

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL SISTEMA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL: DE LA BENEFICENCIA A LA CIUDADANÍA

*Civic participation in Distrito Federal Health System:
From charity to citizenship*

Luz Lazos

Resumen

En este trabajo se presenta un estudio de la participación ciudadana como parte del proceso de democratización del Sistema de Salud del Distrito Federal (SSDF). Con el fin de caracterizar la participación ciudadana, se analizó el efecto que han tenido algunas de las intervenciones instrumentales y participativas en la inclusión de nuevos actores, el reconocimiento de la pluralidad de perspectivas y la creación de espacios de interacción y control social.

Los resultados de este trabajo muestran que las intervenciones instrumentales y participativas establecidas en el SSDF han tenido como efecto generar algunas condiciones favorables para la participación ciudadana como el incremento en la credibilidad de la institución por medio de programas de desarrollo social y la creación de espacios ciudadanos en la evaluación de la calidad de los servicios. Sin embargo, el estudio muestra que, para alcanzar la democratización del sistema de salud, son necesarias estrategias complementarias que dirijan el proceso hacia el fortalecimiento de la cultura ciudadana.

Palabras clave: Participación ciudadana, democratización de sistemas de salud, modelos de participación, cultura ciudadana, sistema de salud Ciudad de México, salud pública y democracia.

Abstract

This work presents a civic participation study as part of a democratization process regarding the Distrito Federal health system (SSDF), with the purpose of civic participation. Having civic participation characterization in mind, the effect obtained from diverse participative and equipped interventions has been analyzed regarding new participants inclusion, a perspective plu-

ral acknowledgement and the creation of interaction and social control spaces.

The results obtained from this task show the equipped and participative interventions established by the DF health system have resulted in the generation of several favorable conditions for civic participation such as the increase in institution credibility through social development programs and the establishment of civic spaces towards service quality evaluation. Nevertheless, the study shows that in order to reach health system democratization, looking for civic culture strengthening as a result of the process, complementary strategies are needed.

Key words: Civic participation, health system democratization, participation pattern, civic culture, Mexico City health system, public health and democracy.

Introducción

En el año 2000, el Gobierno del Distrito Federal (GDF) a través de su Secretaría de Salud, dio inicio a procesos de participación ciudadana como parte fundamental de sus políticas orientadas a garantizar la salud como un derecho social, promoviendo el acceso universal, gratuito y equitativo de la población a los servicios públicos de atención médica de la Ciudad de México.¹

Si bien la participación ciudadana en los sistemas de salud se ha promovido desde hace más de 30 años en diversos países,² en el caso del sistema de salud del Distrito Federal destaca que la participación ciudadana forma parte de un proceso de democratización, que tiene como objetivo promover una cultura ciudadana para establecer nuevas formas de interacción con las instituciones, marcando diferencias importantes con la participación ciudadana implantada como un instrumento para aumentar la eficiencia de los servicios públicos, como ha sido impulsada en varios países.

¹ Laurell, A. C., *What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of Mexico City Government*, *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 12, 2003, pp. 2028-2031.

² World Health Organization, *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*, W. H. Organization, editor, 2008, 130 pp.

Algunos autores³ señalan que, para producir las transformaciones democratizadoras, los procesos de participación tienen que estar basados en planteamientos alternativos que permitan desarrollar nuevas formas de intervención ciudadana en los espacios públicos. En el caso de los sistemas de salud, dentro de estas transformaciones está la construcción de condiciones que permitan la intervención del público como ciudadano, evitando su incorporación como cliente o usuario de los servicios ofrecidos.

La generación de estos planteamientos alternativos requiere tanto una aproximación teórica a los supuestos de la participación ciudadana como estudios de procesos de participación ciudadana en contextos específicos.⁴

En este trabajo se presenta un estudio de la participación ciudadana como parte del proceso de democratización del SSDF a partir de las intervenciones instrumentales *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* y *Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores* y la intervención participativa, *Participación Ciudadana desde la Unidad Territorial*.

El objetivo de este trabajo es analizar el efecto que han tenido las intervenciones instrumentales y participativas mencionadas en la inclusión de nuevos actores, el reconocimiento de la pluralidad de perspectivas y la creación de espacios de interacción y control social, como factores que caracterizan la participación ciudadana en un proceso de democratización.

