	A		A		A		A		A		A		A		A	1	1	11	
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	8	89
3	¿Ha presentado alguna queja sobre la calidad del servicio médico que le han brindado?																		9	100	
	A) Si	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0	
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	9	100
4	Explicar brevemente por qué Sí o por qué No																		0	0	
																			0	0	
5	¿Conoce qué impacto ha tenido el Programa en el nivel de vida de las mujeres de su colonia o Delegación?																		10	100	
	A) Ha disminuido las cifras de enfermedad	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0	

	B) Tiene mayor conocimiento de cómo atender la enfermedad	B	B		B		B	1	B	1	B	1	B	1	B		B		B		4	44
	C) Ha sido mayor el nivel de prevención	C	C	1	C	1	C	1	C		C		C		C		C	1	C	1	5	56
	D) Otros (especifique)	D	D		D		D		D		D		D		D		D	1	D		0	0
	E) No	E							E		E		E	1	E		E		E		1	11
6	¿Usted o algún grupo de su colonia, han pedido o recibido apoyo a la Delegación o al Centro de Salud, o Comité Ciudadano u otros para algún proyecto de salud relacionado con el cáncer de mama?																				9	100
	A) Sí. Centro de Salud	A	A		A	1	A	1	A		A		A		A		A		A		2	22
	B) No (no lo ha solicitado)	B	B	1	B		B		B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	7	78
7	En caso de haberlo solicitado y no obtenerlo, ¿Qué explicación le dieron?																				4	100
	A) Falta de presupuesto	A	A		A		A		A		A		A		A		A		A	1	1	25
	B) El proyecto no era prioritario	B	B		B		B		B		B		B		B		B		B		0	0
	C) No se cumplen los requisitos	C	C		C		C		C		C		C		C		C		C		0	0
	D) Inadecuada formulación del proyecto	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D		0	0
	E) Otras causas (electorales)	E	E		E	1	E	1	E		E		E		E		E	1	E		3	75
8	¿Está satisfecha con las respuestas que le brinda el Gobierno de la Ciudad para participar en torno al problema del cáncer de mama?																				9	100
	A) Si	A	A	1	A		A		A	1	A	1	A	1	A	1	A		A	1	6	67

	B) No	B	B	B	1	B		B		B		B		B	1	B		2	22	
	C) No sabe			C		C	1	C			C		C		C		C	1	11	
<b>Presencia o ausencia de participación de las mujeres en el Programa</b>																				
9	¿Sabe usted si en su delegación, colonia o barrio se organizan los habitantes para participar en cualquier asunto que sea de su interés?																	9	100	
	A) Si (especifique cómo se organizan)	A	A	1	A		A	1	A		A		A		A	1	A	1	4	44
	B) No se organizan	B	B		B		B		B	1	B	1	B		B		B		2	22
	C) No se	C	C		C	1	C		C	1	C		C	1	C		C		3	33
10	¿Sabe cuáles son los espacios en su delegación, colonia, barrio o unidad de salud, para que la gente participe en asuntos de salud que sean de su interés?																	9	100	
	A) No se	A	A		A	1	A		A		A		A	1	A		A		2	22
	B) Si (especifique cuáles espacios)	B	B	1	B		B	1	B	1	B	1	B	1	B		B	1	6	67
	C) No hay	C													C	1	C		1	11
11	¿Ha participado en algún programa de salud del Distrito Federal, delegación, colonia o barrio, que contribuya a mejorar su calidad de vida?																	9	100	
	A) Si (Cuál)	A	A	1	A	1	A	1	A	1	A		A		A		A	1	6	67
	B) No	B	B		B		B		B		B		B	1	B	1	B	1	3	33



