



C1048

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS

PARTICIPACIÓN PÚBLICA EN EL SISTEMA
DE SALUD EN MÉXICO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

PRESENTA

LUZ LAZOS RAMÍREZ

DIRECCIÓN DE TESIS:
DR. LEÓN OLIVÉ MORETT

México D.F.

2005

0350502



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.

Agradecimientos

Este trabajo fue posible por el apoyo de tres dependencias de Universidad Nacional Autónoma de México: la Facultad de Filosofía y Letras, el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM y la Dirección General de Divulgación de la Ciencia a quienes doy muchas gracias por todas las facilidades otorgadas.

Agradezco la paciencia y curiosidad de León Olivé, el director de este trabajo. También quiero agradecer la cuidadosa lectura y revisión por parte las asesoras que forman parte del jurado: Ana María Sánchez, Laura Cházaro, Laura Vargas y Sandra Ramírez.

Deseo agradecer a mis compañeros Martha Elena Márquez, Catalina García y Ricardo Sandoval por las críticas, observaciones, sugerencias, malos augurios y buenas intenciones que compartimos durante el Seminario de Tesis.

Este trabajo se debe agradecer a toda la Coordinación de Posgrado que se ocupó y preocupó por nosotros: Atocha Aliseda, Sylvia Benitez, Noemí Vidal y especialmente, Carlos López Beltrán, nuestro primer coordinador.

Aprovecho este espacio para darle las gracias al maestro Marco Aurelio Torres H. y a Jaime Litvak por su apoyo y confianza durante este tiempo. Asimismo, agradezco a Enrique Fabián y al Sergio Tirado y a todos mis alumnos por sus atenciones en la Facultad de Ingeniería de la UNAM.

Las largas charlas y chistes sobre la base empírica de Camel y las focas bebés son, sin duda, momentos que debo agradecer a mis compañeros Mónica Lozano, Fernando Pacheco, Mario Mendoza, Haydeé López, Armando del Valle, Salvador Cristerna, Víctor Bolaños y Rosalba Namihira.

Un agradecimiento especial a Edith Ortiz, por su amistad y por el apoyo moral y material del Proyecto CONACYT G30704-H. Gracias también a Ada Torres y Martha González por sus consejos y recomendaciones.

Por el apoyo para estos estudios, los anteriores y los que faltan, agradezco especial y cariñosamente a toda mi familia y a mis amigos, quienes durante años nunca me han dejado sentirme triste, sola o aburrida.

Todos ustedes han hecho posible este trabajo.

Muchas gracias.

“El Gobierno conoce plenamente sus responsabilidades, y espera que aquellos a quienes se dirige este mensaje asuman también, como ciudadanos conscientes que sin duda son, las responsabilidades que les corresponden, pensando que el aislamiento en que ahora se encuentran representará, por encima de cualquier otra consideración personal, un acto de solidaridad para con el resto de la comunidad nacional...”

José Saramago, *Ensayo sobre la ceguera*.

Indice

Introducción.....	5
I. La participación pública y el funcionamiento de las instituciones	
I.1 Participación pública: algunas definiciones.....	9
I.2. La incorporación de las estrategias de participación en políticas públicas: un recuento esquemático.....	12
I.3 La participación pública y los objetivos de los sistemas de salud.....	17
I.4 La participación ciudadana en sistemas de salud.....	21
II. Descripción y evaluación de propuestas de participación en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.....	27
II.1 La participación pública y los objetivos del sistema mexicano de salud.....	33
II.2 Bases para Evaluar la propuesta.....	37
II.3 Evaluación de la propuesta de participación ciudadana del PNS 2001-2006.....	40
III. Análisis de dos mecanismos de participación ciudadana en el sector salud de México.....	44
III. 1 Un mecanismo de consulta en el sector salud mexicano: Encuesta Nacional de Salud 2000.....	49
III.2 El Seguro Popular como estrategia de participación pública para la toam de decisiones.....	57
IV. Puntos a considerar en una propuesta de participación ciudadana en el sector salud mexicano.....	64
V. Conclusiones	70
VI. Bibliografía.....	73

Introducción

La participación pública, entendida como el proceso que permite a los ciudadanos intervenir en la elaboración de políticas gubernamentales, ha sido promovida como un remedio para problemas relacionados con la exclusión, la inequidad y la ineficiencia.

Al menos durante las últimas dos décadas, la institucionalización de la participación como parte de las tendencias democratizadoras de diferentes gobiernos alrededor del mundo, y particularmente en América Latina, se ha incorporado como un mecanismo que actúa favorablemente al legitimar el establecimiento de políticas públicas, particularmente en políticas sociales, favoreciendo la gobernabilidad. En este punto, organismos internacionales como la ONU o el Banco Mundial han aportado recursos importantes a los gobiernos de países en desarrollo para el establecimiento de mecanismos de participación que se valoran por su impacto en la democratización basándose en el siguiente supuesto:

-Los mecanismos de participación permiten hacer políticas ajustadas a las expectativas de las personas, lo que influye directamente en la eficiencia de las medidas establecidas, aumenta la transparencia en las áreas financieras y de toma de decisiones, dando como resultado un aumento en la credibilidad de las instituciones, generando gobernabilidad y al mismo tiempo, desplaza el balance de poder hacia los ciudadanos, al dar oportunidad a la gente de expresar sus demandas e incidir en la política pública para modificar sus condiciones de vida¹.

Hay que destacar que cualquier decisión sobre el establecimiento de la participación tiene consecuencias en quienes participan, en la forma en que lo hacen y en la eficiencia que el proceso de participación puede tener. Reconocer lo anterior es crucial para tener en cuenta

¹ Bolos (2003)

las posibles consecuencias del proceso y determinar si éstas corresponden con las intenciones y objetivos de las instancias participantes.

La participación pública sigue siendo uno de los ejes fundamentales para la re-estructuración de instituciones en México y otros países, particularmente en la elaboración de políticas relacionadas con temas de ciencia y tecnología.

En el caso de la ciencia y la tecnología, además de las dificultades comunes que la participación pública enfrenta en otras áreas, se añade la necesidad de disponer de información especializada de calidad sobre problemas complejos en contextos con una marcada desigualdad en la distribución de conocimiento e información, que subraya los desequilibrios de poder entre los grupos participantes.

Sin embargo, recientemente se ha señalado que las experiencias de la participación en una amplia diversidad de contextos sociales han tenido resultados en los que la participación ha sido más retórica que sustancial, pues al no considerar problemas tales como la distribución de poder y la desigualdad social de dichos contextos, ha quedado sujeta a la manipulación por agentes y sectores que han impuesto sus agendas propias, empleando como cubierta el consentimiento de la comunidad, convirtiendo a la participación pública en lo que se ha considerado “la nueva Tiranía”² dentro de los procesos de elaboración de políticas públicas.

Todo lo anterior señala la importancia de incorporar la investigación sobre los procesos de participación en casos particulares y con objetivos concretos. Dicha investigación podría tener un impacto relevante en la práctica, al implantar propuestas surgidas a partir de la discusión crítica y plural con el fin de establecer mecanismos que favorecieran el carácter transformador e incluyente que ha dado lugar al valor teórico en que se basa el amplio uso de la participación.

² Bühler, Ute (2002). Participation “with justice and dignity”: Beyond the “New Tyranny”.

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis de las propuestas de participación pública planteadas en el Sistema de Salud de México, con el propósito de caracterizar el modelo de participación ciudadana considerado, los mecanismos contemplados para su establecimiento y discutir algunos de sus posibles efectos.

El trabajo está dividido en cuatro partes. En primer lugar se presenta el marco teórico para abordar la discusión de la participación pública dentro del sistema de salud. En segundo lugar, se muestran los resultados de un análisis del actual Programa Nacional de Salud de México (PNS) 2001-2006³, que es el esquema central de la política del sector salud. Como parte de este análisis se caracterizan los modelos de participación pública así como los mecanismos contemplados para su establecimiento.

En la tercera parte, se presentan dos casos de políticas de participación en el sector salud. En el primer caso se aborda la Encuesta Nacional de Salud 2000 como un mecanismo de participación pública encaminado a la obtención de información proporcionada por los ciudadanos y en la que se basan los especialistas para la adecuación de las políticas del sector de acuerdo con las demandas y necesidades de la sociedad. En el segundo apartado, basado en un análisis del Seguro Popular como estrategia de participación, se discute un mecanismo que hace énfasis en la opinión individual y en las relaciones cliente-proveedor dentro del Sistema de Salud de México.

En la cuarta parte se presenta una discusión sobre las críticas a los mecanismos de participación ciudadana consideradas en la tercera parte. En primer lugar, esta discusión muestra que en el Sistema de Salud de México, evaluado dentro del marco establecido, se considera a la participación pública como una forma de legitimar decisiones, sin incluir

³ *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. México.*

procesos deliberativos y considerando que las necesidades de una sociedad pueden establecerse desde el punto de vista de los expertos.

En segundo lugar, en esta discusión se plantean algunos puntos que requieren una reflexión más profunda dentro de los planteamientos con los cuales se ha diseñado y establecido la participación en el área de la salud en diversos países.

Estos puntos requieren que los mecanismos de participación pública en un sistema de salud contemplen la convivencia de diversas prácticas culturales y médicas en contextos sociales con gran desigualdad en el acceso a la información y a la toma de decisiones.

Para incluir estos puntos desde el análisis la participación como un instrumento para la toma de decisiones dentro del área de la salud, es necesaria una revisión del significado que tienen en diversos contextos sociales las relaciones médico-paciente, ciudadano-autoridades, individuo-instituciones y salud-enfermedad.

La contribución de estos y otros significados puede ofrecer alternativas de participación que hagan posible la aproximación entre ciudadanos y autoridades en la elaboración y establecimiento de políticas de salud.

I. La participación pública y el funcionamiento de las instituciones

La participación ha seguido una trayectoria compleja durante las últimas décadas: es un concepto cuyo significado ha ido cambiando de acuerdo a las tendencias dominantes en cada momento, y no es de extrañarse que bajo éste se incluyan formas muy diversas de organización, dentro y fuera de las instituciones estatales. Por ejemplo, los motivos de la participación varían desde ser considerada como un mecanismo puramente instrumental para aumentar la eficiencia en la implantación de propuestas hasta ser valorado como un derecho democrático y humano indispensable para el empoderamiento y fortalecimiento de la ciudadanía.

I.1 Participación pública: algunas definiciones

En una definición amplia de la **participación pública**, Arzaluz la señala como: *“La intervención (directa o indirecta) de distintos actores en la definición de las metas de acción de una colectividad y de los medios para alcanzarlas. Es un proceso social que genera la interacción o relacionamiento de diferentes actores (individuales o colectivos) en la definición de su destino colectivo”*⁴.

Empleando una definición similar, Bolos se refiere a la participación como *“la incidencia de individuos y grupos sociales en las diferentes etapas en las que se resuelven asuntos de interés público, es decir, en la consulta, discusiones, planteo de propuestas y, en algunos casos, en la gestión de recursos”*⁵. Cunill

⁴ Arzaluz, S (1999). La participación ciudadana en el gobierno local mexicano. Algunas reflexiones teóricas sobre el concepto. capítulo 1 de la tesis “Gestión urbana y participación ciudadana en los municipios metropolitanos del Estado de México. Los casos de Tlalnepantla, Nezahualcóyotl y Ecatepec (1996-1999)”. Tesis de Doctorado en Sociología. Colegio de México. (sarzaluz.pdf)

⁵ Bolos, Silvia (2003). Presentación. En: Participación y espacio público. Universidad de la Ciudad de México. p.7. Florin and Dixon.

define a la participación ciudadana como *“la intervención de los individuos en las actividades públicas en tanto portadores de intereses sociales”*⁶.

Bajo las definiciones anteriores se pueden agrupar un gran número de iniciativas y procesos que tienen en común la idea de un público que actúa y se relaciona con otras instancias en la atención de asuntos de interés colectivo.

Sin embargo, dentro de estas definiciones se incluye una amplia variedad de procesos, algunos con prácticas divergentes, que muestran variaciones en los objetivos, mecanismos y consideraciones acerca del papel del público, los agentes participantes y las relaciones que es posible establecer dentro del proceso de participación.

Algunos autores han mostrado la necesidad de establecer, como herramienta de análisis, una distinción entre dos tipos generales de la “participación pública” de acuerdo a su vinculación con las instituciones⁷:

- a) Cuando la participación se establece por medio de una convocatoria institucional o contenida dentro de un marco institucional, se llama **“participación ciudadana”**
- b) Cuando la participación se establece fuera de marcos institucionales, como una forma de organización social para dar respuesta a asuntos de interés colectivo donde las instituciones han sido ineficientes e incluso negativas, se llama **“participación social”**.

Si bien la participación ciudadana puede surgir como una respuesta institucional hacia demandas de la participación social, o viceversa, en la práctica el distanciamiento entre la

⁶ Cunill, Nuria (1997). Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social. Centro Latinoamericano para el desarrollo (CLAD). Editorial Nueva Sociedad, Caracas.

⁷ Cunill (1997), Zaccardi, A. (1999). Los actores de la participación ciudadana. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.(azzicardi.pdf, p.3) Primer Congreso: Gobiernos locales, el futuro político de México. <http://siglom.iteso.mx/HTML/encuentros/congreso/indic.htm>

segunda y la institución puede ser un elemento para delimitar los temas a discutir. Por ejemplo, en el caso del sector salud, aunque existen interesantes propuestas de participación ciudadana, desde el punto de vista institucional no se abordan las organizaciones privadas o asociaciones dedicadas a proporcionar atención médica de forma “altruista” como son dispensarios, hospitales de asistencia privada u ONG que trabajan de forma paralela al sector salud sin buscar su incorporación institucional.

Aunque existen otros criterios para establecer clasificaciones sobre la participación pública, (por objetivos, mecanismos, papel del público, etc), la distinción planteada sirve como base en el presente análisis de la participación pública en los sistemas de salud en México, que se enfoca a la “participación ciudadana”.

Ziccardi⁸ refiere la participación ciudadana a que *“los habitantes de las ciudades intervengan en las actividades públicas representando intereses particulares (no individuales). Pero para que esta participación sea efectiva deben generarse compromisos y condiciones institucionales y, sobre todo, existir el convencimiento de que la deliberación pública y la interacción social, la aceptación y el respeto por el pluralismo ideológico, son valores y prácticas positivos y esenciales para vivir en democracia; valores y prácticas que pueden y deben ejercerse en primer término en el ámbito de lo cotidiano y en el espacio local, que es donde se da la mayor proximidad entre autoridades y ciudadanos”*.

La participación ciudadana puede considerarse como una modalidad de comunicación entre los espacios ciudadanos y los espacios institucionales, que permite un acercamiento entre las partes involucradas⁹. Así, la comunicación entre los actores puede comprenderse a través de diferentes vías para el establecimiento de “diálogos”.

Esta idea de la participación como comunicación es una alternativa a otro tipo de perspectivas en las que se establece la relación entre instituciones-sociedad a manera de

⁸ Ziccardi, A. (1999).

⁹ Carballeda, Alfredo (2002). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Paidós. Argentina. 163 pp.

conflictos, que se resuelven cuando una de las partes participantes impone su punto de vista sobre el otro.

En las perspectivas mencionadas, la participación siempre tiene dos extremos. Por ejemplo, por sus objetivos es manipulación o emancipación; por sus mecanismos sirve para legitimar la exclusión o permitir la inclusión, etc. El establecimiento de estas dicotomías lleva por un lado a pensar en la participación como algo estático y rígido, lleno de opciones mutuamente excluyentes, o como un proceso lineal con ciertas tendencias universales marcadas hacia el “mejor” de los resultados como puede ser la eficiencia, la inclusión, la credibilidad, la gobernabilidad o el empoderamiento, según el autor¹⁰.