Con base en la discusión de algunos aspectos generales de la participación ciudadana en los sistemas de salud, que se presentan en el primer apartado, este estudio cualitativo parte del análisis del contenido de los planes y programas del SSDF y se ha complementado con entrevistas al personal de salud y al público usuario en los centros comunitarios de salud del GDF. Para el trabajo en los

³ Ziccardi, A., "Espacios e instrumentos de participación ciudadana para las políticas sociales del ámbito local", en *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi, editor, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México D. F., 2004, pp. 245-271.

Kuruville, S., *Civil Society Participation in Health Research and Policy: A Review of Models, Mechanisms and Measures*, en *Working Paper*, núm. 251, Overseas Development Institute, 2005, pp. 1-34.

⁴ Sager, T., "A Planning Theory Perspective on the EIA", en *EIA, Large Development Projects and Decision-Making in the Nordic Countries*, T. Hilding-Rydevik, editor, Stockholm, 2001, pp. 197-222.

centros comunitarios de salud se ha empleado el análisis de redes socio-espaciales+propuesto por Sligo, Massey y Lewis.⁵

Los resultados de este trabajo muestran que las intervenciones instrumentales y participativas establecidas en el sistema de salud del DF han tenido como efecto generar algunas condiciones favorables para la participación ciudadana. Entre estas condiciones están el incremento en la credibilidad de la institución a través de programas vinculados con el desarrollo social y la creación de espacios ciudadanos en la evaluación de la calidad de los servicios. Sin embargo, para alcanzar la democratización del sistema de salud, estos efectos requieren del diseño y establecimiento de estrategias complementarias que dirijan el proceso hacia el fortalecimiento de la cultura ciudadana, abriendo nuevas formas de reconocimiento e interacción efectiva entre los diversos actores que conforman el sistema.

La participación en sistemas de salud

La democratización de los sistemas de salud se ha considerado una de las estrategias para hacer posible el acceso a la atención médica y con ello promover la mejora en la calidad de vida de grandes grupos de población.⁶ Cabe mencionar que en este caso la democratización se refiere a un proceso que conduce de una situación centrada en la autoridad a un nuevo arreglo caracterizado por el pluralismo político y el reconocimiento del derecho de intervención de diversos actores en el proceso de toma de decisiones.⁷

Los elementos fundamentales de la democratización son la

⁵ Sligo, F. X., C. Massey, y K. Lewis, "What Are the Benefits of Interpersonal Communication Within Socio-spatial Knowledge Networks?" en *ANZCA03 Conference*, Brisbane, 2003, pp.1-12.

⁶ Algunos documentos que señalan estas estrategias como parte de las políticas establecidas por organismos internacionales son: a) Saan, H., "Retorno a Ottawa 1986+ *IUHPE- Promotion and Education*, Supplement 2, 2007, pp. 59-60, b) World Health Organization, *Health Systems: Improving Performance 2000*, World Health Report, 2000. Geneva World Health Organization, pp. 232, c) World Health Organization, "Health for all in the twenty-first century+ *Rev. Panam Salud Pública*, vol. 4, núm. 2, 1998, pp. 132-141.

⁷ Ornelas, C., "Descentralización de los servicios de educación y de salud en México+ en *La descentralización de la educación y la salud: Un análisis*

intervención de los ciudadanos, la distribución de control, la descentralización administrativa y estructural y el fortalecimiento de la ciudadanía. Estos elementos tendrán como consecuencia la transformación del funcionamiento del Estado.⁸

La participación ciudadana como elemento de la democratización puede ser definida como:

aquella que configura formas de intervención individual o colectiva, las cuales suponen redes de interacción variadas y complejas, cuyo eje determinante (proveniente de la calidad de ciudadanía) es siempre la relación de personas, grupos e instituciones con el Estado. Es una intervención de la ciudadanía en algún nivel de lo público, de la gestión de gobiernos, construyendo interlocución y generalmente con soporte en la voluntad política de los gobiernos locales correspondientes. Tiene objetivos e intencionalidades y desarrolla procesos no lineales de ampliación y calificación de la intervención. Cuando reúne las características citadas, produce cambios en la situación o en los actores sociales y políticos, y en el funcionamiento del Estado.⁹

La intervención mencionada persigue objetivos que son resultado de la interacción entre diferentes actores con fines, intereses y valores diversos, que incluso muchas veces se contraponen.¹⁰

Con fines de análisis, los procesos de participación ciudadana

comparativo de la experiencia latinoamericana, CEPAL, G. E. and Cominett, Editors, CEPAL, 1998, pp. 187-208.