	el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama?																			
	A) Si (especifique)	A	A	1	A		A	1	A		A		A		A		A	1	3	33
	B) No	B	B		B	1	B		B	1	B		B	1	B	1	B		4	44
	C) No se						C				C	1	C	1	C		C		2	22
16	De acuerdo a su experiencia ¿Cómo podrían participar en el Programa las mujeres de su colonia, barrio o Delegación?																		16	100
	A) Utilizando la Red Rosa u otras instancias de participación (especificar cuál)	A	A		A		A	1	A		A		A	1	A		A	1	3	19
	B) Utilizando el servicio médico	B	B		B		B	1	B		B		B		B		B	1	2	13
	C) Informando a otras mujeres del Programa	C	C		C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C		C	1	6	38
	D) Haciendo exigible el derecho a la salud	D	D	1	D		D		D		D		D		D		D	1	2	13
	E) Participando en la investigación del cáncer de mama	E	E		E		E		E		E		E		E		E	1	1	6
	F) Participando en la política pública de salud del Programa	F	F		F		F		F		F		F		F		F	1	1	6
	G) Otros especifique)	G	G		G		G		G		G		G		G	1	G		1	6
	H) No quiero participar	H	H		H		H		H		H		H		H		H		0	0
<b>Diseño y Operación del Programa,</b>																				
17	Si ha participado en el Programa de Atención Integral de Cáncer de mama de la Red Rosa ¿Sabe cómo se organizaron?																		9	100

	A) Si (Explicar)	A	1		A	1					A	1	A	1	A			A	1	4	44	
	B) No se	B					B	1	B	1			B		B	1	B	1	B	1	5	56
18	¿Sabe cómo se ha formado el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, <b>cuáles han sido las etapas?</b>																			9	100	
	A) Si (explicar en forma sencilla)	A	A	1	A		A		A		A		A	1	A		A			2	22	
	B) No	B	B		B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B		B	1	B	1	7	78
19	¿Ha utilizado las redes sociales para participar en los programas sobre cáncer de mama?																			9	100	
	A) Si ( <b>explique</b> )	A	A		A		A		A		A		A	1	A	1	A	1		3	33	
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B		B		B		5	56
20	En caso negativo, ¿Cuál es la razón por la que no utiliza las redes sociales?																			9	100	
	A) Falta de información	A	A		A		A	1	A	1	A	1	A		A	1				4	44	
	B) No sabe cómo utilizarlas o no tiene Internet para usar esas redes	B	B	1	B	1	B	1	B		B		B		B	1	B		B	1	5	56
	C) Carencia de tiempo	C	C		C		C		C		C		C		C		C		C		0	0
	D) No cree que la puedan ayudar	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D		0	0
	E) Otros (especificar)	E	E		E		E		E		E		E		E		E		E		0	0
21	¿Qué tipo de asesoría para participar en proyectos de cáncer de mama se le ha brindado?																			11	100	
	A) Legal	A	A	1	A		A		A		A		A		A		A		A		1	9
	B) Financiera	B	B	1	B		B		B		B		B		B		B		B		1	9
	C) Administrativa	C	C		C		C		C		C		C		C		C		C		0	0

	D) Operativa	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	0		
	E) Servicios de salud	E	1	E	E	1	E	1	E	1	E	1	E	1	E	6	55		
	F) Otros	F	F	F	1	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	1	9		
	G) Ninguna	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	1	G	1	2	18	
22	¿Quién le ha brindado la asesoría para participar en proyectos de cáncer de mama?															9	100		
	A) La Delegación	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	0		
	B) El sector Salud federal o local	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	1	B	B	1	11		
	C) La Red Rosa	C	C	1	C	1	C	1	C	1	C	C	C	1	C	1	6	67	
	D) Otro tipo de organización	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	0	0		
	E) Nadie								E	1	E	1	E			2	22		
23	¿Cómo fue la relación con los asesor(es) y técnico(s) de la entidad que le brindó asesoría?															6	100		
	A) Cordial	A	A	1	A	1	A	1	A	1	A	A	A	A	1	A	1	6	100
	B) Conflictiva	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	0	0		
24	¿Qué avances se han logrado en el Programa?															6	100		
	A) Explicar	A	1	A	1	A					A	1		A	A	2	33		
	B) no se	B		B		B	1			B	1	B		B	1	B	1	4	67
25	¿Se manejaron recursos públicos en el proyecto de salud en el que participó?															9	100		
	A) Sí (describa las experiencias y los mecanismos de transparencia de los recursos)	A	A	1	A	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	2	22		
	B) No	B	B	B	B	1	B		B	1	B		B	1	B	3	33		