Al presentar la participación como modalidad de comunicación¹¹, el análisis de los mecanismos por los cuales se establece la participación permite conocer lo que cada uno de los participantes opina, cuestiona, conoce y valora. Al desarrollarse el diálogo, los actores se van conociendo y con ello van adquiriendo la capacidad de ir ajustando sus preguntas y respuestas, estableciendo una relación interactiva como resultado del proceso. En este diálogo van a convivir diferentes propuestas y visiones acerca de los objetivos y los resultados que se buscan de la participación, mismos que van a ser producto de la comunicación que se establezca entre los diferentes actores, bajo circunstancias dadas.

I.2 La incorporación de las estrategias de participación en políticas públicas: un recuento esquemático

La participación pública fue incluida como parte de las estrategias de diversas agencias internacionales, en particular aquellas relacionadas con el desarrollo, hacia mediados de los

¹⁰ López Cerezo et al. (1998), Fiorino (1990), Cornwall (2002), y Cooke y Kothari (2001).

¹¹ Carballeda, (2002)

años setenta. En ese momento, la inclusión de los ciudadanos estaba más dirigida hacia el aumento en la eficiencia en el establecimiento de proyectos, aunque incluía algunos aspectos orientados hacia la creación de condiciones que posibilitaran el desarrollo autosuficiente¹².

Durante los primeros años de la década de los 80, la “participación comunitaria”, vista como una estrategia de combate a la pobreza, estaba asociada con la eficiencia de proyectos e incluía la distribución de los costos y beneficios entre los gobiernos y las comunidades. En esta etapa, la participación era vista más como una medida pragmática para obtener efectividad y aprobación a proyectos, y se puso escasa atención hacia las posibilidades de empoderamiento o la construcción de capacidades de las personas para tomar decisiones relevantes: los grupos organizados participaron hasta cierto punto en la implantación de proyectos propuestos desde el exterior, sin tener la posibilidad de discutir su pertinencia o diseño. Algunos autores (Oakley et al. 1991) llaman a este periodo la era de “los proyectos con la gente”, cuyo principal resultado fue el crecimiento de nuevas instituciones a nivel local que varían de comités ciudadanos independientes a grupos para el desarrollo con adscripción institucional.

Se ha señalado que muchos de estos comités “comunitarios” sólo sirvieron para instrumentar dentro de las localidades proyectos impuestos desde los gobiernos centrales u organismos internacionales, apoyados en la legitimidad de la participación¹³: La idea de participación de los gobiernos estaba limitada a la formación de comités dentro de los programas; se proporcionaba dinero, pero sólo para hacer las cosas que el gobierno tenía en

¹² Cornwall, Andrea (2002). Participation in Development: Tracks and Traces. Current Issues in International Rural Development published by The Swedish University of Agricultural Sciences. August 2002.

¹³ Ribot, J. (2002). La descentralización democrática de los recursos naturales. La institucionalización de la Participación Popular. World Resources Institute. 33 pp. www.wri.org

mente hacer, sin realmente escuchar las demandas de la comunidad. En México, un ejemplo de este tipo de programas fue “Solidaridad”¹⁴.

Una frase que ilustra bastante bien el carácter de la participación durante los ochenta es que “la incorporación de los diversos grupos en las instituciones locales *transformaron la democracia en burocracia*”¹⁵.

En los años 90, la tendencia de la “participación comunitaria”, basada en la creación de grupos que trabajaban de forma colectiva en el mejoramiento de sus condiciones de vida, fue en gran medida reemplazada por el “*ethos del consumidor*”, en el que los resultados efectivos se buscaron a través del establecimiento de bases en las que gobiernos y ciudadanos se reclasificaron como “proveedores” y “consumidores” respectivamente, con un subrayado énfasis en las elecciones individuales sobre los intereses comunitarios. Las discusiones sobre aspectos como responsabilidad, identidad, autonomía, quedaron al margen dentro de esta aproximación donde la construcción de capacidades y empoderamiento se dan a través de leyes de mercado que pueden ilustrarse con frases como “*quien paga, manda*” y “*la gente sólo valora lo que tiene que pagar*”.

También durante los noventa, como un contrapeso a la visión de mercado, surgieron propuestas radicales que promovieron acciones sociales dirigidas hacia el empoderamiento, encaminadas a “*revertir los efectos de las políticas oficialistas usadas para domesticar la participación*”¹⁶. Estas propuestas dieron como resultado, por una parte, una revaloración de la sociedad civil como una categoría más cercana a la gente, que podía tener la doble función de extensión y vigilante del Estado. Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) llegaron a ser reconocidas como formas de participación legítimas, tanto por ciudadanos como por

¹⁴ Moya G, X and S A Way (2003). *Winning Spaces: Participatory Methodologies in Rural Processes in Mexico* Pathways to Participation Series, IDS Working Paper 180, Brighton: Institute for Development Studies.

¹⁵ Esteva citado en Cornwall (2002)

¹⁶ Cornwall, (2002)

gobiernos, e incluso las agencias internacionales comenzaron a canalizar recursos financieros para su consolidación y crecimiento.

Las ONG llegaron a constituirse como nuevos espacios de participación, como formas de organización de la sociedad civil dirigidas hacia el servicio y la **representación** de los grupos marginados. En algunos de estos espacios, los individuos excluidos pudieron tener una presencia colectiva que les proporcionó voz y, muchas veces, la posibilidad real de incidir en la elaboración de políticas públicas. Los grupos de activismo ambiental o de tratamiento del SIDA son ejemplos de este tipo de organizaciones que han llegado a plasmar sus demandas dentro de las políticas siguiendo lo que Cornwall llama el "*ethos hazlo tú mismo*", cuyos grupos pueden estar constituidos por personas de las más diversas opiniones, desde neoliberales a comunitaristas, pero interesados en un mismo objetivo político de amplio interés, lo cual explica su capacidad de convocatoria.

El éxito de las ONG como actores sociales dio lugar a una nueva aproximación a la participación pública que permitió la incorporación de este tipo de organizaciones dentro de instancias gubernamentales. Aunque en algunos casos las ONG adoptaron finalmente los discursos oficialistas sobre participación, muchas de estas organizaciones conservan aún como sus objetivos el empoderamiento de la gente, el reconocimiento de derechos y la redistribución de poder, es decir, hacer que la gente desarrolle la capacidad de negociar en nuevos términos con los grupos en el poder para decidir y actuar sobre sus condiciones de vida.

La sociedad civil, por medio de las ONG, generó hacia el final de los 90s, nuevos espacios políticos, que más allá de los comités institucionales o comunitarios, han dado la oportunidad para que el público se incorpore como ciudadano, más que como consumidor o integrante de una comunidad. Estos espacios han permitido experimentar nuevas formas de

democratización abriendo nuevas posibilidades para involucrar al público en la asignación de prioridades y la elaboración de propuestas. El uso de estas oportunidades requiere por un lado, un Estado eficiente y sensible a las demandas y por el otro, de una ciudadanía consciente y organizada¹⁷.

La participación actualmente se considera un derecho básico, el inicio de la definición y la afirmación de los derechos y responsabilidades de los ciudadanos y por ello, una obligación del Estado. Por lo anterior, el público ya no es un beneficiario o un consumidor, pues el ejercicio de la participación lo convierte en un agente de su propio desarrollo.

Esto no quiere decir que se haya alcanzado el estado óptimo, pues a pesar de las consideraciones anteriores, existen muchas versiones y prácticas de la participación que aún contienen vicios heredados en cuanto a su significado, su aplicación y sus resultados negativos. En ocasiones se seleccionan mecanismos que permiten a los gobiernos manejar los procesos de participación para deslindarse de responsabilidades, manipular al público o imponer iniciativas; en otros casos, los grupos dominantes dentro de las comunidades pueden hacer uso de la “participación comunitaria” para reforzar las relaciones de poder existentes, dando como resultado una mayor exclusión de los grupos marginales.

El estudio de las propuestas de participación dentro de políticas públicas debe tener como uno de sus objetivos identificar las huellas negativas de prácticas participativas anteriores con el fin de ofrecer propuestas que realmente fortalezcan a los ciudadanos y a las instituciones, dando lugar a modificaciones sustanciales en las condiciones de vida.

Por lo anterior, varios autores han señalado la importancia de examinar no sólo los mecanismos y su aplicación como uno de los posibles factores que interfieren con la obtención de los resultados esperados de la participación, sino extender los análisis hacia el

¹⁷ Gaventa (2002).

estudio de los supuestos más amplios en los que se basa la participación pública como son la distribución de poder, conocimiento e información y su papel en la negociación dentro de contextos concretos o la dinámica de las comunidades en relación con la diversidad interna de las mismas¹⁸.

Los objetivos a alcanzar con las políticas de participación se resumen en el cuadro I, que se muestra a continuación:

Cuadro I. Las transformaciones de la participación pública.*

De	A
Beneficiario	Ciudadano
Proyectos	Política
Consulta de opinión	Toma de decisiones
Valoración	Implementación
Micro	Macro
Comunidad	Individuo

*Tomado de Andrea Cornwall and John Gaventa "From Users and Choosers to Makers and Shapers: Repositioning Participation in Social Policy".

I.3 La participación pública y los objetivos de los sistemas de salud

El cuidado de la salud es uno de los aspectos que se reconocen ampliamente como prioritarios dentro de los planes de desarrollo de una sociedad. La forma más común en que las sociedades han organizado las acciones y los recursos dirigidos al cuidado de la salud es lo que se reconoce como **sistema de salud**, que de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es "*el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos que se dedican a producir acciones de salud. Una acción de salud es definida como cualquier esfuerzo, ya sea en cuidado de la salud personal, servicios públicos de salud o a través de iniciativas intersectoriales, cuyo propósito fundamental sea la mejora de la salud*"¹⁹.

¹⁸ Cooke and Kothari (2001)

¹⁹ World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: WHO, 2000. p. xi

El desarrollo de los sistemas de salud se incrementó notablemente durante el siglo XX y estos han cobrado importancia porque a través de ellos ha sido posible la aplicación de los conocimientos técnicos y científicos de la medicina a amplios sectores de la sociedad, por ejemplo la vacunación, con lo que se han obtenido notables avances en el campo de la salud, cuyas repercusiones a nivel social pueden observarse a través de los indicadores más comunes como son el aumento en la expectativa de vida o la reducción de tasas de mortalidad infantil.

Sin embargo, los sistemas de salud se enfrentan a un hecho importante: aún en países desarrollados existen una serie de obstáculos que impiden que los sistemas de salud puedan obtener mejores resultados, a pesar de los grandes avances en la producción de los conocimientos científicos y técnicos.

De acuerdo al informe 2000 de la OMS, "*Las fallas que limitan la eficiencia [de los sistemas de salud] no son resultado de la falta de conocimiento sino de la aplicación incompleta de dicho conocimiento: esto es, las fallas son más bien sistémicas que técnicas*"²⁰.

Según el diagnóstico de la OMS, las mencionadas fallas sistémicas provienen de un desarrollo de los sistemas de salud donde la *distribución de los recursos limitados* está orientada a partir de las *necesidades percibidas* por los gobiernos o las instituciones de salud, sin prestar atención a las *demandas* de los usuarios, lo que ha generado sistemas de salud con una estructura vertical, que en algunas acciones toma giros paternalistas muy cuestionables, dando lugar a una distribución de recursos que muchas veces no responde a las demandas y expectativas de los usuarios, e incluso del personal de sistema de salud, afectando seriamente su funcionamiento²¹.

²⁰ WHO, 2000 p.xii

²¹ Bradley, P. (2000). Application of ethical theory to rationing in health care in UK: a move to more explicit principles?. In: Bradley, P. And Burls, A. (eds). *Ethics in Public and Community Health*.

La OMS ha sugerido una serie de estrategias dirigidas a analizar y corregir estas llamadas fallas sistémicas. En las condiciones actuales de los sistemas de salud, el enfoque universalista de la salud, basado exclusivamente en el modelo de la medicina biomédica, se ha sustituido por el concepto de “*nuevo universalismo*” que consiste en proporcionar servicios esenciales de alta calidad a todos, definiéndolos por su efectividad, costo y aceptabilidad social²². Es dentro de este nuevo universalismo donde se incluye la descentralización y la democratización de los sistemas de salud como parte de las estrategias que permitirán solucionar las fallas sistémicas y con ello mejorar los sistemas de salud al incluir al público en la formulación de políticas públicas²³.

Los sistemas de salud por lo general están conformados para atender las necesidades de salud de la sociedad siguiendo los principios de eficiencia, equidad y justicia. En los términos particulares empleados dentro de los sistemas de salud se dice que la participación pública incrementa la **eficiencia** al permitir canalizar los recursos de la forma más apropiada para resolver las **necesidades puntuales que la sociedad demanda**, y que esta mejora en la asignación de prioridades ayuda a resolver los problemas de **equidad** en la medida en que la participación pública hace posible incluir al mayor número de perspectivas involucrando a los sectores que serán los beneficiarios en la toma de decisiones para el establecimiento de políticas justas, aceptables y legítimas.

En el reporte 2000 de la OMS se reconocen los tres objetivos fundamentales de los sistemas de salud²⁴:

Routledge. UK. pp. 3-19. **Platts, M.** (2002) Dos puntos de vista de la confidencialidad (y una moraleja de paso). En: Hansberg O. y M. Platts (comp.). *Responsabilidad y libertad*. UNAM-FCE. pp. 101-119

²² WHO, 2000. p. xiv.

²³ Ornelas, Carlos (1998). Descentralización de los servicios de educación y de salud en México. En: Gropello E. y R. Cominetti (coord.). *La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL. P.187- 208.

²⁴ World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: WHO, 2000. p. 25

- 1) Mejorar la salud de la población a la que sirven
- 2) Responder a las expectativas de salud de la gente
- 3) Proveer de protección financiera contra los gastos por enfermedad

Los valores involucrados en estos objetivos, además del reconocimiento del derecho a la salud, son la **eficiencia, la equidad y la justicia**, como metas fundamentales para la protección social de la salud.

Durante las etapas iniciales del establecimiento de los sistemas de salud en el mundo, se consideraba que la mejora en salud era el resultado del progreso nacional, es decir, que la salud sería un producto del incremento en el nivel de las condiciones de vida.²⁵

Así, en dichas etapas se pretendió que los objetivos mencionados se alcanzarían a través del incremento de la eficiencia en la aplicación de avances científicos y técnicos en la medicina. Sin embargo, en las últimas décadas, se ha observado que la aplicación del conocimiento médico tiene un límite marcado por diversos obstáculos en el acceso y la distribución de los recursos de salud, que se reflejan como altas tasas de enfermedades infecciosas, resurgimiento de epidemias, aparición de nuevos problemas de salud y esperanza de vida disminuida en diferentes sectores de la población, especialmente los más pobres, aún en los países desarrollados ²⁶.

Estos obstáculos en gran parte están asociados a factores como financiamiento inadecuado, ausencia de voluntad política, infraestructura obsoleta, desaprovechamiento de los recursos humanos disponibles así como restricciones a los derechos de los individuos para controlar

²⁵ White, Levin, Levine (1998).

²⁶ who 2000

sus condiciones de salud.²⁷ Como resultado, estos obstáculos dan lugar al problema básico que enfrentan los sistemas de salud: los recursos limitados y la asignación de prioridades. Ante esto, se ha propuesto la participación ciudadana como una herramienta para la generación de soluciones.

I.4 La participación ciudadana en sistemas de salud.