⁸ Morlino, L., *Democracias y democratizaciones*, Centro de Estudios de Política Comparada, México, 2005, pp. 321.

Cansino, C., "En qué democracia vivi(re)mos?: reflexiones desde y para América", *América Latina Hoy: Revista de ciencias sociales*, núm. 26, Universidad de Salamanca, España, 2000, pp. 5-9.

⁹ Caruso, A., "Instrumentos de participación y políticas sociales", en *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi, editor, Instituto de Investigaciones Sociales, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, 379 pp.

¹⁰ Álvarez Enríquez, L., "Participación ciudadana y políticas de salud en la ciudad de México. La red por la salud de las mujeres y el gobierno del Distrito Federal", en *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi, editor, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 273-296.

en salud establecidos en los sistemas de salud pueden clasificarse de acuerdo a sus objetivos en los siguientes grupos:¹¹

1. Procesos dirigidos a la satisfacción de demandas.
2. Procesos que promueven la eficiencia institucional.
3. Procesos para la democratización.

Algunos autores¹² señalan que es importante distinguir entre los procesos con fines prácticos, como son la satisfacción de demandas y el incremento de eficiencia institucional, y los procesos de democratización, dirigidos a promover el control social y la construcción de espacios públicos, lo que marca una división importante para el análisis de la participación ciudadana.

De esta manera, por una parte, están los procesos de participación con fines prácticos dentro del sistema, en los cuales se encuentran límites definidos en términos de objetivo, tiempo y amplitud de la intervención del público. Estos límites dan las pautas generales para el establecimiento de los procesos como son la elección de modelos y mecanismos de participación adecuados a las expectativas y los recursos disponibles, e incluso para la evaluación del proceso de participación.¹³

Por otra parte, en el caso de los procesos de democratización, se espera que la participación ciudadana tenga como resultados esperados la redistribución del control dentro del contexto social específico, fortaleciendo la ciudadanía con el reconocimiento de la pluralidad de perspectivas y favoreciendo el establecimiento de

¹¹ Florin, D., *Public Involvement in Health Care*. *British Medical Journal*, BMJ Publishing Group 328, 2004, pp. 159-161.

¹² Cunill, N., *Balance de la participación ciudadana en las políticas sociales: Propuesta de un marco analítico*, en *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi, editor, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 57-75.

Carpiano, R., *Toward a Neighborhood Resource-Based Theory of Social Capital for Health: Can Bordieu and Sociology Help?*, *Social Science and Medicine*, vol. 62 núm. 2, 2006, pp. 165-175.

¹³ Bridgen, P., *Evaluating the Empowering Potential of Community-Based Health Schemes: The Case of Community Health Policies in the UK Since 1997*, *Community Development Journal*, vol. 39 núm. 3, 2004, pp. 289-302.

Kuruvilla, S., *Civil Society Participation in Health Research and Policy: A Review of Models, Mechanisms and Measures*, en *Working Paper 251*, Overseas Development Institute, 2005, pp. 1-34.

nuevas relaciones entre los ciudadanos y el Estado en la construcción del espacio público. Esto abre múltiples posibilidades a las formas que puede tener el proceso de participación, haciendo necesario considerarlo como un conjunto de estrategias diversas y flexibles, que operan de manera continua dentro del funcionamiento del sistema.¹⁴

Esta distinción de los procesos en relación con sus objetivos, plantea algunas preguntas en torno al establecimiento de condiciones para la participación ciudadana, la aplicación de modelos para el establecimiento de procesos, los diversos papeles para la intervención del público, así como las formas adecuadas para evaluar los resultados.¹⁵