	C) Desconozco el manejo	C	D		C		C		C	1	C		C	1	C		C	1	C	1	4	44
26	¿Cómo se ha beneficiado usted con el Programa? Explique brevemente los beneficios que ha tenido																					
27	¿Qué relación tiene usted con su Comité Ciudadano?																				9	100
	A) Ninguna	A	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	8	89
	B) Si. Especifique la relación	B	B		B		B		B		B		B		B		B		B	1	1	11
<b>Información</b>																						
28	¿Conoce hechos históricos, anécdotas o sucesos de su colonia, barrio o grupo que le parezcan interesantes?																				9	100
	A) Si (breve)	A	A	1	A		A	1	A		A		A		A		A	1	A		3	33
	B) No	B	B		B	1	B		B	1	B	1	B	1	B	1	B		B	1	6	67
29	Si participa en algún Programa de salud ¿Sabe quién apoya el Programa en el que usted participa?																				9	100
	A) La delegación	A	A		A		A		A		A		A		A		A		A		0	0
	B) La secretaría de Salud del D.F.	B	B		B	1	B		B	1	B		B	1	B		B		B	1	4	44
	C) La Subsecretaría de Participación Ciudadana	C	C		C		C		C		C		C		C		C		C		0	0
	D) La iniciativa privada	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D		0	0
	E) Organizaciones ciudadanas	E	E		E		E		E		E		E		E		E		E		0	0
	F) Otros (especifique)	F	F		F		F		F		F		F		F		F		F		0	0
	G) No se	G	G	1	G		G	1	G		G	1	G		G	1	G	1	G	1	5	56



30	En caso de que haya recibido un mal servicio, o mal trato en la detección oportuna del cáncer de mama, ¿sabe que hacer o a quién acudir?																		<b>9</b>	<b>100</b>
	A) Sí	<b>A</b>	A	<b>A</b>	<b>1</b>	A	A	<b>A</b>	<b>1</b>	A	<b>A</b>	<b>1</b>	A	<b>A</b>	<b>1</b>	A	<b>A</b>		3	33
	B) No	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	B	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	B	<b>B</b>	<b>1</b>	B		6	67
31	¿Conoce usted algunas cifras sobre cáncer de mama?																		9	100
	A) Si (especifique)	<b>A</b>	A	A	A	<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>	<b>1</b>	A	A	A	A			3	33	
	B) No	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	B	1	B	B	<b>B</b>	<b>1</b>	B	<b>B</b>	<b>1</b>	6	67	
32	¿Qué mecanismos de información conoce, para motivar a la gente a participar en materia de salud específicamente en el programa de cáncer de mama?																	<b>12</b>	<b>100</b>	
	A) Propaganda (especifique)	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>1</b>	A	<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>	<b>1</b>	A	A	A	<b>A</b>	<b>1</b>	A			4	33	
	B) Teléfono	<b>B</b>	B	B	<b>B</b>	<b>1</b>	B	B	B	B	B	B	B	B	B			1	8	
	C) Televisión, Radio	<b>C</b>	C	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>C</b>	<b>1</b>	C	C	C	<b>C</b>	<b>1</b>	C	<b>C</b>	<b>1</b>			4	33	
	D) Internet	<b>D</b>	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	<b>D</b>	<b>1</b>			1	8	
	E) Otros (especifique)	<b>E</b>	E	E	E	E	<b>E</b>	<b>1</b>	<b>E</b>	<b>1</b>	E	E	E	E			2	17		
33	¿Sabén del presupuesto participativo?																	<b>9</b>	<b>100</b>	
	A) Si (monto de la delegación, procedimiento, experiencia, mecanismos de transparencia)	<b>A</b>	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			<b>0</b>	<b>0</b>	
	B) No	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	9	100	
34	Además de la Red Rosa ¿Le han dado información en su Centro de Salud o Comité Ciudadano o Comité																	<b>9</b>	<b>100</b>	