La introducción de estrategias de participación ciudadana en los sistemas de salud contemporáneos sugeridas por la OMS, observadas en un contexto más amplio, son también resultado de la convergencia de un cierto número de procesos y movimientos sociales que se desarrollaron durante las últimas décadas del s. XX y que han dado lugar a la incorporación de los ciudadanos dentro de la toma de decisiones a diferentes niveles que van desde el establecimiento de proyectos locales hasta la configuración de políticas públicas de diferentes sectores.²⁸

Algunos de estos procesos son:

- Debilitamiento del poder del Estado frente a procesos de privatización
- Pérdida de la credibilidad de instituciones gubernamentales por ineficiencia
- Procesos de ciudadanización de las políticas públicas.
- Cambios de las políticas de bienestar y desarrollo por políticas democratizadoras, particularmente en los sectores de atención social (educación, salud, ambiente).
- Movimientos activistas dirigidos al empoderamiento ciudadano.
- Demandas sociales al reconocimiento de las capacidades del individuo. Particularmente en salud, la reivindicación de autonomía dentro de la llamada *“doctrina del consentimiento informado”*.

²⁷ Global Forum Update on research for Health 2005.

²⁸ Global Forum Update on research for Health 2005.

- Directrices del Banco Mundial y otros organismos financieros internacionales

Ante este panorama, la mejora de los sistemas de salud requiere de modificaciones estructurales dirigidas a eliminar los obstáculos en el acceso al conocimiento médico y su distribución que involucran cambios importantes en las políticas públicas del sector, que comienzan por el reconocimiento de la salud como uno de los factores básicos para lograr el desarrollo de la sociedad²⁹, pero que requiere también cambios importantes en los modelos de atención médica y en las relaciones entre los diferentes agentes participantes³⁰

Los argumentos básicos para promover la participación ciudadana que se han planteado dentro de los sistemas de salud se pueden dividir en dos grupos, dentro de los cuales conviven objetivos políticos y económicos, cuya consecuencia es el mejoramiento de los servicios de salud³¹:

Grupo I. Aspectos económicos del sistema de salud.

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

Dentro de este argumento se asume que:

- 1) **A mayor participación de los ciudadanos, la decisión es más democrática y hay un mayor control de las finanzas y**

²⁹ Feachem, R. Closing gaps to achieve the Millenium Goals. Global Forum Update on research for Health 2005. p. 8.

³⁰ Hufford (1997), Ribot (2002), López Cerezo, et al. (1998), Genatios y Lafuente. (2003). *Democratización del conocimiento y políticas públicas en ciencia y tecnología. Una cuestión ética.* Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. www.iadb.org/ética. Ornelas.

³¹ Florin, 2004

- 2) Se asegura que la política de salud refleje los valores éticos de la comunidad.

Grupo II. Aspectos sociales del sistema de salud.

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

En este argumento se asume que:

- 1) Las decisiones hechas por profesionales sólo pueden ser respuestas parciales dados los diversos componentes sociales que intervienen en los problemas de salud.
- 2) Sólo los usuarios locales pueden conocer sus necesidades y prioridades.

Ambos grupos de argumentos consideran, por lo menos a un nivel teórico, que la participación pública *incrementará la eficiencia* porque *la consulta* con el público permite responder a las *necesidades puntuales* que la sociedad plantea. Pero se puede ir más allá del sondeo de opinión y pensar que la participación pública puede permitir *la discusión entre sectores* con intereses y valores variados y que con ello se pueda llegar a *acuerdos aceptables y legítimos* para las diferentes partes, al establecer mecanismos que permiten la inclusión de diferentes opiniones, lo que tiene un efecto positivo en los aspectos relacionados con la *equidad* y la *justicia* del sistema al hacerlo más incluyente, plural y transparente³².

Como parte de los resultados que pueden esperarse de un proceso de participación pública bien encaminado, se ha mencionado que sirve para aumentar la *credibilidad* de las instituciones

³² Olivé, L. (2004). Riesgo, ética y participación pública. En: JL Luján y J Echeverría (eds.). *El riesgo en las sociedades contemporáneas*, Ed. Biblioteca Nueva-OEL, Madrid. Caltkhan, D. (1991) Ethics and priority setting in Oregon. *Health Affairs*, summer 1991, pp. 78-87.

y que tiene potencial para la *educación ciudadana* en cuanto a la responsabilidad y valores sociales, cuyo establecimiento como procedimiento cotidiano sirve para *empoderar a los individuos*, dándoles la capacidad de intervención en procesos relacionados con aspectos importantes de su vida, que en cuestiones de salud, más allá de su valor social, también incluye la consideración moral de que los individuos deben asumir la responsabilidad por sus propias vidas y por el bienestar colectivo.³³

La gran diversidad entre los criterios de organización de sistemas de salud en distintas sociedades del mundo parece más bien señalar una amplia gama de posibilidades y problemas que muestran las múltiples concepciones acerca de los individuos, sus diferencias y sus capacidades, así como los significados prácticos de lo que se considera solidaridad, autonomía, compromiso social y responsabilidad, así como otros valores relacionados con el bienestar colectivo entre distintos grupos sociales en lo que a salud se refiere³⁴.

Como se ha mencionado, la participación pública permite alcanzar los objetivos de un sistema de salud porque facilita la elaboración de políticas socialmente ajustadas, es decir, la formulación de estrategias de acuerdo a las necesidades puntuales de la sociedad.

La definición de "*necesidad de la sociedad*" por medio de la participación pública puede conducir, dentro de la salud pública, a resultados diferentes de acuerdo a quiénes, cómo y para qué participaron generando conflictos de intereses.

En una sociedad con recursos limitados para la salud es necesario y más eficiente racionar los servicios estableciendo prioridades de atención ajustadas a las demandas de la sociedad. Así, una vez establecidas las demandas, la pregunta que surge es ¿qué se considera como problema prioritario? ¿una necesidad de la mayoría de la población, la atención de grupos

³³ Guttman, A. (1996). La justicia a través de las esferas. En: Miller, D. y Walzer (comp.) *Pluralismo, justicia e igualdad*. FCE. p 133-159. Calkhan, D. (1991) Ethics and priority setting in Oregon. *Health Affairs*, summer 1991, pp. 78-87. Williams, L. (2004). Culture and Community development: Towards new conceptualizations and practice. *Community Development Journal*, Vol. 39 No. 4 Oct. P. 345-359

³⁴ Buris, (2000); Locock, (2000).

con necesidades particulares (pacientes con una afección X), o las necesidades de los grupos considerados como vulnerables (pobres, niños, ancianos, mujeres)?, lo que inevitablemente lleva a la discusión de quién es atendido y quién no, y a la necesidad de discutir y justificar los criterios establecidos para entender cómo es que la medida *es por el bien de todos*.

Si bien la participación pública ofrece las posibilidades teóricas antes mencionadas, la experiencia práctica con mecanismos de participación pública en la toma de decisiones y elaboración de políticas públicas muestra que las diferencias de opinión y percepción de lo que se considera necesidades entre los sectores que conforman la sociedad y su inclusión en políticas públicas pueden llevar a resultados confusos, inesperados, riesgosos y en muchas ocasiones injustos³⁵.

Las múltiples experiencias alrededor del mundo, muestran a la participación pública como un proceso complejo que potencialmente da lugar a medidas que pueden no ser las mejores, ni las únicas respuestas a problemas concretos y, por ello, se ha señalado que es indispensable evaluar las propuestas de participación específicas.

Existen diversas perspectivas para la evaluación de la participación pública. Algunas de ellas tienen un enfoque más específico centrado en la discusión de los mecanismos y la optimización de los mismos³⁶; otras más bien están dirigidas a la relación entre los mecanismos, los objetivos de las propuestas y los argumentos para establecer la participación³⁷. Otros autores analizan los supuestos contenidos dentro de las propuestas de participación y las consecuencias de éstos para las relaciones entre los ciudadanos y las instituciones³⁸.

³⁵ Florin, (2004); Ribot, (2002), López Cerezo et al, (1998)

³⁶ Moya,

³⁷ López Cerezo, et. al (1998)

³⁸ Beder (2004); Wahlberg (2003); Cooke y Kothari (2001)

En la siguiente parte del trabajo se mostrará una descripción y evaluación de las propuestas de participación ciudadana contenidas en el PNS 2001-2006.

II. Descripción y evaluación de propuestas de participación en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Antes de abordar los aspectos correspondientes al Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS), se presenta una breve descripción del Sistema de Salud de México con el fin de proporcionar información importante para establecer la relación entre los objetivos propuestos en el PNS para este sistema y la participación pública.

En el Sistema de Salud de México se distinguen cuatro funciones básicas para cumplir con los objetivos de mejoramiento y financiamiento de la salud de la población. Dichas funciones son: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. En el cuadro II se muestran las diferentes funciones del sistema de salud y los aspectos cubiertos en cada uno de ellos.

Cuadro II. Las cuatro funciones del Sistema de Salud de México.

1. Prestación de servicios: Atención a la salud individual Atención a la salud pública	2. Financiamiento del servicio: Movilización, acumulación y distribución de los recursos desde sus fuentes: Gobierno federal, gobiernos estatales, empleadores, usuarios
3. Rectoría del sistema: Regulación sanitaria de productos, redes y servicios de la economía que tienen impacto sobre la salud. Regulación y evaluación de la atención a la salud. Acreditación de escuelas de medicina. Certificación de especialistas. Protección a los pacientes	4. Generación de recursos para la salud: Formación y reclutamiento de profesionales de salud (médicos y enfermeras). Generación y administración de recursos infraestructura de atención e investigación. Generación y administración del Sistema Nacional de Información.

En el cuadro III se muestran los servicios que presta el sistema de salud, donde puede observarse que la salud pública se refiere a las actividades asociadas con los servicios a nivel poblacional relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud, particularmente los asociados con los servicios de salud de carácter preventivo y no personales, el manejo de datos epidemiológicos, así como la organización de las respuestas gubernamentales y comunitarias frente a amenazas de salud de carácter extraordinario como en el caso de desastres³⁹. Cabe destacar que en el caso del Sistema de Salud de México, la salud pública se encuentra bajo la responsabilidad única de la Secretaría de Salud, que también tiene a cargo las funciones de rectoría (regulación sanitaria) y generación de recursos humanos para el sector. El sector privado se encuentra dirigido hacia la medicina individual con fines terapéuticos.

En la figura 1 se muestra la actual organización del Sistema de Salud de México. Como se puede observar, existen tres grupos de prestadores de servicios. En primer lugar está el de las instituciones de seguridad social que atienden a la población asegurada, compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es el mayor, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, que cubren entre 50 y 55% de la población. En segundo lugar se encuentran los servicios de salud asistenciales, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el Programa IMSS - Solidaridad a población no asegurada; y en el tercer lugar, está el componente que integran los servicios privados, bastante fragmentado y diverso, en donde el personal de salud proporciona atención, en su mayor parte, sobre una base lucrativa. Los seguros privados afilián a poco menos del 2% de la población.

³⁹ Sepúlveda y López Cervantes (2000).

En el caso de otros países, existen evidencias de que el sistema privado de atención médica es poco eficiente frente a problemas de salud pública como es el caso del control y registro epidemiológico que requiere de la existencia de redes nacionales de vigilancia, prevención y control⁴⁰.

En México, es la Secretaría de Salud la encargada de coordinar las acciones para detección y registro de casos, el establecimiento de medidas de emergencia y las labores continuas encaminadas a la prevención como las campañas de vacunación. Por ejemplo, en una epidemia de cólera, el Sistema de Salud de México se encarga de atender y registrar los casos y de establecer el control sanitario estricto fuera de los recintos médicos, como en mercados, restaurantes, etc. Estas actividades quedan fuera de los objetivos y organización de los sistemas privados, dirigidos a la atención terapéutica de casos particulares.

Los casos de desastre y epidemias son ejemplos donde las labores de coordinación de servicios médicos rebasan las capacidades y posibilidades de organización de la medicina privada.

⁴⁰ Kickbush and Payne (2004).

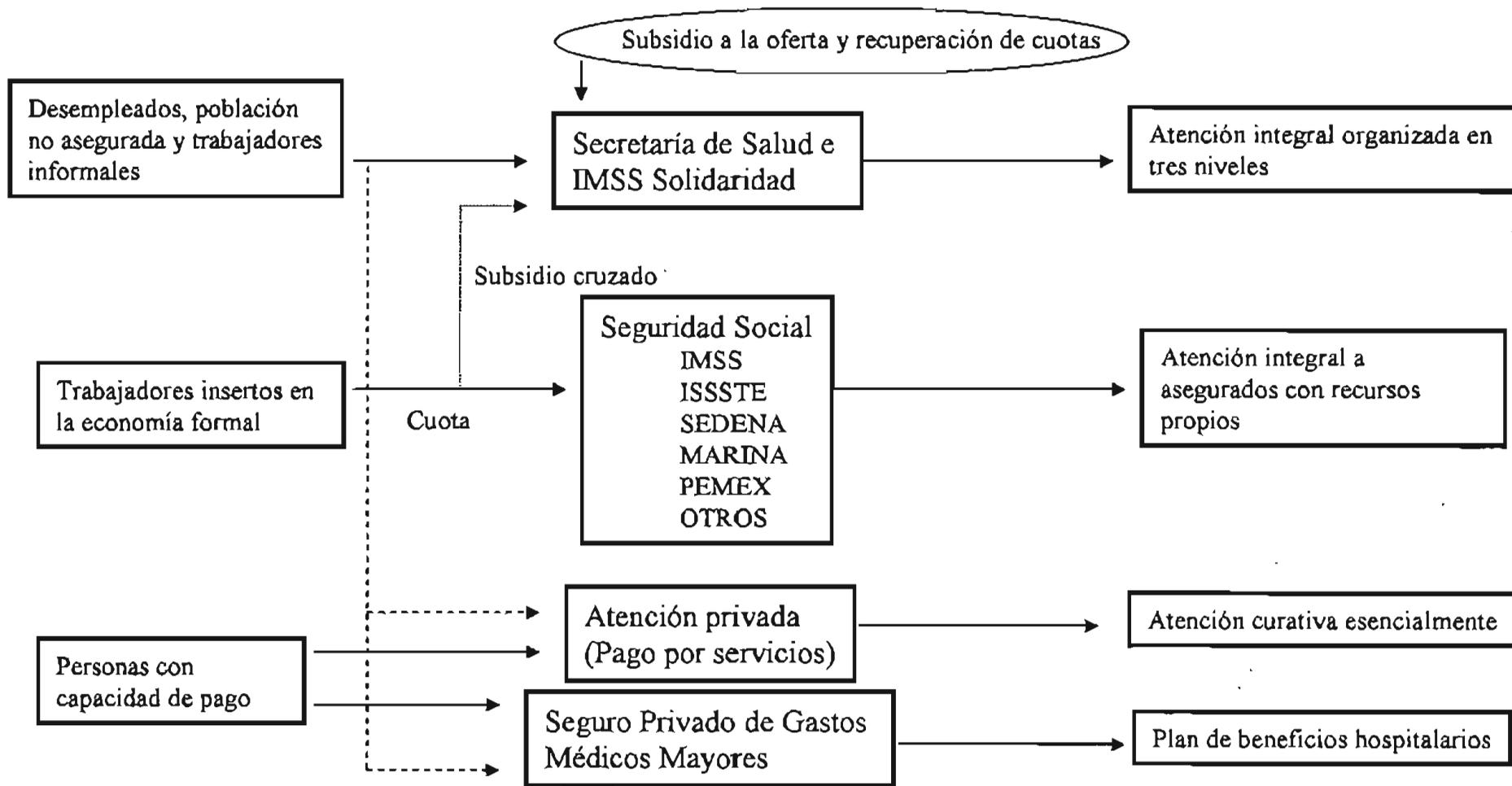


Figura 1. Sistema de Salud de México 2001.

El financiamiento de las instituciones públicas de sistema de salud proviene de tres diferentes fuentes: recursos del presupuesto federal, los empleadores (sólo para el caso de seguridad social) y los usuarios (ver figura 1).