Sin embargo, a pesar de las distinciones antes mencionadas, en los procesos de participación que se han establecido en sistemas de salud, es común encontrar que se plantea la democratización como el resultado de una serie de etapas sucesivas que inician con procesos de participación dirigidos a la solución de demandas, pasan por procesos que promueven la eficiencia institucional hasta finalmente alcanzar la democratización del sistema. Este planteamiento se ha denominado *la gran narrativa de la participación* y ha sido criticado por la linealidad y homogeneidad que supone para el desarrollo de los procesos.¹⁶

De acuerdo con *la gran narrativa*, los procesos de participación inician con un conflicto entre el público y la institución, que se

¹⁴ Abelson, J., *et al.*, *Deliberations About Deliberative Methods: Issues in the Design and Evaluation of Public Participation Processes*, *Social Science and Medicine*, núm. 57, 2003, pp. 239-251.

¹⁵ Estas preguntas se han planteado en trabajos basados en diferentes perspectivas de la participación ciudadana, por ejemplo: Ziccardi, A., *Los espacios e instrumentos de participación ciudadana para las políticas sociales del ámbito local*, en *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi, editor, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 245-271. Kuruvilla, S., *Civil Society Participation in Health Research and Policy: A Review of Models, Mechanisms and Measures*, en *Working Paper 251*. Overseas Development Institute, 2005, pp. 1-34. Sager, T., *A Planning Theory Perspective on the EIA*, en *EIA, Large Development Projects and Decision-Making in the Nordic Countries*, T. Hilding-Rydevik, Editor, Stockholm, 2001, pp. 197-222.

¹⁶ Kothari, U., *Power, Knowledge and Social Control in Participatory Development*, en *Participation: The New Tyranny?*, Cooke, Bill and Kothari, Uma, Editor, Zed Books, London UK, 2001, pp. 139-152.

transforma en una demanda social a la cual la institución da una respuesta específica. Cuando la demanda es resuelta, la inercia adquirida tanto en términos de organización social como en el funcionamiento institucional tiene como resultado, en el mediano plazo, la incorporación de la demanda dentro de la agenda política, lo que significa su traslado al espacio público en términos más amplios que la demanda de origen. Con el tiempo, las respuestas son cada vez más amplias, dando como resultado el establecimiento de nuevas formas de regulación e incluso la creación de nuevas instituciones, lo que marca la democratización.¹⁷

Al estar organizados bajo los supuestos de la gran narrativa en general los procesos de participación ciudadana en sistemas de salud están planteados como parte de un servicio centrado en la atención a la figura del consumidor o beneficiario.¹⁸ En este contexto, las dos figuras mencionadas se consideran como equivalentes en términos de las posibilidades de intervención, especialmente en los sistemas con una estructura basada en el mercado.¹⁹

En estos sistemas, la intervención del público como consumidor consiste en elegir entre las alternativas ofrecidas por el sistema, y en ellos, los procesos de participación ciudadana subrayan la necesidad de ofrecer información adecuada para que el público tome decisiones. En este tipo de sistemas, las alternativas de salud están incluidas en un esquema de oferta-demanda, y las elecciones dependen principalmente del poder adquisitivo o la situación laboral del participante, lo que determina su identidad como consumidor o beneficiario en referencia a sus posibilidades para tener acceso a servicios de salud privados, de seguridad social o asistenciales.²⁰

¹⁷ Kothari, U., *Power, Knowledge and Social Control in Participatory Development*, en *Participation: The New Tyranny?*, Cooke, Bill and Kothari, Uma, Editor, Zed Books, London UK, 2001, pp. 139-152.

¹⁸ Florin, D., *Public Involvement in Health Care*, *British Medical Journal*, BMJ Publishing Group 328, 2004, pp. 159-161.

¹⁹ Londoño, J. L. y J. Frenk, *Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America*, volume 41, Issue 1, Pages 1-36, *Health Policy*, 1997, pp. 1-36.

²⁰ Abrantes-Pego, R. y C. Almeida, *Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México*, *Cad. Saúde Públ.*, vol. 18 núm. 4, 2002, pp. 971-989.

Leal, G. y C. Martínez, *Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México*, *Papeles de población*, México, UAM, vol. 34, 2002, pp. 107-133.