	de Salud, sobre el cáncer de mama o el PAICMA?																					
	A) No	A	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	9	100
	B) Si (especifique)	B	B		B		B		B		B		B		B		B		B		0	0
35	¿Sabe qué es CONAMED?																				9	100
	A) Si (especificar si ha tenido alguna experiencia)	A	A		A		A		A		A		C		A		A		A	1	1	11
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	8	89
<b>Obstáculos a la Participación Ciudadana</b>																						
36	¿Cuáles han sido los problemas de organización a los que se han enfrentado <b>cuando ha querido participar?</b>																				11	100
	A) Falta de información sobre formas de organización	A	A		A		A	1	A		A	1	A	1	A		A		A	1	4	36
	B) Falta de interés	B	B		B		B		B		B	1	B	1	B		B		B		2	18
	C) Organización o decisiones poco democráticas del gobierno	C	C		C	1	C		C	1	C		C		C		C		C		2	18
	D) Falta de recursos (financieros, personal, unidades móviles, tiempo, otros)	D	D	1	D		D		D		D		D		D		D		D		1	9
	E) Otros (especifique)	E	E		E		E		E		E		E		E		E		E		0	0
	F) No se	F											F	1	F		F		F		1	9
	G) Ninguno	G													G	1	G		G		1	9
37	De acuerdo a su experiencia en la Red Rosa ¿Qué piensa de la participación ciudadana en el																				9	100



**(ANEXO 5) RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS APLICADOS EN UNIDADES MÓVILES DE LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA, SOBRE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA**

UMIZ		1UMIZ	2UMIZ	3UMIZ	4UMIZ	5UMIZ	6UMIZ	7UMIZ	8UMIZ	9UMIZ	SUMA	%						
<b>PRESENCIA O AUSENCIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>																		
1	¿Sabe usted que la participación ciudadana en los programas de salud son derechos que usted puede ejercer?												9	100				
	A) Si	A	A	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	7	78
	B) No	B	B	1	B		B		B		B		B		B	1	2	22
2	¿Cómo ejerce usted su derecho a participar en los programas de salud, específicamente en el de cáncer de mama?												10	100				
	A) Usando los servicios que le ofrecen (ejemplo las mastografías)	A	A	A	A	1	A	1	A	1	A	1	A	1	A	6	60	
	B) Interponiendo quejas o denuncias (especificar)	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	0	0				
	C) Participando en la Red Rosa u otra organización	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	0	0				
	D) No lo ejerce	D	D	1	D	D	D	D	D	D	D	D	1	10				
	E) Aportando ideas para mejorar algún programa de salud (cáncer de mama)	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	0	0				
	F) No se	F	F	F	1	F	F	F	F	F	F	F	F	1	2	20		
	G) Otros: Organiza la solicitud de servicios de mastografía	G	G	G	G	1	G	G	G	G	G	G	1	10				

3	¿Ha presentado alguna queja cuando no le brindan calidad y atención adecuada y oportuna en el servicio médico? Explicar brevemente por qué Sí o por qué No																		9	100		
	A) Si	A	A		A		A		A		A	1	A		A		A		1	11		
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B		B	1	B	1	B	1	8	89
4	¿Ha participado en algún programa de salud del Distrito Federal, delegación, colonia o barrio, que contribuya a mejorar su calidad de vida?																			9	100	
	A) Si (explicar)	A	A	1	A		A	1	A		A	1	A		A		A		A	1	4	44
	B) No (por qué)	B	B		B	1	B		B	1	B		B	1	B	1	B	1	B		5	56
5	¿Ha participado en la elaboración o ejecución de algún programa de salud?																			9	100	
	A) Si (explique cuál)	A	A		A		A	1	A		A		A		A		A		A		1	11
	B) No	B	B	1	B	1	B		B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	8	89
6	¿Conoce qué impacto ha tenido el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama en el nivel de vida de las mujeres de su barrio, colonia, delegación o municipio?																				12	100
	A) Ha disminuido las cifras de enfermedad	A	A		A		A	1	A		A		A		A		A		A		1	8
	B) Tiene mayor conocimiento de cómo atender la enfermedad	B	B	1	B		B	1	B		B		B		B		B		B		2	17