En 1999, el gasto en salud fue de 5.5% del PIB, siendo el IMSS la institución de salud con mayor gasto (1.46% del PIB)⁴¹. El gasto en salud en México es comparativamente menor que el gasto de otros países de Latinoamérica como son Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, tanto en gasto por persona como porcentaje del PIB⁴².

Existen problemas importantes en la distribución de recursos entre instituciones, entidades federativas y grupos de ingreso, por ejemplo, el gasto por persona es hasta seis veces mayor en los servicios médicos de PEMEX que en otras instituciones⁴³.

El cuadro IV se muestran los recursos físicos y humanos del Sistema de Salud de México.

En el cuanto a la función de rectoría del sistema, la Ley General de Salud precisa que la Secretaría de Salud es responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo para el control de productos bienes y servicios relacionados con la salud (incluyendo los aspectos relacionados con la práctica médica interinstitucional), y concentrar las estadísticas necesarias para operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica⁴⁴.

⁴¹ OPS. Perfil del Sistema de Salud en México.

⁴² De acuerdo a datos del CONACYT, el gasto público en investigación en salud en México representa el 2.3% del gasto total en ciencia y tecnología, lo que equivale al 0.01% del PIB.

⁴³ PNS 2001-2006.

⁴⁴ Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, (2002). Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. Organización Panamericana de la Salud.

Cuadro III. Provisión de Servicios en Sistema de Salud de México.
(Información de OPS)

Salud Pública	Salud individual
<p>Vacunación Antiparásitos Promoción de la salud: a) <u>Autocuidado:</u> <i>reducción de tabaquismo,</i> <i>reducción de sedentarismo</i> <i>promoción de salud reproductiva</i> b) <u>Hábitos saludables:</u> <i>Alimentación</i> <i>Condición física</i> <i>Exámenes médicos preventivos</i></p> <p>Campañas de prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles: tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, dengue, cólera, rabia</p> <p>Campañas de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles: diabetes, hipertensión, desnutrición, cáncer cérvico uterino cáncer de mama</p>	<p>1er. Nivel: Promoción de la salud, atención ambulatoria a morbilidad, consultas generales, urgencias y odontológicas, exámenes de laboratorio.</p> <p>2do. Nivel: Atención a intervenciones que requieren infraestructura hospitalaria y servicios de médicos especialistas.</p> <p>3er. Nivel: Atención especializada de mayor complejidad, con médicos especialistas, enfermeras especializadas y otros profesionales. Este nivel incluye la investigación clínica y la investigación básica que se realiza tanto en hospitales como en los once institutos nacionales de salud.</p>

Cuadro IV. Recursos del Sistema de Salud de México (Tomado del PNS 2001-2006).

Recursos	Público no asegurados	Seguridad social	Privada	Total
Hospitales (más de 15 camas)	509	478	447	1,434
Camas de hospital	35,616	41,698	16,094	93,408
Clínicas y centros de salud	13,912	3,436	2,335	19,703
Médicos contratados	59,200	75,959	27,501	162,660
Enfermeras contratadas	80,154	104,110	29,365	213,629

II.1 La participación pública y los objetivos del Sistema de Salud de México.

Siguiendo las tendencias marcadas por la OMS, el Sistema de Salud de México ha incorporado, en unos veinte años, estrategias encaminadas a la descentralización y democratización del sistema de salud, incluyendo a la participación pública como uno de los mecanismos que ayudarán a eliminar las fallas del sistema⁴⁵.

Desde los años ochenta, las políticas para configurar al sector salud de México han adoptado la idea de descentralización de los servicios ofrecidos por este sector, al igual que otros países de América Latina, como una de las medidas hacia la democratización de las políticas públicas en dicha región. En estos modelos, implantados desde 1983, lo que se planteó fue una transferencia de las responsabilidades del gobierno federal a los gobiernos estatales sin contemplar la transferencia de autoridad, ni la participación del público ⁴⁶.

A pesar de las intenciones y del establecimiento de las políticas mencionadas, un diagnóstico no gubernamental del sistema de salud, realizado 13 años después de las primeras reformas, calificó al sistema como deficiente, señalando que las fallas podían ser agrupadas con “*las siete i.e.: inseguridad, inequidad, insatisfacción, ineficiencia, inadecuada calidad, inflación e insuficiencia*” a las que Ornelas agrega una octava “i”: la incredulidad creciente en los programas del gobierno, por la incapacidad para cumplir promesas⁴⁷.

Hasta 1996, con la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización de la Salud se incluye una invitación a la sociedad mexicana para participar en la definición y ejecución de los programas de salud pública de México, cuya evaluación había mostrado resultados

⁴⁵ Ornelas, C. 1998

⁴⁶ Ornelas, Carlos (1998). “Descentralización de los servicios de educación y de salud en México”. En: Gropello E. y R. Cominetti (coord.). *La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL. P.187- 208.

⁴⁷ Ornelas, 1998

bastante negativos. La invitación mencionada, orientada por el fin político de legitimar decisiones por la generación de consensos, planteaba a la ciudadanía la formación de comités de servicios y consejos ciudadanos de salud para mantener fuentes permanentes de opinión, evaluación, criterios sobre calidad de servicios y la pertinencia de las acciones del gobierno. Sin embargo, la invitación no incluía los mecanismos que hicieran posible la participación en la práctica⁴⁸.

La invitación al público a participar en la generación de consensos y toma de decisiones aparece, con gran énfasis, en el "Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México" (PNS), que está planteado dentro de la llamada "Tercera Generación de Reformas del Sector Salud" cuyo objetivo fundamental es "*la sustitución del viejo modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo universal, participativo y plural*"⁴⁹.

Dentro del panorama mencionado, se requiere de un cambio estructural importante dentro de las políticas del sector salud y esto parece ser el objetivo del *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud*⁵⁰ que se elaboró a partir de reconocer a la equidad, la calidad y la protección financiera como los tres retos más importantes del sistema⁵¹.

El esquema general de las políticas de salud, que se encuentra en el documento mencionado, tiene como eje central del PNS la democratización de la atención de la salud con el fin mejorar la salud de los mexicanos en un modelo de acceso universal.

El concepto de "democratización" considerado dentro del PNS contiene los siguientes puntos:

- El acceso de toda la población a los bienes y servicios de salud.

⁴⁸ Ley de Salud

⁴⁹ PNS: p. 27

⁵⁰ PNS: p. 17

⁵¹ Secretaría de Salud, 2004. *Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México.*

- La participación de todos los sectores involucrados (público, privado y sociedad en general) para la toma de decisiones en la agenda del sector.
- La participación de todos los actores en la evaluación del desempeño y la rendición de cuentas del Sistema de Salud de México.

El PNS considera cinco **objetivos**, cuyo éxito depende de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales (cuadro V). Las primeras están encaminadas a lograr los objetivos básicos y las segundas tienen una acción indirecta sobre los objetivos pues están dirigidas al fortalecimiento del sistema de salud.

La participación ciudadana se considera en el PNS como un punto esencial para alcanzar con éxito las metas del programa y por ello menciona diversos mecanismos para fomentarla. De hecho, una de las características del PNS es haber sido formulado a partir de una consulta ciudadana, lo que sería una muestra del interés real porque los ciudadanos puedan participar en este sector.⁵²

El concepto de democratización dentro del sector salud mexicano hace un gran énfasis en la participación ciudadana en los aspectos de vigilancia en cuanto a la asignación de recursos, particularmente en la aportación del público al “**financiamiento justo** de la salud”, lo que se considera la base de la protección social de la salud en México.

Por lo anterior, se puede afirmar que el argumento principal de la propuesta de democratización del PNS es de tipo económico (Grupo I), lo que otorga una autoridad especial a los sectores que contribuyen financieramente dentro de las decisiones del sistema. Así, las consideraciones acerca de la eficiencia y la equidad del sistema quedan subordinadas a acciones dirigidas a la apertura en la información del uso de recursos y a la creación de foros, comités y comisiones enfocados a la vigilancia de los procedimientos administrativos

⁵² PNS: p.20.

del sector salud, dentro de las metas relacionadas con la evaluación del desempeño y la rendición de cuentas como lo muestra la principal iniciativa de reforma, el Seguro Popular, que se describe en la sección III.2.

CUADRO V. Objetivos y estrategias del PNS 2001-2006

Objetivos	Estrategias sustantivas	Estrategias instrumentales
1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.	E1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social	E6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
2. Abatir las desigualdades en salud.	E2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	E7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.	E3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades	E8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.	E4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud	E9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.	E5. Brindar protección financiera en materia de salud para toda la población	E10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

II.2 Bases para Evaluar la propuesta.

En su artículo "Participación Pública en Política Tecnológica. Problemas y Perspectivas", López Cerezo et. al.⁵³ proponen una evaluación de iniciativas sobre participación ciudadana. Esta propuesta se basa en los tres argumentos propuestos por Fiorino (1990)⁵⁴, que resumen los motivos para la participación pública en los procesos de negociación política. Estos argumentos son los siguientes:

- 1) La participación es la mejor garantía para evitar la resistencia social y la desconfianza hacia las instituciones (*argumento instrumental*).
- 2) La tecnocracia es incompatible con los valores democráticos (*argumento normativo*).
- 3) Los juicios de los no expertos son tan razonables como los de los expertos (*argumento sustantivo*).

En la propuesta de López Cerezo, la evaluación de iniciativas se hace considerando tanto los objetivos como los mecanismos incluidos en la misma y su relación con la forma en que responden a los argumentos mencionados. Así, se puede plantear el siguiente diagrama, en el cual cada una de las líneas es una concepción diferente de la participación.

¿...participación?

Por qué?	De quién?	Para qué?	Cómo?	Riesgos?
Argumento instrumental	Percepción pública	Evitar resistencia social	Mecanismos de sondeo	Manipulación

⁵³ López Cerezo, J.A., Méndez Sanz J. A. y O. Todt (1998). "Participación Pública en Política Tecnológica. Problemas y Perspectivas". Revista *Arbor* CLIX, 627 (Marzo 1998), 279-308 pp.

<http://www.campus-oei.org/salactsi/arbor.htm>

⁵⁴ Fiorino, D. (1990). Citizen Participation and Environmental Risk: A survey of Institutional Mechanisms. *Science, Technology and Human Values* 15 (2):226-243.

Argumento normativo	Opinión pública	Legitimidad democrática	Mecanismos reactivos	Desconfianza
Argumento sustantivo	Conocimiento público	Co-decisión	Mecanismos activos	Inherentes a la gestión

Tomado de López Cerezo et. al. (1998).

Con base en esta propuesta se puede decir lo siguiente sobre el PNS 2001-2006:

¿quién participa?

Tipos de ciudadanos.

La idea del PNS propone un acceso universal, es decir **todos** los ciudadanos pueden incorporarse dentro de los mecanismos de participación propuestos. Se hace énfasis en la importancia de la participación de algunos sectores en estrategias específicas como es el caso de las mujeres (E1, E3), los indígenas (E1, E3), las personas con capacidades diferentes (E3), los pobres (E2), los educadores (E1) los profesionales de la salud⁵⁵ (E3, E4), los administradores (E4, E5, E6), las organizaciones políticas (E6, E7, E8, E9) y los investigadores en salud (E8, E10).

Tipos de organización para la participación.

Debido a la amplitud del sector salud un gran número de instituciones y diversos tipos de organizaciones se encuentran relacionadas con su estructura y funcionamiento. Se pueden distinguir los siguientes tipos de organización:

- Uniones y Asociaciones de profesionales de la salud.
- Asociaciones de enseñanza y evaluación de la práctica profesional en salud.
- Instituciones académicas de docencia e investigación.

⁵⁵ Profesionales de la salud: incluye médicos, enfermeros y trabajadores sociales.

- Partidos políticos.
- Organizaciones no gubernamentales.
- Grupos de ayuda mutua que trabajan en centros de trabajo, escuelas y pequeñas comunidades enfocados a la atención de problemas como diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, etc.

Hay varias formas de articulación para dar lugar a la integración de todos estos tipos de organizaciones dentro del Sistema de Salud de México, de las cuales destacan dos órganos colegiados ya establecidos: el Consejo de Salubridad General, que se encarga de la cooperación intra e intersectorial, y el Consejo Nacional de Salud, que coordina los niveles estatal y federal. La evaluación del desempeño y la rendición de cuentas del sector se hará a través de informes al Congreso de la Unión, a la Asamblea Nacional de Salud y al Consejo Ciudadano de Seguimiento del PNS. Cabe mencionar que los tres últimos han iniciado su conformación y establecimiento a partir de junio de 2001.

¿Cómo participa?

Las posibilidades de participación contenidas dentro del PNS incluyen mecanismos de sondeo como las encuestas y los foros ciudadanos, mecanismos reactivos como son las Asambleas Municipales y Estatales, la Asamblea Nacional de Salud y el Consejo Ciudadano de Seguimiento, así como mecanismos activos como los foros para diálogo con la sociedad civil organizada.

En estos puntos **no se explican** los mecanismos para la creación de dichas Asambleas, Consejos y Foros; por ejemplo, los criterios para selección de los ciudadanos que en ellos participarán, los sectores que estarán representados así como la autoridad de las decisiones

que en ellos sean tomadas en la elaboración de políticas (objetivos, estrategias, prioridades) o en qué casos se utilizará uno u otro mecanismo, o quién, cómo y cuándo se decidirá su aplicación.

¿Para qué participa?

El PNS señala como principal objetivo de la participación ciudadana hacer que las autoridades conozcan las opiniones y demandas de los ciudadanos. Estas opiniones se llevan a las instancias de discusión y decisión a nivel municipal, estatal y nacional, con el fin de incorporar los diagnósticos, propuestas y opiniones de la población a la agenda política.

II.3 Evaluación de la propuesta de participación ciudadana del PNS 2001-2006.

El análisis del PNS, siguiendo la forma de evaluación de López Cerezo, indica una **gestión defensiva** de las autoridades hacia el público. Esta gestión está basada en una concepción de la participación ciudadana **correspondiente al argumento instrumental**: la participación ciudadana como una forma de evadir la resistencia social y disminuir la desconfianza en las instituciones.

La mayoría de las estrategias planteadas en el PNS señalan reiteradamente la necesidad de una amplia participación ciudadana; sin embargo, están más encaminadas a conocer la percepción pública y con ello, adoptar las estrategias propuestas desde una autoridad central, buscando sobre todo que el público las acepte o al menos no las rechace. En el caso de los aspectos relacionados con la evaluación del desempeño y rendición de cuentas, se observa el planteamiento de mecanismos de participación ciudadana dirigidos básicamente a fortalecer

la credibilidad del público en el sistema de salud, con particular énfasis en la posición de la Secretaría de Salud como instancia rectora del sector salud.

Hay que señalar que en puntos específicos, el PNS tiene contempladas algunas acciones que serían acordes con los argumentos normativo y sustantivo propuestos por Fiorino. Esto es notable en la formulación de la estrategia 9⁵⁶; sin embargo, en esta estrategia no existe un programa de acción que permita la definición y establecimiento de los procesos y mecanismos considerados para llevar a la práctica la ampliación de la participación ciudadana. Hay que mencionar que las otras nueve estrategias consideradas dentro del PNS contienen al menos un programa de acción claro, definido y en funcionamiento con las líneas que permiten su realización práctica.

Esto es al menos desafortunado en este análisis, pues justamente la estrategia 9 seña la línea que podría aportar más elementos a la concepción de "democratización" y los objetivos de la participación ciudadana señaladas dentro del mismo PNS: "*[Un proceso que dará como] resultado el acceso de todos los mexicanos a los servicios de salud... cuyo establecimiento se tiene que dar a partir de una participación activa de todos los sectores en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad de su propio estado de salud hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones*"⁵⁷.