En algunos casos dentro de estos esquemas, la estructura del sistema, ya sea pública o privada, puede estar sujeta a la participación política, con la cual se define en sus rasgos generales, el papel del Estado en relación con el derecho a la salud. De esta forma, en la participación política se determina si el sistema de salud es parte de los servicios proporcionados directamente por el Estado o si se organiza a través de la iniciativa privada. La participación ciudadana en estos procesos atiende aspectos prácticos, por ejemplo, aquellos asociados con la transparencia en la distribución de recursos o la promoción de eficiencia ajustando los servicios a las expectativas y valores de los grupos sociales.²¹

En contraste con lo anterior, cuando se habla de la democratización de sistemas de salud, la participación ciudadana es un aspecto básico para la transformación de las relaciones entre el público y la institución, como un proceso que hace efectiva la incorporación de nuevos actores, es decir, de grupos sociales que antes no intervenían o lo hacían marginalmente. En la transformación mencionada es fundamental el reconocimiento de diferentes puntos de vista y la generación de nuevas distribuciones de poder, favoreciendo el empoderamiento ciudadano. Para ello es necesario considerar las implicaciones de la intervención ciudadana como parte del ejercicio del derecho a la salud, dejando a un lado la identificación con la figura de consumidor y fortaleciendo la figura del ciudadano.

Esta perspectiva de la participación ciudadana en procesos de democratización ha sido poco explorada en sus bases teóricas y son necesarios más estudios empíricos para enriquecer la discusión de las características de este tipo de procesos, su diseño, establecimiento y evaluación.²²

Sin embargo, en los sistemas de salud existen pocos procesos

²¹ Anderson, E., S. Michael, y C. Salisbury, "Taking off the Suit: Engaging the Community in Primary Health Care Decision-Making", *Health Expectations*, núm. 9, 2006, pp. 70-80.

Deber, R., *et al.*, "Patient, Consumer, Client, or Customer: What do People Want to be Called?", *Health Expectations*, núm. 8, 2005, pp. 345-351

Bridgen, P., "Evaluating the Empowering Potential of Community-Based Health Schemes: The Case of Community Health Policies in the UK Since 1997", *Community Development Journal*, vol. 39, núm. 3, 2004, pp. 289-302.

²² Bjørndal, A., "Improving Social Policy and Practice: Knowledge Matters", *The Lancet*, 2009 (Early Published online May 14, 2009 DOI:10.1016/S0140-6736(09)60783-2).

orientados a la democratización, en los cuales la participación ciudadana tenga objetivos más allá de los fines prácticos.²³

Por esto, el sistema de salud del DF ocupa un lugar especial para este tipo de estudios, al ser concebido como una institución central en el funcionamiento democrático del Distrito Federal.²⁴ Así, al compararlo con el sistema federal de México y otros sistemas de salud del mundo, el actual sistema de salud del DF presenta diferencias notables en su organización y programas, entre los que destacan, para los fines de este trabajo, sus estrategias de democratización, cuyos procesos de participación ciudadana tienen el objetivo de promover una cultura ciudadana de la salud.

El sistema de salud del gobierno del DF

La llegada del Partido de la Revolución Democrática (PRD) al gobierno del Distrito Federal (GDF) como resultado de las elecciones del año 1997, ha significado una amplia transformación de las políticas locales que, en el caso de la salud, ha marcado una importante diferencia con las políticas federales.

En contraste con las tendencias en el sistema federal de salud orientadas por el pluralismo estructurado y la atención gerenciada, cuyos procesos de participación se centran en mecanismos de consulta y consumo diferencial,²⁵ la Secretaría de Salud del Distrito

²³ Algunos informes señalan la gran cantidad de procesos dirigidos a la solución de demandas: Scriven, A., "Promoting Health: A Global Context and Rationale", in *Promoting Health: Global Perspectives*, A. Scriven y S. Garman, Editors, Palgrave: Basingstoke, 2005, pp. 1-13. Kickbusch, I., "A New Agenda for Health", *Perspectives in Health*, 2004, vol. 9 núm. 2, Special Issue on The Millenium Development Goals. http://www.paho.org/English/DD/PIN/Number20_article02.htm Acceso: 12 de junio 2009. World Health Organization, *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*, W. H. Organization, Editor, World Health Organization, 2008, pp. 130.