	C) Ha sido mayor el nivel de prevención	C	C		C		C	1	C		C		C		C		C		1	8
	D) Otros (especifique)	D	D		D		D	1	D		D		D		D	1	D		2	17
	E) No se	E	E		E	1	E		E	1	E	1	E	1	E	1	E		6	50
	F) No ha impactado	F	F		F		F		F		F		F		F		F		0	0
7	¿Usted o algún grupo de su colonia o barrio, han pedido o recibido apoyo para algún proyecto de salud relacionado con el cáncer de mama?																		13	100
	A) Sí (Cuál)	A	A	1	A		A		A		A		A		A		A		1	8
	B) No	B	B		B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	8	62
	C) No la ha solicitado (por qué)	C	C		C		C	1	C		C	1	C	1	C	1	C		4	31
8	En caso de haberlo solicitado y no obtenerlo, ¿Qué explicación le dieron?																		2	100
	A) Falta de presupuesto	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0
	B) El proyecto no era prioritario	B	B		B		B		B		B		B		B		B		0	0
	C) No se cumplen los requisitos	C	C	1	C		C		C		C		C		C		C		1	50
	D) Inadecuada formulación de la petición o proyecto	D	D		D		D		D		D		D		D		D		0	0
	E) Otras causas (especificar)	E	E		E		E		E		E		E		E		E	E	1	50
9	Además de usted (y de la Red Rosa) ¿Sabe de otras mujeres que participen en algún otro Programa de Cáncer de Mama (grupos de mujeres, Delegación, Comité Ciudadano, Comité de Salud,																		9	100



12	De acuerdo a su experiencia ¿Cómo podrían participar en el Programa las mujeres de su colonia, barrio o Delegación?																		17	100
	A) Utilizando la Red Rosa u otras formas de participación (especificar cuál)	A	A	A	A	1	A	A	A	A	A	A	A	1	A				2	12
	B) Utilizando el servicio médico	B	B	B	1	B	B	1	B	B	B	B	1	B	1	B			4	24
	C) Informando a otras mujeres del Programa	C	C	1	C	C	1	C	C	C	1	C	C	1	C			4	24	
	D) Haciendo exigible el derecho a la salud	D	D	D	D	1	D	D	D	D	D	D	D	1	D			2	12	
	E) Participando en la investigación del cáncer de mama	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	1	E		1	6	
	F) Participando en la política pública de salud del Programa	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	1	F		1	6	
	G) No quiero participar	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	1	G		1	6	
	H) Otros (especifique)	H	H	H	H	H	H	H	1	H	H	H	H	H	H	1		2	12	
<b>ESPACIOS E INSTRUMENTOS</b>																				
13	¿Qué instrumentos conoce para participar en los programas de salud, especialmente en el de cáncer																		9	100
	A) Conozco: (especificar)	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			0	0	
	B) Desconozco los instrumentos	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	9	100







	A) Si (explicar en forma sencilla)	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0		
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	9	100
21	Si ha participado en el Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama (en la Red Rosa) ¿Sabe cómo se organizaron?																			9	100	
	A) Si (Explicar)	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0		
	B) No se	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	9	100
22	En qué etapa o parte de cualquier programa sobre cáncer de mama ha participado usted y cómo ha sido esa participación																			9	100	
	A) Diseño	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0		
	B) Implementación	B	B		B		B		B		B		B		B		B		0	0		
	C) Operación	C	C		C		C		C		C		C		C		C		0	0		
	D) Evaluación	D	D		D		D		D		D		D		D		D		0	0		
	E) Usando los servicios	E	E	1	E		E	1	E	1	E	1	E	1	E	1	E	1	E	1	8	89
	F) Otras (especificar)	F	F		F	1	F		F		F		F		F		F		F		1	11
23	¿Ha utilizado las redes sociales para participar en los programas sobre cáncer de mama?																			9	100	
	A) Si (explique)	A	A		A		A	1	A		A		A		A		A		1	11		
	B) No	B	B	1	B	1	B		B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	8	89
24	En caso negativo, ¿Cuál es la razón por la que no utiliza las redes sociales?																			13	100	