Dado que la propuesta evaluativa de López Cerezo et. al. considera no sólo los objetivos de las iniciativas de la democratización sino su planteamiento y los mecanismos involucrados para su funcionamiento, se puede decir que a partir de este análisis de la participación ciudadana en el PNS se observa claramente una falta de correspondencia entre los objetivos planteados y los mecanismos propuestos, así como notorias limitaciones en rubros como la amplitud y la calidad de participación de los sectores involucrados en el sector salud.

⁵⁶ Estrategia 9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.

⁵⁷ PNS: p.18

Así, aunque los objetivos plantean claramente la necesidad de una participación amplia e incluyente, al momento en que se revisa la implementación de las estrategias consideradas, los mecanismos conducen a un sistema que, si bien está preocupado por las opiniones, expectativas y quejas del ciudadano, limita el poder del público a la decisión en el primer nivel de atención, específicamente a la elección de médico familiar.

Este resultado puede deberse principalmente a una concepción tradicional de la ciencia médica contenida en el PNS. Se trata de una concepción donde el ciudadano como tal está claramente separado del experto, en este caso el médico, principalmente por una gran brecha de conocimientos y prácticas que le dan al médico la autoridad para decidir por el individuo y los grupos sociales involucrados en un problema médico. Esto lleva a una concepción del experto como el único agente capaz de decidir en todas las circunstancias, en todos los contextos y en todos los niveles.

Dentro de esta concepción de la ciencia médica, las diferencias de opinión entre los diferentes sectores del público y las autoridades provienen de “problemas de comunicación” derivados de las características científicas y técnicas de los temas abordados. De esta forma las diferencias de opinión se reducen a problemas de transferencia de material con “cierto grado de dificultad técnica” de forma unilateral desde los “expertos” hacia “la gente” cuidando los aspectos relacionados con la transmisión de la información con la máxima efectividad y el mínimo de pérdida de exactitud y contenido.

A partir de lo anterior, la principal tarea de los comunicadores de la salud es la diseminación de información adecuada y precisa a una audiencia que “ignora los hechos” y es incapaz de la

comprensión de los mismos debido a su percepción distorsionada por razones ideológicas, políticas, intereses particulares o razones psicológicas entre otras⁵⁸.

Dentro de una concepción de este tipo resulta muy difícil el planteamiento de una participación ciudadana activa, efectiva e igualitaria como lo requiere una concepción democrática regida por los valores de eficiencia, equidad y justicia⁵⁹, pues el público en general es concebido de acuerdo al "Modelo de déficit"⁶⁰: un público pasivo y sin la información necesaria que le permita decidir con razones bien fundadas, culturalmente homogéneo y con intereses comunes.

El público se considera culturalmente homogéneo y por lo mismo, se trata como una población orientada por intereses comunes, que carece de la información necesaria que le permitiría decidir con razones bien fundadas.

Por lo anterior, los mecanismos de participación tratan de remediar la falta de información con mecanismos de comunicación o con mecanismos para determinar la percepción pública sobre un problema. En ambos casos, el propósito es ajustar las diferencias tratando de dirigir la divergencia hacia la "opinión experta".

Pero, ¿es sólo falta de información?, ¿qué pasa cuando hay opiniones diferentes con suficiente información?

⁵⁸ Nelkin, Dorothy and Pollak, Michael. (1977) "The politics of participation and the nuclear debate in Sweden, the Netherlands, and Austria," *Public Policy*, Vol. 25, No. 3, 1977, p. 334.

⁵⁹ Olivé (2004). Riesgo, ética y participación ciudadana. José L Luján y Javier Echeverría (en prensa). El riesgo en las sociedades contemporáneas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid coeditado con la Organización de estados Iberoamericanos.

⁶⁰ Wynne, B. (1999) Knowledges in context. In: Scanlon, E., Whitelegg and S. Yates (eds.). *Communicating Science. V.2. Contexts and Channels*. The Open University. UK. pp.15-31.
Callon, M. Cuatro modelos de dinámica de la ciencia.

III. Análisis de dos mecanismos de participación ciudadana en el sector salud de México.

Una pregunta clave con respecto al análisis de mecanismos de participación en sistemas de salud es su papel como instrumentos para la determinación de las necesidades de la sociedad, a partir de las cuales se llevarán a cabo las medidas encaminadas al ajuste de las políticas de salud con el fin de asignar las prioridades de atención, tomando en cuenta a los diferentes grupos sociales involucrados así como los recursos limitados del sistema de salud.

La asignación de prioridades (o racionamiento) ha puesto en la mesa de discusión aspectos éticos en cuanto a la salud y su *significado como "valor social"*, lo cual determina los criterios para el acceso y la distribución de la atención médica de acuerdo a los objetivos perseguidos por los sistemas de salud de una sociedad determinada.⁶¹

La determinación del valor social de la salud (y de otros factores como la educación o el empleo) requiere que se conozca la opinión que sobre el tema tienen diferentes sectores de la sociedad, que en muchos casos puede ser contradictoria, y por lo tanto, es preciso el establecimiento de consensos que generen un equilibrio entre las diferentes perspectivas para *lograr un sistema de salud de acuerdo a los intereses, valores y necesidades de la comunidad.*

En un primer acercamiento, la determinación de las necesidades puede hacerse a partir de la información proporcionada por el público mismo mediante mecanismos de consulta como son los sondeos de opinión, encuestas y foros. De acuerdo a su diseño, este tipo de mecanismos pueden obtener la información correspondiente a cada uno de los sectores participantes, que pueden estar representados de forma proporcional. Este tipo de instrumentos ofrecen pocas posibilidades para promover el diálogo y la discusión, debido al

⁶¹ Bradley (2002); Miller y Waltzer, (1996); Guttman, (1996)

carácter unidireccional del flujo de información. En este caso, el público tiene un impacto mínimo en la toma de decisiones. Los datos obtenidos pueden ser manejados por *expertos (autoridades o especialistas) quienes toman las decisiones* para elaborar medidas ajustadas, tratando de incluir dentro de la agenda política las diversas opiniones recogidas por el instrumento empleado.

En segundo lugar, existen los mecanismos de toma de decisiones, como son los comités y jurados ciudadanos, las votaciones, plebiscitos y el consumo diferencial. En este caso, la determinación de las necesidades se hace a partir de *decisiones tomadas por el público* involucrado en el proceso de participación, ya sea como parte de un grupo organizado o como ciudadano independiente, que interviene desde la formulación de propuestas hasta la toma de decisiones. El flujo de información y la promoción del diálogo dependen de la forma en que se diseñe el instrumento de participación que será resultado del balance de poder entre los grupos interesados.

En el cuadro VII se muestra una clasificación de varios mecanismos de participación tomando como eje el nivel de impacto del público en la decisión final.

Cuadro VII. Espectro de Participación Pública de la AIPP*.

(-)Incremento en el nivel de impacto público en la decisión final.(+)

Informar	Consultar	Involucrar	Colaborar	Dar poder de decisión
Objetivo	Objetivo	Objetivo	Objetivo	Objetivo
Dar al público información clara y objetiva para apoyarlo tanto en la comprensión del problema, como de las alternativas y posibles soluciones.	Obtener retroalimentación del público al analizar alternativas y posibles soluciones.	Trabajar directamente con el público durante el proceso, con el fin de confirmar que sus inquietudes hayan sido entendidas y tomadas en cuenta.	Establecer relaciones con el público para analizar cada aspecto de la decisión, incluyendo el desarrollo de alternativas, y la identificación de la mejor solución.	Dejar en manos del público la toma de la decisión final.
Compromiso	Compromiso	Compromiso	Compromiso	Compromiso
Les mantendremos informados.	Les mantendremos informados, escucharemos sus inquietudes y les haremos saber cómo su participación influyó en la decisión final.	Trabajaremos con el público para asegurarnos de que su inquietudes se reflejen directamente en el desarrollo de alternativas, y que puedan reconocer cómo influyó su participación en la decisión final.	Buscaremos su asesoría para la formulación de soluciones. Incorporaremos sus comentarios y recomendaciones en el proceso de toma de decisiones, tanto como nos sea posible.	Implementaremos la decisión de la comunidad.
Posibles herramientas	Posibles herramientas	Posibles herramientas	Posibles herramientas	Posibles herramientas
Boletines informativos. Páginas de Internet. Salas de exhibición y diálogo.	Comentarios del público. Grupos de enfoque. Encuestas y sondeos. Reuniones públicas.	Talleres. Debates.	Comités ciudadanos Generación de decisiones consensadas. Toma de decisiones participativas.	Jurados ciudadanos. Votaciones. Plebiscitos.
Mecanismos de sondeo		Mecanismos reactivos		Mecanismos activos

* Asociación Internacional para la Participación Pública

La clasificación mencionada puede servir como una base para el análisis de los mecanismos de participación pública, sin embargo, al considerar la participación pública como la inclusión de todos los actores, compartiendo abiertamente responsabilidad y poder a través de procesos de comunicación y negociación,⁶² es necesario evaluar el potencial de los mecanismos para la discusión de alternativas y la generación de consensos, un punto relevante por sus repercusiones éticas y prácticas en el caso del ajuste de medidas encaminadas al establecimiento de criterios de acceso a la atención médica.

En vista de lo anterior, diversos autores han propuesto mecanismos de deliberación, que parten de la consideración de la participación pública como una forma de mejorar la cantidad y la calidad de diálogo entre los diversos agentes y sectores sociales para definir las necesidades de salud por medio de acuerdos que serán la base para el ajuste de estrategias. Estos mecanismos, de creación reciente y enfocados a resolver algunos de los problemas observados con los mecanismos tradicionales de participación, son las encuestas deliberativas (deliberative opinion polls), conferencias de consenso, jurados ciudadanos, foros de discusión y comités consultivos ciudadanos. Cabe mencionar que a partir de la aplicación de mecanismos de deliberación se ha observado que la influencia de este tipo de mecanismos es limitada en los procesos de toma de decisiones⁶³.

Es importante señalar que la capacidad de un mecanismo para *generar discusiones* en torno a aspectos determinados es independiente de las posibilidades que el mecanismo proporcione al público para la *toma de decisiones* o el grado de *empoderamiento* que el proceso de participación otorga a los ciudadanos⁶⁴.

⁶² Fang Jing citado en Cornwall (2002), Carballeda (2002), Font (1998).

⁶³ Font, Nuria, (1998). New Instruments of citizen participation. Universitat Autònoma de Barcelona. WP 152. Barcelona. 26 pp.

⁶⁴ Moya and Way (2003); Wahlberg (2003); Bridgen (2004).

En la figura 2, se muestra de forma esquemática una clasificación alternativa de los mecanismos basada en dos ejes, por una parte sus objetivos en cuanto a la consulta o la deliberación, y por otra, la representatividad en los procesos de toma de decisiones⁶⁵.

Es evidente que de acuerdo a estos objetivos (consulta, toma de decisiones y deliberación), la participación pública en el sistema de salud, particularmente en la definición de prioridades requiere, como en otros procesos, de la definición de los siguientes puntos⁶⁶:

- Un público informado e interesado.
- La disponibilidad de información de calidad.
- Mecanismos accesibles de participación
- Mecanismos de empoderamiento de los sectores participantes.
- Establecimiento de mecanismos de regulación de la participación (para la representatividad y el balance de poder)

En cualquiera de estos casos, se requiere establecer como condiciones básicas, un contexto que permita la *transferencia del poder* (autoridad y responsabilidad) así como la *representación plural y responsable* (quién participa, cómo y hasta dónde) para que se puedan observar los resultados, es decir, modificaciones positivas en los aspectos de equidad, eficiencia y justicia de los sistemas. Estas condiciones se establecen no sólo a través de la legislación pertinente, sino en un complejo conjunto de medidas que pueden afectar otros sectores sociales relacionados con los sistemas de salud (educación, ambiente, trabajo, etc).

⁶⁵ Font, N.

⁶⁶ López Cerezo y Luján, (2004).

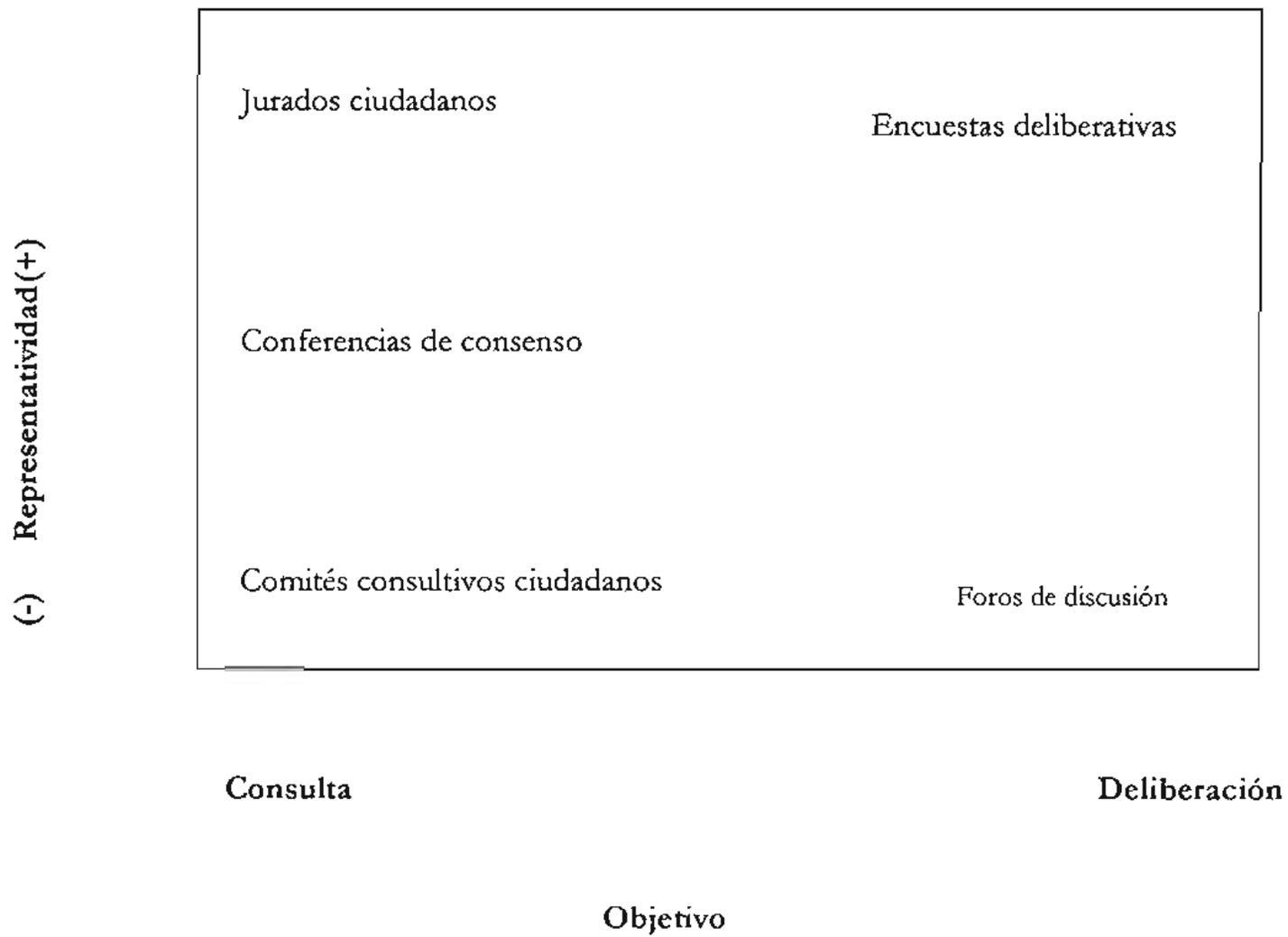


Figura 2. Nuevos Mecanismos de Participación

III. 1 Un mecanismo de consulta en el sector salud mexicano: Encuesta Nacional de Salud 2000.

Las encuestas son un procedimiento empleado para la investigación de percepciones, valoraciones y actitudes de una población. Los objetivos puede ir desde saber el nivel de aceptación de una medida, la percepción pública sobre algún tema o institución en particular, la opinión sobre necesidades dentro de una población hasta la detección de grupos opositores para establecer estrategias de persuasión⁶⁷.