²⁴ Blanco Gil, J., O. López Arellano, y J. A. Rivera Márquez, "Territorio y salud en la zona metropolitana de la Ciudad de México", en *Latin American Studies Association*, Guadalajara, México, 1997, pp. 1-12. Laurell, A. C., "What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of Mexico City Government", *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm.12, 2003, pp. 2028-2031.

²⁵ King, G., *et al.*, "Public Policy for the Poor? A Randomised Assessment of the Mexican Universal Health Insurance Programme", *The Lancet*, 2009, vol.

Federal ha adoptado una serie de acciones para establecer una política de salud basada en una política social redistributiva, que tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, a través de servicios integrales, públicos y gratuitos con cobertura universal:

Los dos grandes ejes de nuestro Programa son: *i)* garantizar la universalidad del derecho constitucional a la protección de la salud y a la pensión universal y *ii)* fortalecer la institución pública a fin de que obedezca al bien general de la sociedad. Ambos temas se relacionan con la construcción de la ciudadanía social que consiste en establecer derechos sociales exigibles por todos y la obligación de todos de contribuir solidariamente a su materialización.²⁶

Como lo señalan los programas oficiales, al estar construida sobre la concepción de los derechos sociales, universales y exigibles por los ciudadanos, la política del SSDF se ha diseñado para enfrentar seis desafíos que plantea la realidad social del DF. Estos desafíos son:²⁷

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

Como se ha mencionado, los principios que guían la política de salud del DF son la democratización en salud, el fortalecimiento de las instituciones públicas, la universalidad de los servicios, la ampliación de los servicios, la equidad y la solidaridad, mismos que han sido

373 núm. 9673, p. 1447-1454. Victora, C. y D. Peters, ¿Seguro Popular in Mexico: is Premature Evaluation Healthy?+, *The Lancet*, vol. 373, núm. 9673, 2009, p. 1404-105.

²⁶ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Informe de trabajo 2005 de la Secretaría de Salud del DF*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2005, p. 9.

²⁷ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Programa de Salud 2002-2006*. Gobierno del Distrito Federal, México, 2002, p. 58.

integrados en un conjunto de estrategias para enfrentar los desafíos que enfrenta la Secretaría de Salud del DF.²⁸ Cabe mencionar que estos principios son una muestra de la influencia del movimiento de la Medicina Social en América Latina en la elaboración de la política de salud del DF, en la cual se han incorporado las experiencias empíricas que señalan soluciones factibles, viables y sustentables para el manejo de la salud teniendo en cuenta las condiciones del contexto local y su modificación con la intervención ciudadana.²⁹

Desde el año 2001, las estrategias establecidas en el SSDF tratan mejorar las condiciones de salud, promover la seguridad sanitaria y dar respuesta al rezago en la atención, incidiendo de forma simultánea en las medidas encaminadas a la reestructuración institucional, la ampliación de la infraestructura y la generación de una cultura ciudadana de la salud.³⁰

La heterogeneidad en las condiciones de salud entre las diferentes jurisdicciones de la Ciudad de México hace necesario el desarrollo de adecuaciones regionales y la implantación de acciones con base en las particularidades locales. Por esto, el SSDF tiene una organización basada en la regionalización que permite dirigir las acciones de salud considerando la cobertura de servicios, el nivel de marginación de la población, la proporción de población sin seguridad social y la tasa de crecimiento poblacional.³¹

La Secretaría de Salud del DF está vinculada con las Asambleas Vecinales de las 1,325 unidades territoriales del DF, lo que da como resultado que la planeación y la ejecución de medidas estén basadas en la información obtenida y analizada dentro de contextos definidos.³² Cabe mencionar que esta organización hace que la Secretaría de Salud DF tenga un papel fundamental dentro de los objetivos democratizadores del Gobierno del DF, debido a que los servicios de salud representan una sólida fuente de información de las condiciones de vida de los ciudadanos que puede ser utilizada

²⁸ *Idem.*

²⁹ Tajer, D., *Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges*, *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 12, 2003, pp. 2023-2027.

³⁰ Laurell, A. C., *Informe de trabajo 2001 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2001, 30 pp.

³¹ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Programa de Salud 2002-2006*, Gobierno del Distrito Federal: México, 2002.