	A) Falta de información	A	A	1	A		A		A	1	A		A	1	A	1	A	1	A		5	38	
	B) No sabe como utilizarlas o no tiene Internet para usar esas redes	B	B	1	B	1	B		B		B	1	B	1	B		B	1	B		5	38	
	C) Carencia de tiempo	C	C		C	1	C		C	1	C		C		C		C		C		2	15	
	D) No cree que la puedan ayudar	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D		0	0	
	E) Otros (especificar)	E	E		E		E		E		E		E		E		E		E	1	1	8	
25	¿Qué tipo de asesoría para participar en proyectos de cáncer de mama se le ha brindado?																				9	100	
	A) Legal	A	A		A		A		A		A		A		A		A		A		0	0	
	B) Financiera	B	B		B		B		B		B		B		B		B		B		0	0	
	C) Administrativa	C	C		C		C		C		C		C		C		C		C		0	0	
	D) Operativa	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D		0	0	
	E) Servicios de salud	E	E		E		E	1	E		E		E		E		E		E		1	11	
	F) Ninguna	F	F	1	F	1	F		F	1	F	1	F	1	F	1	F	1	F	1	F	1	89
	G) Otros	G	G		G		G		G		G		G		G		G		G		0	0	
26	¿Quién le ha brindado la asesoría para participar en proyectos de cáncer de mama?																				9	100	
	A) La Delegación	A	A		A		A		A		A		A		A		A		A		0	0	
	B) El sector Salud local	B	B		B		B	1	B		B		B		B		B		B	1	2	22	
	C) La Red Rosa	C	C		C		C		C		C		C		C		C		C		0	0	
	D) Otros (especificar)	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D		0	0	
	E) Nadie	E	E	1	E	1	E		E	1	E	1	E	1	E	1	E	1	E	1	E	7	78

27	¿Conoce qué avances se han logrado en el Programa?																		8	100	
	A) Explicar	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0	
	B) No se	B	B	1	B	1	B	1	B		B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	8
28	¿Sabe si se manejaron recursos públicos en el proyecto de salud en el que participó o participa?																			9	100
	A) Sí (describa las experiencias y los mecanismos de transparencia que se usaron en los recursos)	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0	
	B) No se manejaron	B	B		B		B		B		B		B		B		B		0	0	
	C) Desconozco si se manejaron	C	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	C	1	9

### INFORMACIÓN

29	Si participa en algún Programa de salud ¿Sabe quién apoya el Programa en el que usted participa?																			9	100
	A) La delegación	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0	
	B) La secretaría de Salud del D.F.	B	B		B		B	1	B		B		B		B		B		B	1	11
	C) La Subsecretaría de Participación Ciudadana	C	C		C		C		C		C		C		C		C		C	0	0
	D) La iniciativa privada	D	D		D		D		D		D		D		D		D		D	0	0
	E) Organizaciones ciudadanas	E	E		E		E		E		E		E		E		E		E	0	0
	F) Otros (especifique)	F	F		F		F		F		F		F		F		F		F	0	0
	G) No se	G	G	1	G	1	G		G	1	G	1	G	1	G	1	G	1	G	1	8