En México se cuenta con un Sistema Nacional de Encuestas de Salud que se inició en 1986, y que tiene como propósito generar información para el diseño y la evaluación de los principales programas sanitarios del país. Con estas encuestas se busca información sobre las enfermedades infecciosas (particularmente diarreas), la nutrición, las adicciones, las enfermedades crónicas, la vacunación, así como la cobertura y la utilización de servicios de salud (Cuadro VIII).

La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) sirve como un ejemplo de mecanismo consultivo para la participación ciudadana que se dirige hacia la obtención de información sobre la opinión pública que se usa para el diseño y evaluación de las políticas públicas del sector.⁶⁸ Dicha información se emplea para la detección de problemas y necesidades dentro de la población a partir de los cuales se diseñan y establecen las diferentes estrategias. En este caso, el público (o más bien, una muestra del mismo) proporciona la información requerida dentro de la encuesta elaborada por la institución y que es un apoyo adicional a la información generada mediante otros instrumentos dentro del sistema de salud.

⁶⁷ López Cerezo y Luján, 2004. Cultura científica y participación pública.

⁶⁸ Sepúlveda, J. (Ed). Encuesta Nacional de Salud 2000. Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud. México. 2003. Vol. 1.

A partir de la aplicación de cinco cuestionarios, en la ENSA 2000 se obtuvo información sociodemográfica, sobre condiciones, percepción y utilización de servicios de salud. El público se clasificó en las categorías niños, adolescentes y adultos. Además de los datos proporcionados por los 190 214 informantes, por primera vez en México, se hicieron mediciones somatométricas a los miembros seleccionados y se tomaron muestras biológicas corporales (sangre) y muestras químicas ambientales para determinar la exposición a factores de riesgo. La encuesta fue realizada por personal con perfil de enfermería en el periodo septiembre de 1999 a marzo del 2000.

Los objetivos de la ENSA 2000 fueron⁶⁹:

1. Estimar la frecuencia y la distribución de indicadores positivos de salud, factores de riesgo, enfermedades (agudas y crónicas), lesiones y discapacidad en el ámbito nacional.
2. Calcular la seroprevalencia de marcadores de factores de riesgo y anticuerpos contra enfermedades específicas.
3. Estimar las prevalencias estatales de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias⁷⁰ y otras enfermedades.
4. Identificar los padecimientos asociados con diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias y otras enfermedades.
5. Contribuir en la evaluación de algunos programas de salud (por ejemplo: vacunación, detección de cáncer cervicouterino y otros).
6. Contribuir al conocimiento y a la identificación de factores genéticos, ambientales, socioeconómicos, culturales y estilos de vida, asociados con la salud y con los padecimientos estudiados.
7. Identificar algunos factores relacionados con la utilización de los servicios de salud.
8. Estimar la magnitud de los gastos de bolsillo relacionados con la atención de la salud.
9. Estimar los promedios de tiempo de traslado y de espera para recibir atención a la salud.

⁶⁹ ENSA 2000, p.

⁷⁰ Aumento del colesterol así como de otras grasas en la sangre, por encima de sus valores normales.

10. Estimar los indicadores de calidad de los servicios de salud.

De acuerdo a los métodos de muestreo utilizados, los diseñadores de la encuesta señalan que *“detrás de cada dato presentado en un cuadro o gráfica de este informe, están las 190 mil personas encuestadas en todo el país, seleccionadas de manera tal que representan a la población mexicana en su conjunto. También se encuentra un calificado equipo de especialistas que, desde el diseño del marco conceptual hasta la recopilación, el análisis y la extrapolación de los datos, han aplicado una rigurosa metodología para identificar con la mayor fidelidad posible las necesidades de la población y del sistema de salud”*.⁷¹

En este trabajo se analiza la Encuesta Nacional de Salud 2000, con atención particular sobre las secciones “Necesidades de Salud”, “Utilización de servicios de salud” y “Percepción de la calidad de los Servicios de Salud” donde están incluidos los resultados directamente relacionados con los problemas que se pretende atender mediante la incorporación de mecanismos de participación pública en el sistema de salud de México. La ENSA 2000 incluyó las siguientes variables sobre necesidades de salud: percepción de la salud, prevalencia lápsica de enfermedades agudas y crónicas, y daños a la salud originados por accidentes, violencia o adicciones. Estos datos fueron proporcionados por los informantes y se consideran los factores principales que motivan a un individuo a solicitar atención médica por síntomas, dolor o días de actividad perdidos.

La encuesta incluyó una serie de preguntas cerradas dirigidas a conocer la percepción sobre la condición de salud del usuario, quien podía considerar si gozaba de muy buena, buena, regular, mala o muy mala salud:

“De los 96.9 millones de mexicanos, 57.6 millones (59.5%) consideraron que gozaban de buena salud, 33.8 millones (34.9) consideraron que su estado de

⁷¹ Sepúlveda, J. Introducción. Encuesta Nacional de Salud 2000. Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, México. 2003. Vol. 2, p. 16.

salud es regular y 4.8 millones (4.9 percibieron que su salud es mala o muy mala)".

Los factores asociados a la percepción mencionada se correlacionan, por métodos estadísticos a variables poblacionales. Por ejemplo, en el caso de una mala percepción sobre el estado de salud, los factores asociados fueron baja escolaridad (analfabetismo), jubilación, discapacidad, bajos ingresos en el hogar, trabajar como jornalero o trabajadores por su cuenta, edad adulta, sexo femenino y ruralidad.

Estos datos ilustran una de las características de la ENSA 2000 con respecto a su formulación, pues si bien se considera un ejercicio de participación pública, el objetivo está dirigido únicamente a la obtención de información sobre aspectos particulares que los especialistas consideran relevantes para tomar sus decisiones con respecto a la organización del sistema de salud.

El aspecto metodológico de la ENSA 2000 divide la información proporcionada activamente por el encuestado y aquella obtenida a través del análisis de muestras biológicas, marcando una separación entre las necesidades *percibidas* por los usuarios y las necesidades *determinadas* por los expertos.

Existe numerosa evidencia de que los políticos, médicos y pacientes tienen diferentes valores acerca de las prioridades que deben de resolverse y que por ello es necesario implantar procesos que permitan exponer, discutir y seleccionar las diferentes propuestas, necesidades y alternativas. Para diversos autores, estos procesos permitirán incorporar modificaciones en las políticas públicas formuladas partir de las demandas y valores de la gente a la cual está destinado el servicio y por ello es necesario establecer mecanismos que permitan conocer cual es la opinión del público y dar un carácter democrático a la atención médica⁷².

⁷² Burls (2000).

Las encuestas como mecanismos de consulta pueden aportar información que señala variables no consideradas en el momento de su formulación y que permite identificar factores que influyen dentro de las opiniones de diversos sectores sobre un tema determinado.

En el caso de la ENSA 2000, y como resultado de estudios previos⁷³, se han incorporado objetivos dirigidos hacia los factores y determinantes microsociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud y que corresponden a los objetivos 7 a 10, concenientes a la opinión de los usuarios del sistema de salud⁷⁴. Así, la información obtenida permite explorar aspectos complementarios al funcionamiento cuantitativo de las instituciones y ayuda a entender cómo y por qué operan los factores asociados a los patrones de utilización de los servicios de salud.

Por ejemplo, un aspecto de importancia dentro del sistema de salud aborda el tema de la prevención, sin embargo el uso de estos servicios es bajo (menos del 25 % de la población recurre a ellos).

Como parte de la información cualitativa sobre percepción de la salud en los niveles medio y bajo de la población mexicana se ha encontrado que las personas hacen una distinción entre el hecho de “*estar enfermo*”, es decir tener síntomas manifiestos, y “*caer enfermo*”, que es no poder cumplir con las actividades rutinarias. Esta distinción muestra las percepciones diferentes que existen entre la población y el personal de salud acerca del significado de “*estar enfermo*” y el uso de servicios de “*prevención*”. Así, mientras el personal de la salud contempla la “*prevención*” como una serie de medidas para evitar la enfermedad, para gran parte de la población, la “*prevención*” consiste en tomar medidas para evitar “*caer enfermo*”. Las medidas, aprendidas de su propia experiencia o de familiares y amigos, pueden incluir la

⁷³ Bronfman (1994)

⁷⁴ Bronfman et. al. 1997.

automedicación. De esta forma, la necesidad de utilizar servicios médicos sólo se percibe por el paciente cuando se “cae enfermo” y el público sólo hace uso de servicios preventivos de forma pasiva, es decir, cuando el personal de salud llega en campañas⁷⁵.

Los resultados mencionados muestran por una parte, la utilidad de los mecanismos de consulta y por otra parte, señalan la necesidad de establecer mecanismos de participación que permitan incorporar las opiniones de sectores diversos en la formulación de políticas, tratando de entender el origen de estas opiniones y los motivos de las diferencias, para poder abordar el ajuste de las medidas de acuerdo a las necesidades de forma abierta e incluyente, sin descalificar las opiniones de algunos sectores por su falta de educación, ignorancia o afinidad política⁷⁶.

En los apartados “Utilización de los servicios de salud” y “Percepción de la calidad de los Servicios de Salud”, el objetivo de la encuesta es conocer la evaluación que da el público a la atención médica recibida. Esta opinión también se clasifica en “*muy bueno, bueno, regular, mala y muy mala*” y se presenta una serie de opciones acerca de los motivos por los cuales el público percibe una buena atención como son el buen trato del personal, atención adecuada, buena preparación del personal, tiempo de espera corto, mejoría de salud y confianza en el personal. Dadas las preguntas incluidas, la encuesta está dirigida a conocer la imagen que tienen las instituciones de salud y los aspectos que deben de promoverse o modificarse para ajustar el servicio con el fin de mejorar la imagen institucional. En este caso, se observa el énfasis en el valor instrumental de la encuesta como una herramienta para la elaboración de estrategias de atención y modificación del sistema de salud, basada en información proporcionada por el público, pero incluida dentro de un proceso en el cual *la determinación de las necesidades y la toma de decisiones están centradas en las manos de los especialistas.*

⁷⁵ Bronfman et. al. 1997.

⁷⁶ Beder (2004), Wahlberg (2003).

Numerosos trabajos han mostrado que en ocasiones las decisiones del público no concuerdan con las recomendaciones por parte de los profesionales e incluso, los mismos expertos no concuerdan en la selección de la mejor medida a seguir⁷⁷.

La Encuesta Nacional de Salud 2000 representa un primer paso para conocer la opinión del público y cuya información es valiosa como base para establecer estrategias dirigidas a la organización del sistema de salud. Sin embargo, aunque se consideran mecanismos de participación pública, las encuestas no son un instrumento que favorezca la deliberación, ni la incorporación de diferentes sectores en un diálogo multilateral, ni proporcionan al público herramientas para tomar decisiones pues la incorporación del público es de forma pasiva.

En el caso de la ENSA 2000, puede observarse que es posible que, como resultado de un proceso de participación, se den discrepancias entre los diferentes sectores involucrados en la salud, lo que señala algunos de los problemas que pueden encontrarse en los procesos de establecimiento de mecanismos de participación en México y que se refieren al significado del “*ajuste de acuerdo a las demandas de la sociedad*”.

El ajuste mencionado depende de un supuesto contenido en muchos de los mecanismos de participación: la sociedad formada concebida como *una* comunidad que comparte *un* interés particular sobre el tema de la salud.⁷⁸

Sin embargo, la mayor parte de las comunidades están conformadas por grupos que pueden tener intereses diversos y en conflicto, lo que da lugar a una tensión entre la generación de consensos y la diversidad de opiniones para elaborar y establecer las propuestas ajustadas a una sociedad de intereses y opiniones variadas, con una distribución desigual del poder de intervención en las decisiones, por ejemplo, ¿qué hacer cuándo algunos sectores perciben un problema y otros no?, ¿qué hacer si una mayoría puede tener el poder para comportarse de

⁷⁷ Locock, (2000)

⁷⁸ Peterman, W. (2004). Advocacy vs. Collaboration: comparing inclusionary community planning models. *Community Development Journal* V. 39 No. 3. pp. 267-276.

forma injusta y despótica frente a una minoría (a pesar de que esto puede tener consecuencias en la salud de todos)?; ¿qué hacer si una minoría poderosa trata de imponer sus intereses sobre otros grupos?

Al involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisión, otra tensión que surge es el hecho de cómo flexibilizar la organización institucional para incorporar las demandas sociales de forma adecuada, manteniendo los estándares básicos de eficiencia y calidad, a pesar de los recursos limitados. Por ejemplo ¿qué se debe de hacer si el público decide dar prioridad a actividades inútiles y que su ejercicio significa un desperdicio de los recursos?

Las respuestas a estas interrogantes dependen de los supuestos bajo los que se implementan los mecanismos de participación, particularmente en lo que respecta a la representatividad y el balance de poder de los participantes.

Los mecanismos consultivos han mostrado tener serias limitaciones para permitir que el público influya en la toma de decisiones. Estas limitaciones, en muchos casos, se deben a que los procedimientos consultivos son controlados desde las instituciones, por lo que tienen la capacidad de manejar la agenda de decisiones, plantear las discusiones por abordar, determinar los tipos de argumentos a considerarse y definir a los participantes y la legitimidad de los mismos. En las condiciones mencionadas, este tipo de participación es un instrumento para la aprobación y legitimación de medidas institucionales con muy poco impacto en la redistribución del poder⁷⁹.

Para disminuir el aspecto autoritario e intolerante que pueden tener algunas políticas de salud pública elaboradas unilateralmente a partir de la opinión de expertos, se considera que la elaboración e implantación de estrategias debe partir de acuerdos que incorporen los puntos de vista de diferentes sectores y que por ello incluyan conceptos y valores plurales, lo que

⁷⁹ Cooke y Kothari, (2001)

hace indispensable considerar la participación pública de forma que el público esté involucrado **activamente** en el proceso. Así para complementar los mecanismos de consulta se pueden seguir dos tendencias: por un lado incluir mecanismos dirigidos hacia la toma de decisiones o en el otro lado, emplear mecanismos para promover la deliberación entre sectores.

III.2 El Seguro Popular como estrategia de participación pública para la toma de decisiones.

El sistema de salud de México fue fundado en 1943, cuando se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y el Instituto Mexicano del Seguro Social. La estructura de este sistema dividía a la población en dos grandes sectores: los *asegurados*, es decir, los empleados del sector formal y sus familias, y los *no asegurados*, entre los que estaban los empleados del sector informal, trabajadores por su cuenta, desempleados y personas que no trabajaban. La atención de los no asegurados se procuraba por vía del sector privado de acuerdo a la capacidad de pago o en el caso de la población más pobre, por vía de los recursos residuales de la Secretaría de Salud⁸⁰.

Hay que mencionar que en la creación del sistema de salud se esperaba que con el paso del tiempo se iba a dar un crecimiento paulatino del sector de trabajadores formales, lo que daría la cobertura de la mayoría de la población dentro del Seguro Social. Esto dio lugar al llamado “sistema segmentado de salud” que ha tenido graves problemas para enfrentar el hecho del aumento de la población no asegurada, la baja calidad de servicios y la mala organización en la distribución de los recursos.

⁸⁰ Secretaría de Salud, 2004.

Uno de los problemas más graves del Sistema de Salud de México de acuerdo a las actuales autoridades de salud⁸¹, es la injusta distribución de la carga financiera, pues por su carácter segmentado favorece un sesgo: el 76% del gasto público en salud se dirige a la población asegurada, mientras que el 24% se distribuye entre la población no asegurada, lo que conduce a que las familias más pobres tengan que destinar una proporción alta (cerca del 30%) de su presupuesto al gasto en salud⁸².

La iniciativa más importante del sexenio dentro del sector salud en México es la creación de lo que se ha denominado “Seguro Popular de Salud” (SPS) dirigido a *“brindar protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud”*⁸³. En este sistema se mantiene el subsidio dado por los gobiernos estatal y federal, que representa las dos terceras partes del SPS, la parte restante se obtiene a partir de las cuotas de las familias, lo que establece un gasto en salud de 1950 pesos por familia anualmente⁸⁴.

La forma en que el público establecerá el balance entre equidad, calidad y justicia a través del seguro popular, es por una *“presupuestación democrática”* ya que los presupuestos estarán determinados por el número de familias afiliadas, *“lo que significa financiar o subsidiar las necesidades de la gente y no la estructura que está ahí”*⁸⁵. Así, para que un hospital pueda mantener cierta infraestructura y recursos humanos (médicos, enfermeras, etc) debe contar con un mínimo de familias afiliadas a las cuales ofrecer servicios de calidad, manteniéndose dentro de un presupuesto fijo por familia. Si los servicios no satisfacen a las familias, se desafilian del seguro y el hospital pierde financiamiento.

⁸¹ Secretaría de Salud, 2004.

⁸² <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/Definicion.htm>.

⁸³ <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/Definicion.htm>.

⁸⁴ Secretaría de Salud, 2004. p.9

⁸⁵ salud pública 46, no. 6

El SPS puede considerarse un mecanismo de participación ciudadana porque ofrece al público la posibilidad de intervenir en aspectos relacionados con la toma de decisiones en la asignación de recursos y en la evaluación de los servicios proporcionados por las instituciones. De acuerdo a la iniciativa del SPS, la reforma del 2003 de la Ley General de Salud “*hace universal el derecho de los ciudadanos a un financiamiento público para la protección de su salud y empieza a empoderar a los consumidores para influir en la prestación de los servicios de salud al tiempo que fortalece el lado de oferta en el sistema*”⁸⁶.

La posibilidad de escoger entre proveedores de servicios de salud como parte del uso del Seguro Popular, es una analogía a los mecanismos de participación que se han promovido por grupos ecologistas o de consumidores en algunas sociedades por medio del denominado “consumo diferencial”⁸⁷, con el que se pretende (y en algunos casos se ha logrado) cambiar la conducta de ciertas empresas o instituciones por medio de la manifestación de opiniones y actitudes a través del consumo selectivo de productos como puede ser preferir la adquisición de alimentos “orgánicos” que transgénicos⁸⁸.

Para algunos autores, este tipo de estrategias de “poder del consumidor” representan más bien una perspectiva de mercado en la cual se da la incorporación de la opinión del “cliente” en el mejoramiento de los servicios públicos por medio de mecanismos que pueden clasificarse como “de salida”. El caso del Seguro Popular es un claro ejemplo de un “*mecanismo de salida*”, que consiste en que la opinión del usuario se manifiesta por el abandono de un proveedor para acudir a otro en el mercado de la salud⁸⁹.

Muchos de los mecanismos de participación que se emplean en la adecuación de políticas públicas requieren para su funcionamiento de la transferencia de información para contar

⁸⁶ Secretaría de Salud, 2004. p.31.

⁸⁷ Salud Pública 46, no. 6

⁸⁸ López Cerezo y Luján, 2004.

⁸⁹ Mills, 2004

con un público informado, así como con estrategias de regulación para asegurar el balance de poder, representatividad y responsabilidad entre los grupos participantes.

En comparación, los mecanismos de salida tienen la virtud de fungir como mecanismos de regulación cuyo establecimiento es bastante sencillo y transparente desde el punto de vista administrativo, sin demasiados requisitos sobre el nivel de información y responsabilidad del público participante. Con estos mecanismos es posible regular la calidad del servicio a través de la asignación de presupuesto, lo que hace evidentes sus efectos en menor tiempo que otros mecanismos como las consultas o las estrategias de vinculación, llamados “*mecanismos de voz*”⁹⁰.

Sin embargo, como estrategias democratizadoras, los mecanismos de salida son bastante limitados pues no dan lugar a la presentación de propuestas, además de las oficiales, que permitan incorporar las opiniones de los consumidores acerca de los motivos y expectativas para abandonar o acudir a ciertos servicios. Los mecanismos de salida no dan lugar a la discusión de iniciativas en un contexto de negociación para dar a conocer las opiniones del público, ni permiten a éste presentar de forma organizada sus demandas.

En el Seguro Popular, como parte de la Reforma del 2003 del sector salud mexicano, se aprecian las siguientes limitaciones en la idea de participación ciudadana:

a) El SPS está basado en un modelo denominado “*pluralismo estructurado*”, que contempla la intervención de diversos agentes sociales como son la Secretaría de Salud, los gobiernos federal, estatal, y local, así como las familias aseguradas y representantes de la sociedad civil⁹¹ en la toma de decisiones para la asignación de recursos en el sistema de salud. Sin embargo, la evaluación por parte del paciente se centra únicamente en la relación de atención médica en el primer nivel de atención sobre la base “cliente-proveedor” a partir de lo cual se harán

⁹⁰ Paul, 1992.

⁹¹ <http://www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR/Definicion.htm>.

las evaluaciones sobre las instituciones médicas, sin considerar otros sectores en la toma de decisiones financieras que tienen repercusión en la estructura del sistema de salud en todos los niveles.

b) Este tipo de evaluación deja un estrecho margen a la discusión a través de una participación representativa y equitativa de los diferentes sectores involucrados, lo que reduce las posibilidades de abrir las políticas de salud a un verdadero debate público que permita conocer las diferentes perspectivas que coexisten dentro de nuestra sociedad, limitando a su vez nuestro entendimiento de los problemas que enfrentamos y la capacidad de la respuesta a los mismos a través de alternativas originadas dentro y fuera de la institución.

c) La participación está orientada exclusivamente hacia “la familia” (cuota de afiliación) como evaluador en el primer nivel de atención. En este proceso, los resultados expresan las preferencias “promedio” o “mayoritarias”, que consideran a la sociedad como un conjunto homogéneo de individuos en cuanto a sus intereses, valores y capacidades, un punto riesgoso cuando se está hablando de problemas de salud. Prácticas de participación ciudadana semejantes realizadas en otros países son un claro ejemplo de que las tendencias mayoritarias en salud pueden tener efectos socialmente negativos como es la exclusión de grupos vulnerables que quedan sub-representados en las apreciaciones de “tendencias promedio” y en los cuales la poca información o los prejuicios han dado como resultado negar la atención médica a ciertos individuos como ha sido el caso de pacientes con VIH, personas con adicciones o hijos de madres solteras⁹².

⁹² Calkham, D. (1991).

d) A partir de lo anterior se encuentra latente también el impacto negativo que pueden tener las tendencias mayoritarias en la atención, debido a la implantación de medidas que no consideren otras perspectivas como las opiniones y propuestas de cuerpos médicos colegiados, ONG, grupos de pacientes, representantes comunitarios, entre otros, cuyas opiniones y experiencia son indispensables para la estructuración y realización de acciones en el sistema de salud.

e) Dentro de este esquema de democratización, se observa la ausencia de mecanismos que permitan el diálogo entre diferentes sectores, lo que obstruye procesos de transferencia tanto de información, de responsabilidad como de poder.

f) Los mecanismos de democratización se promueven como medidas estáticas y de aplicación universal, que no contemplan la evaluación, corrección y seguimiento de los resultados de la toma de decisiones promovidas por la participación ciudadana, lo que puede conducir a que los procesos democratizadores sean ocupados para socavar las expectativas de los ciudadanos. Al no incluir mecanismos flexibles y dinámicos, no hay forma de corregir problemas provocados por la participación pública, lo que en algunos casos llega a favorecer el establecimiento de medidas más autoritarias, centralizadas y excluyentes como puede ser legitimar los intereses de un grupo poderoso o sustituir procesos efectivos promovidos por organizaciones ciudadanas por establecer mecanismos de participación mal dirigidos y con resultados decepcionantes.

g) Este tipo de estrategias se han implantado en otros sistemas de salud y la tendencia ha mostrado una clara preferencia hacia los proveedores privados sobre los públicos, lo que ha significado una reducción de recursos hacia los sistemas de salud pública y ha favorecido al fortalecimiento de ideas privatizadoras dentro del área de la salud⁹³. Las encuestas de

⁹³ India, Ghana, Sri Lanka (Mills, 2004)

percepción de la calidad de servicios en México muestran que este tipo de tendencias son factibles dentro del contexto de nuestro país⁹⁴. Cabe mencionar que si bien existe la percepción de que *“los servicios de salud privados explotan en términos económicos a los pacientes”*, el 21% de la población derechohabiente y 28% de la población no asegurada reportan como fuente de atención a los prestadores privados para el caso de atención ambulatoria porque *“se estima que los servicios de salud públicos no explotan, pero brindan “un pésimo servicio”*^{95, 96}.

⁹⁴ Sepúlveda, J. (2003).

⁹⁵ Bronfman

⁹⁶ ENSA 2000.

IV. Puntos a considerar en una propuesta de participación ciudadana en el sector salud mexicano.

1. Visión más compleja de la opinión pública.

Muchos de los problemas con la iniciativa de participación ciudadana que se ha analizado surgen de la coincidencia de dos supuestos. En primer lugar, se considera que el público culturalmente es homogéneo y, en segundo lugar, que existen intereses comunes que hacen que la medida socialmente más aceptable sea aquella que se ajusta a la opinión de la mayoría. Como consecuencia, los diferentes mecanismos de participación pública diseñados bajo los supuestos mencionados identifican a la opinión pública con la opinión mayoritaria. En algunos casos, esta opinión es la base para establecer lo que son “los criterios y necesidades de la sociedad correspondiente” y a partir de ellas se puede hacer ajustes o adecuaciones a las políticas públicas.

Sin embargo, la opinión mayoritaria puede ocultar las diferencias de opinión sobre acciones de salud que tienen sectores minoritarios dentro de la sociedad, para los cuales las medidas tomadas pueden resultar problemáticas debido a sus necesidades particulares que no son reflejadas dentro de la “mayoría”. En el caso de problemas de salud, esto puede dar lugar a la exclusión de algunos grupos en la atención médica.

En otros casos, tanto en salud como en otras cuestiones de ciencia y tecnología, esta opinión pública da la pauta para determinar la percepción pública y a partir de ello implantar medidas para “*corregir*” dicha percepción a través de mecanismos de persuasión o para focalizar estrategias y “*orientar*” la opinión hacia la postura “*más adecuada*” que puede ser la opinión institucional, la del experto o la de un sector con poder. En ocasiones, este tipo de

mecanismos se emplean para identificar los grupos que están en contra de iniciativas particulares, su grado de disidencia así como las indicaciones para su “*tratamiento*”⁹⁷.

Una alternativa es el establecimiento de mecanismos que permiten estudiar la diversidad de opiniones que se encuentran entre el público, dejando a un lado el análisis de tendencias centrales y herramientas de focalización, teniendo en mente la generación de consensos y no el ajuste de medidas a las opiniones mayoritarias, considerando la existencia de diversas opiniones legítimas dentro de una sociedad conformada por diferentes sectores.

Así, una forma de incluir al público de forma activa en procesos de deliberación y negociación entre los diferentes sectores interesados en los problemas de salud es pasar del uso de mecanismos consultivos a la incorporación de mecanismos deliberativos.

2. Mecanismos que incorporen a todos los sectores en una discusión plural: mecanismos que permitan transferencia de autoridad.

Un punto relevante en la discusión sobre participación pública es su impacto dentro de las políticas institucionales al involucrar a los ciudadanos en la toma de decisiones estratégicas de los servicios de salud a nivel local o nacional, como puede ser el establecimiento de prioridades de atención, la mejora de servicios o la vigilancia financiera. La diferencia entre los modelos radica más bien en su visión sobre el papel del público frente a la autoridad, particularmente en lo que se refiere a la transferencia de poder.

A partir de la visión del público, se pueden ubicar los modelos de participación entre dos extremos. En el más tradicional, el público elige entre opciones e iniciativas propuestas por los expertos, por lo que la decisión sobre los temas que se discuten y cómo se abordan siguen centralizadas en las autoridades de salud.

⁹⁷ Beder, 2004.

En el otro extremo, el público puede intervenir en todos los niveles de decisión lo que incluye su participación en la propuesta sobre los temas, el tipo de opciones que se discuten y la forma en que se abordan y por ello, una de las definiciones básicas de este sistema es la asignación de los recursos necesarios para que el sistema de salud cuente con los mecanismos más adecuados para fomentar la comunicación formativa con fines de participación.

Para esto, tanto en los procesos de deliberación como de toma de decisiones es necesario considerar a la participación pública como un proceso de comunicación que promueva la incorporación activa de todos los sectores, haciendo posible ese acercamiento entre la gente y el poder ⁹⁸.

La participación orientada en esta dirección pasa de ser un instrumento para el ajuste de políticas a un proceso de aprendizaje social guiado hacia la toma de decisiones que requiere, como parte fundamental, el establecimiento de estrategias de comunicación y distribución del conocimiento (en los niveles de información y formación ciudadana), la implantación de los procesos adecuados para asegurar la representatividad y el balance de poder necesarios para la negociación entre los participantes. Paralelamente, es indispensable promover las acciones necesarias para lograr el impacto efectivo de la participación ciudadana en las políticas públicas, así como incorporar las medidas de evaluación de los procesos de participación para hacer los ajustes necesarios durante su desarrollo.

⁹⁸Bridgen, 2004; Ziccardi, (1999).

3. La participación pública en el sector salud y los modelos de salud-enfermedad.

La mayor parte de los estudios que analizan la participación pública en salud están enfocados a discutir aspectos metodológicos tales como tipos de mecanismos empleados, objetivos perseguidos, relación con las instituciones y entre los actores o grupos que participan, así como los temas teóricos de empoderamiento, transparencia, representatividad y evaluación de los resultados, entre otros.

En muchos de estos trabajos, se observa un mínimo de discusión acerca de los efectos que tienen para los procesos de participación, las diferentes perspectivas de los participantes sobre *los procesos de salud-enfermedad*.

En particular, dentro de los trabajos que abordan los problemas relacionados con los sistemas de salud y la participación pública para incrementar la eficiencia y calidad, el modelo empleado para entender las relaciones del público con los servicios de salud es el llamado *modelo epidemiológico*, que corresponde al paradigma de la medicina moderna, dominante dentro del campo de la salud pública, basado en una aproximación de tipo clínico en el cual los procesos de enfermedad pueden ser explicados a través de leyes universales⁹⁹.

Diversos autores señalan que el modelo epidemiológico resulta insuficiente para referirse a los aspectos sociales y culturales que están implicados dentro de la percepción de la salud que se requiere al abordar el impacto que tienen los patrones de conducta asociados a los estilos de vida individuales. Dichos patrones de conducta son un punto clave en la discusión sobre la "*calidad de vida*", concepto fundamental en el modelo de reestructuración de los sistemas de salud en el siglo XXI¹⁰⁰.

⁹⁹ Berenzon y Sugiyama

¹⁰⁰ Kickbush, 2003

Si se considera que uno de los objetivos de la participación es hacer el ajuste de las políticas de acuerdo a ciertos contextos sociales y que el estado del sistema de salud muestra la convivencia de diferentes perspectivas con sus respectivos conceptos de salud y enfermedad, es evidente la importancia de incluir modelos alternativos al epidemiológico en el análisis de la definición de necesidades de salud en relación con las diversas percepciones de los procesos de salud-enfermedad.

Sin esta discusión, la participación pública en salud pierde uno de los elementos que caracterizan a la salud como un problema complejo en el cual conviven diferentes tipos de conocimientos, con diferentes grados de legitimidad determinados por la diversidad cultural, y de la salud como un proceso asociado a numerosas relaciones entre el individuo y lo social.