30	En caso de que haya recibido un mal servicio, o mal trato para la detección oportuna del cáncer de mama, ¿sabe que hacer o a quién acudir?																		9	100
	A) Sí (explique)	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0
	B) No	B	B	1	B	1	B		B	1	B		B	1	B		B	1	6	67
	C) No ha habido necesidad	C	C		C		C	1	C		C	1	C		C	1	C		3	33
31	¿Conoce usted algunas cifras sobre cáncer de mama?																		9	##
	A) Si (especifique)	A	A		A		A		A		A		A		A		A		0	0
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	9	##
32	¿Qué mecanismos de información conoce, para motivar a la gente a participar en materia de salud específicamente en el programa de cáncer de mama?																		13	100
	A) Propaganda (especifique)	A	A	1	A	1	A		A		A		A		A	1	A		3	23
	B) Teléfono	B	B		B		B		B		B		B		B		B		0	0
	C) Televisión, Radio	C	C		C		C	1	C	1	C		C		C	1	C		3	23
	D) Internet	D	D		D		D		D		D		D		D		D		0	0
	E) Otros (especifique)	E	E	1	E		E	1	E		E	1	E		E	1	E		4	31
	F) Ninguno	F	F		F		F		F	1	F		F	1	F		F	1	3	23
33	¿Saben del presupuesto participativo?																		9	100
	A) Si (monto de la delegación, procedimiento, experiencia,	A	A		A		A	1	A		A		A		A		A		1	11

	mecanismos de transparencia)																					
	<b>B) No</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>		<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>89</b>
34	Además de la Red Rosa o de INMUJERES, D.F.¿Le han dado <b>información en su Centro de Salud</b> o Comité Ciudadano o Comité de Salud, sobre el cáncer de mama o el PAICMA?																				<b>9</b>	<b>100</b>
	A) Si (especifique)	<b>A</b>	<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
	B) No	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>##</b>
35	¿Sabe qué es CONAMED?																				<b>7</b>	<b>##</b>
	A) Si (especificar si ha tenido alguna experiencia)	<b>A</b>	<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>A</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
	B) No	<b>B</b>	<b>B</b>		<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>		<b>7</b>	<b>##</b>

### OBSTÁCULOS A LA PATICIPACIÓN

36	¿Cuáles han sido los problemas de organización a los que se han enfrentado cuando ha querido participar?																				<b>13</b>	<b>100</b>
	A) Falta de información sobre formas de organización	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>		<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>		<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>		<b>A</b>	<b>1</b>	<b>A</b>		<b>5</b>	<b>38</b>
	B) Falta de interés	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>1</b>	<b>B</b>		<b>B</b>		<b>B</b>		<b>B</b>		<b>B</b>		<b>B</b>		<b>B</b>		<b>2</b>	<b>15</b>
	C) Organización o decisiones poco democráticas del gobierno	<b>C</b>	<b>C</b>		<b>C</b>		<b>C</b>		<b>C</b>		<b>C</b>		<b>C</b>		<b>C</b>		<b>C</b>		<b>C</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
	D) Falta de recursos (financieros, personal, unidades móviles, tiempo, otros)	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>1</b>	<b>D</b>		<b>D</b>		<b>D</b>		<b>D</b>		<b>D</b>		<b>D</b>		<b>D</b>		<b>D</b>		<b>1</b>	<b>8</b>

	E) Otros (especifique)	E	E	1	E		E	1	E		E		E		E		E		2	15				
	F) No se	F	F		F		F		F	F	1	F		F	1	F		F	1	3	23			
	G) Ninguno	G	G		G		G		G		G		G		G		G		G		0	0		
37	De acuerdo a su experiencia ¿Qué piensa de la participación ciudadana en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama?																				10	100		
	A) Razones para participar	A	A	1	A		A		A	A	1	A	1	A	1	A		A		A		4	40	
	B) No se	B	B		B		B	B	1	B		B		B	1	B		B	B	1		3	30	
	C) Me falta información para tener una opinión	C	C		C		C		C		C		C		C	C	1	C		C		1	10	
	D) Otros: especifique	D	D		D	1	D	1	D		D		D		D		D		D		D		2	20
38	Usted ha tenido una importante experiencia respecto a la necesidad de prevenir el cáncer de mama o en torno al padecimiento y tratamiento de esa enfermedad ¿Considera que sus opiniones se han tomado en cuenta para mejorar los servicios de mastografía, o el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama?																					9	100	
	A) Si (exlicar cómo se tomaron en cuenta sus opiniones)	A																					0	0
	B) No	B	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1	B	1		9	100	
39	¿Qué limitaciones o problemas siente que tienen las mujeres para participar en																							