Dentro del sistema de salud de México se presenta la práctica de adicionar diversas lógicas curativas para dar salida a sus problemas de salud, principalmente en los casos de enfermedades crónicas¹⁰¹, a pesar del carácter centrado en la medicina moderna y las claras tendencias hacia el rechazo de las “alternativas” que muestra el personal de salud dentro del sistema.

Como lo mencionan Berenzon y Sugiyama:

“Más que enfrentarse a una dicotomía entre medicina tradicional y medicina científica, México presenta una situación en la cual conviven las medicinas doméstica, tradicional, institucional y privada, interactuando a través de sus diversos agentes como son los médicos alópatas, homeópatas, herbolarios, curanderos, parteras y chamanes. Además, el hecho de que los sistemas públicos, privados, tradicionales y domésticos intervienen de forma separada o en conjunto ofrece un escenario que revela un sistema de salud mixto que comprende varios tipos de prácticas médicas culturalmente integradas”¹⁰².

¹⁰¹ ENSA 2000, Bronfman et. al. 1997

¹⁰² Shoshana Berezon Gorn and Emily Ito Sugiyama. (2004) *Between Traditional and Scientific Medicine: a Research Strategy for the Study of the Pathways to Treatment followed by a Group of Mexican Patients with Emotional Disorders*. Forum_ Qualitative Social Reseach. Vol. 5 No. 2, Art. 2. May 2004

Así, el proceso de salud-enfermedad en México está inmerso dentro de este sistema mixto de salud: para la gente los malestares y las enfermedades tienen orígenes físicos o espirituales cuya atención requiere de los tratamientos correspondientes que ofrecen los diferentes sistemas médicos disponibles. Por lo anterior, es posible observar la convivencia pacífica de prácticas mágico-religiosas con procedimientos quirúrgicos de alta tecnología; y que la población maneja indistintamente el uso de fármacos, la herbolaria o las terapias basadas en su efectividad simbólica¹⁰³ de acuerdo a los recursos disponibles, basada en su capacidad de reinterpretar y usar la información obtenida en sus experiencias previas y los datos aportados por su entorno social.¹⁰⁴

Como un resultado de la interacción entre los diferentes sectores que participan en el sistema de salud de México, a pesar del papel central del paradigma de la medicina biomédica, se observa cotidianamente la coexistencia de prácticas médicas a las que recurre el público “*para obtener una atención “integral” que no se satisface con un sólo tipo de medicina*”¹⁰⁵, de acuerdo a las percepciones de la población mexicana.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

¹⁰³ Interpretación de sueños, masajes, reflexología, meditación, etc.

¹⁰⁴ Shoshana Berezon Gorn and Emily Ito Sugiyama. (2004).

¹⁰⁵ Shoshana Berezon Gorn and Emily Ito Sugiyama. (2004)

V. Conclusiones.

Un análisis de los objetivos y mecanismos planteados dentro del Sistema de Salud Mexicano hasta el momento, indica que, como en el caso de otros sistemas de salud en el mundo, la participación ciudadana se considera como una forma de legitimar decisiones a partir de procedimientos que pretenden determinar los valores de la sociedad como un colectivo homogéneo y desde el punto de vista de los expertos.

En el esquema actual, los mecanismos de participación ciudadana establecidos, no incluyen mecanismos de deliberación, por lo que no son una opción para la discusión de políticas, la formulación de propuestas, ni una forma de transferir autoridad hacia los ciudadanos dentro de una sociedad plural.

Asimismo, los modelos de consulta y toma de decisiones contemplados dentro del sistema, mantienen una visión del público como un agente pasivo o un cliente. No se consideran mecanismos que establezcan la participación como una modalidad de comunicación, donde el público participe en un diálogo equitativo con las autoridades y el personal de salud. Por lo anterior, la posibilidad de aproximación entre las autoridades y los ciudadanos, una de las principales contribuciones que puede hacer la participación pública, está bastante reducida dentro del sistema de salud mexicano.

En cierta medida esto se origina porque:

- 1) Se mantiene un modelo de tipo epidemiológico (modelo biomédico tradicional) en el cual se tiene un modelo médico dominante, y se establece una visión jerárquica y excluyente en la relación médico-usuario, que se identifica generalmente como una relación “cliente-proveedor” o “experto-beneficiario”.

- 2) Se piensa en la participación como una forma de obtener información del público de forma unilateral.
- 3) Se considera que el mejor juicio para tomar una decisión es del experto, que pueden ser las autoridades o los médicos.
- 4) Se considera que el público es homogéneo culturalmente y que por ello comparte visiones comunes frente a los problemas de salud.
- 5) Para el establecimiento de los mecanismos de participación, el problema de salud es visto como el resultado de modificaciones estructurales o funcionales en el cuerpo humano, con una explicación objetiva, expresable con leyes generales e independiente de los contextos sociales
- 6) Se considera que el público carece de los elementos, informativos y formativos, para participar en un diálogo con las autoridades. Así, por ejemplo, se presupone que las diferencias con la opinión experta se deben a falta de la información adecuada, lo que puede solucionarse por medio de la comunicación.
- 7) El tipo de comunicación se orienta también por el experto y toma un sesgo persuasivo que trata de hacer que el público “piense como debería pensar”, independientemente de su contexto cultural o su posición política.
- 8) Bajo la forma actual de la participación ciudadana en el sistema de salud, se presenta el riesgo de disminuir la credibilidad de los procesos de participación al sustituir mecanismos más eficientes e incluyentes por instrumentos participativos problemáticos.

Dentro de las condiciones políticas y culturales de las diferentes regiones de nuestro país se requiere que las modificaciones al sistema de salud, basadas en la participación pública,

incluyan una diversidad de opciones, con soluciones locales e individuales para el cuidado de salud, que distribuyan de una manera justa los beneficios y responsabilidades entre todos los sectores.

La participación pública en la definición de políticas de salud, debe considerarse como un proceso de comunicación y negociación entre varios sectores, con diversos intereses, que puede tener importantes consecuencias a nivel individual y colectivo, por lo cual su evaluación no puede basarse simplemente en “número de familias afiliadas”, indicadores de cobertura o número de camas de hospital disponibles por localidad.

REFERENCIAS.

- Arzaluz, S (1999).** La participación ciudadana en el gobierno local mexicano. Algunas reflexiones teóricas sobre el concepto. En: "Gestión urbana y participación ciudadana en los municipios metropolitanos del Estado de México. Los casos de Tlalnepantla, Nezahualcóyotl y Ecatepec (1996-1999)", Tesis de Doctorado en Sociología. Colegio de México. (sarzaluz.pdf)
- Beder, Sharon (2004).** Public Participation or Public Relations?
- Berezon Gorn, Shoshana and Sugiyama, Emily Ito. (2004)** "Between Traditional and Scientific Medicine: a Research Strategy for the Study of the Pathways to Treatment followed by a Group of Mexican Patients with Emotional Disorders" *Forum_ Qualitative Social Reseach*. Vol. 5 No. 2, Art. 2. May 2004.
- Bolos, Silvia (2003).** Presentación. En: Participación y espacio público. Universidad de la Ciudad de México..
- Borja, Jordi (2000).** Descentralización y participación ciudadana, centro de Servicios Municipales Heriberto Jara, México p.105
- Bradley, P. (2000).** Application of ethical theory to rationing in health care in UK: a move to more explicit principles?. In: Bradley, P. And Burls, A. (eds). *Ethics in Public and Community Health*. Routledge. UK. pp. 3-19.
- Bridgen, P. (2004).** Evaluating the empowering potential of community-based health schemes: The case of community health policies in the UK since 1997. *Community Development Journal* V. 39 N. 3: 289-302.
- Bronfman, Mario; Castro Roberto; Zúñiga, Elena; Miranda, Carlos; Oviedo, Jorge. (1997).** Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1997;39:442-450.
- Bronfman, Mario y Gleizer, Marcela (1994).** Participación comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad. Saúde Públ.*, Río de Janeiro, 10 (1):111-122, Jan-Mar, 1994
- Brown, L. D.** The National Politics of Oregon's Rationing Plan, *HEALTH AFF.*, Summer 1991, at 28, 30.
- Burls, A. (2000).** Public participation in health decisions. In: Bradley, P. and Burls, A. (eds). *Ethics in Public and Community Health*. Routledge. UK. pp. 148-158
- Bühler, U (2002).** Participation "with Justice and Dignity": Beyond "The New Tyranny". *Peace, Conflict Development. An Interdisciplinary Journal*. University of Bradford.
<http://www.peacestudiesjournal.org.uk/edition.asp?id=10>
- Calkhan, D. (1991)** Ethics and priority setting in Oregon. *Health Affairs*, summer 1991, pp. 78-87.
- Carballeda, Alfredo (2002).** *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós. Argentina. 163 pp.
- Cooke, Bill and Uma Kothari. (2001).** The case for participation as Tyranny. In: Cooke B and U Kothari (eds). *Participation: The New Tyranny*. Zed Books (London/New York).
- Cornwall, Andrea (2002).** Participation in Development: Tracks and Traces. *Current Issues in International Rural Development*. 28: August 2002, pp. 4-8
- Cornwall, A; Lucas H and K Pasteur. (2000).** Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector *IDS Bulletin* Vol. 31, No. 1, January 2000 pp. 1 13

- Cunill, Nuria** (1997). Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social. Centro Latinoamericano para el desarrollo (CLAD). Editorial Nueva Sociedad, Caracas.
- Feachem, R.** Closing gaps to achieve the Millenium Goals. Global Forum Update on research for Health 2005.
- Fiorino, D.** (1990). Citizen Participation and Environmental Risk: A survey of Institutional Mechanisms. *Science, Technology and Human Values* 15 (2):226-243.
- Florin, D.** (2004). Public involvement in health care. *BMJ* 2004; 328:, pp. 159-161
- Font, Nuria,** (1998). New Instruments of citizen participation. Universitat Autònoma de Barcelona. WP 152. Barcelona. 26 pp.
- Gaventa, John** (2002). Towards Participatory Local Governance: Six Propositions for Discussion. *Current Issues in International Rural Development*. 28: August 2002. pp. 29-35
- Genatios y Lafuente.** (2003). *Democratización del conocimiento y políticas públicas en ciencia y tecnología. Una cuestión ética.* Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. www.iadb.org/ética.
- Guttman, A.** (1987) Democratic Education. Princeton University Press. 321.
- Guttman, A.** (1996). La justicia a través de las esferas. En: Miller, D. y Walzer (comp.) *Pluralismo, justicia e igualdad*. FCE. p 133-159.
- Hecks, R.** (1999). The Tyranny of Participation in Information Systems: Learning from Development Projects. Development Informatics Working Paper Series. Paper no. 4. http://www.man.ac.uk/idpm/idpm_dp.htm#devinf_wp
- Hufford, D.J.** (1997). Cultural Diversity, Alternative Medicine, and Folk Medicine. *New Directions in Folklore* 1. July 1997
- Kickbusch, I and L Payne** (2003). Twenty-first century health promotion : the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promotion International*. 18: 275-278.
- Kliskberg, Bernardo** (1998) "Seis tesis no convencionales sobre participación" En: Pedro Ibarra y Benjamín Tejeñán (coord). Los movimientos sociales. Transformaciones políticas y cambio cultural. Editorial Trotta, España.
- Laudan, L.**(2002). Medicina coercitiva: paternalismo y salud pública. En: Hansberg O. y M. Platts (comp.). *Responsabilidad y libertad*. UNAM-FCE. pp. 101-119
- Ley General de Salud de México.** *Diario Oficial*, 7 de Febrero de 1984.
- Locock, L.** (2000). International Perspectives in Priority Setting in Health Care. In: Bradley, P. And Burls, A. (eds). *Ethics in Public and Community Health*. Routledge. UK. pp. 59-77
- López Cerezo JA y JL Luján** (2004). Cultura científica y participación formativa. Material de la Cátedra CTS+I, México.
- López Cerezo, J.A., Méndez Sanz J. A. y O. Todt** (1998). *Participación Pública en Política Tecnológica. Problemas y Perspectivas.* Revista Arbor CLIX, 627 (Marzo 1998), 279-308 pp. <http://www.campus-oei.org/salactsi/arbor.htm>
- Matlin, S.** (2004) The millenium development goals: substance and spirit. In: **Matlin, S (ed.)** Global Forum Update on research for Health 2005. Pro-book, London, pp. 8-12.

- McCoy, D., Sanders, D., Baum, F., Narayan, T. And D. Legge** (2004). Pushing the international health agenda towards equity and effectiveness. *Lancet* 2004; 364: 1630-31.
- Miller, David.** (1996). "Introducción". En: Miller, David y Walzer Michael (comp.). *Pluralismo justicia e igualdad*. Fondo de Cultura Económica, México. p. 9-27.
- Moya, Xavier and Way Sally-Anne** (2003). Winning spaces: participatory methodologies in rural processes in Mexico. Institute of Development Studies.
- Nelkin, Dorothy and Pollak, Michael.** (1977) "The politics of participation and the nuclear debate in Sweden, the Netherlands, and Austria," *Public Policy*, Vol. 25, No. 3, 1977, p. 334.
- Olivé, León.** (2004). Riesgo, ética y participación pública. En: JL Luján y J Echeverría (eds.). *El riesgo en las sociedades contemporáneas*, Ed. Biblioteca Nueva-OEI, Madrid.
- Ornelas, Carlos** (1998). Descentralización de los servicios de educación y de salud en México. En: Gropello E. y R. Cominetti (coord.). *La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL. P.187- 208.
- Platts, M.** (2002) Dos puntos de vista de la confidencialidad (y una moraleja de paso). En: Hansberg O. y M. Platts (comp.). *Responsabilidad y libertad*. UNAM-FCE. pp. 101-119
- Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud,** (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud México*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ribot, J.** (2002). *La descentralización democrática de los recursos naturales. La institucionalización de la Participación Popular*. World Resources Institute. 33 pp. www.wri.org
- Sanders, IT y A Brownlee.** "La salud en la comunidad". En: Freeman, H; Levine, S. y L Reeder (comp.). *Manual de sociología médica*. Biblioteca de la salud. FCE. México. pp. 552-579.
- Secretaría de Salud,** (2004). *Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México*. SSA-México.
- Secretaría de Salud,** (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud*. Instituto Nacional de Salud Pública- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México
- Secretaría de Salud,** (2003). *Sistema de Protección en Salud. Hacia un sistema universal de salud*. Firma del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México D.F.: Diario Oficial de la federación, 15 mayo de 2003.
- Secretaría de Salud,** (2004). *Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México*.
- Sepúlveda Amor, J. y M. López Cervantes** (2000). La salud pública en México. En: Aréchiga, H y L Benítez Bibriesca (coord.). *Un siglo de ciencias de la salud en México*. Biblioteca Mexicana. FCE. pp. 315-347.
- Wahlberg, A.** (2003). The Teleology of participation.
- White, P; Levin, L y S Levine.** (1998). Las organizaciones comunitarias de la salud y sus recursos. En: Freeman, H; Levine, S. y L Reeder (comp.). *Manual de sociología médica*. Biblioteca de la salud. FCE. México. pp. 463-491.
- Williams, L.** (2004). Culture and Community development: Towards new conceptualizations and practice. *Community Development Journal*, Vol. 39 No. 4 Oct. P. 345-359

World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: WHO, 2000.

Ziccardi, A. (1999). Los actores de la participación ciudadana. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.(azzicardi.pdf, p.3) Primer Congreso: Gobiernos locales, el futuro político de México.
<http://iglom.iteso.mx/HTML/encuentros/congresol/indic.htm>

“Tres cosas hay en la vida: salud, dinero y amor.
El que tenga esas tres cosas, que le de gracias a
Dios”

Canción popular