³² En la organización del GDF, las Asambleas Vecinales, son la instancia máxima de decisión y ante ellas se presentan los programas sociales para su evaluación y vigilancia.

para la formulación de las políticas de otros sectores. Este tipo de vinculación se ha establecido con la Secretaría de Desarrollo Social del DF para la formulación de políticas conjuntas.³³

En el SSDF se han establecido procesos de democratización de la salud basados en dos estrategias, que tratan de establecer un balance entre intervenciones instrumentales y participativas.

Las intervenciones instrumentales están dirigidas al establecimiento de condiciones de ciudadanía que promueven tanto el acceso a los servicios como la construcción de una cultura ciudadana de la salud incidiendo positivamente en la eficiencia y equidad del sistema. Estas intervenciones están asociadas directamente con dos programas que tienen su base en los centros de salud, el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* y el *Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores*. Ambos programas tienen como objetivo promover el acceso de toda la población a los servicios médicos eliminando los obstáculos económicos que enfrenta sobre todo, la población que carece de seguridad social como trabajador y que en México está asociada únicamente a las personas que cuentan con un contrato laboral formal. En la Ciudad de México, la seguridad social cubre aproximadamente al 50% de la población.³⁴

Estos programas han sido esenciales para atraer a grandes grupos de población a los centros de salud y dar pauta para incorporar a los ciudadanos en otras estrategias, además de ser un factor de gran importancia para la Secretaría de Salud y el Gobierno del DF por la gran visibilidad pública que obtuvo en un corto plazo.³⁵

Las intervenciones participativas se refieren a una serie de acciones orientadas a la construcción de las políticas de salud desde abajo, de forma que se incluya a la población en la toma de decisiones que conciernen a su vida cotidiana y al funcionamiento de la ciudad. Estas intervenciones están basadas en la regionalización de sistema y por ello se denominan *Participación Ciudadana desde la Unidad Territorial*. La organización parte de las comisiones de salud, formadas dentro de las Asambleas Vecinales,

³³ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Informe de trabajo 2006 de la Secretaría de Salud del DF*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2006, 92 pp.

³⁴ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Programa de Salud 2002-2006*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2002, 58 pp.

³⁵ Laurell, A. C., *op. cit.*, pp. 2028-2031.

cuya misión es colaborar con personal de salud en el diagnóstico participativo de salud de la unidad territorial.³⁶

De acuerdo con el programa de salud del GDF, las comisiones son la base para construir los comités ciudadanos de salud que trabajan en cada centro comunitario. Los comités ciudadanos discuten y elaboran propuestas para atender las necesidades de salud locales tomando como base la información del diagnóstico participativo, la información generada por el centro comunitario y las políticas locales de salud. En el mediano plazo, los comités de cada centro tendrán representantes en los comités regionales por jurisdicción sanitaria, y cada comité regional tendrá un representante en el Consejo de Salud del Distrito Federal. Esta organización permitirá el intercambio de información y la discusión de las propuestas locales y regionales en los diferentes niveles del sistema.³⁷

Esta es la base para generar condiciones de participación para la toma de decisiones informadas y el control social a nivel local de las decisiones de salud, en las que están incluidas iniciativas para el presupuesto participativo.

En su conjunto, las intervenciones instrumentales y participativas tienen como objetivo promover la democratización del sistema de salud y como se ha mencionado, tienen como base la creación de condiciones para el ejercicio de ciudadanía en los centros comunitarios de salud.

En los siguientes apartados se presentan algunos resultados de las intervenciones mencionadas en los centros comunitarios de salud.

El estudio de caso en los centros de salud comunitarios del SSDF

En esta sección se presenta una parte de un estudio más amplio realizado en un conjunto de centros de salud comunitarios tipo TIII de la SSDF en las jurisdicciones sanitarias Cuauhtémoc, Iztacalco e Iztapalapa durante el periodo 2007-2008.

³⁶ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Programa de Salud 2002-2006*, *op. cit.*

³⁷ *Idem.*

La Secretaría de Salud del DF tiene a su cargo un total de 210 centros de salud y 2 clínicas comunitarias en las que se ofrecen intervenciones básicas de medicina general que incluyen la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación y que constituyen el nivel primario de atención del SSDF. Esta es la infraestructura para atender a una población de cinco millones de capitalinos que no cuentan con seguridad social y carecen de los recursos para acudir a servicios privados.

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

Los centros de salud se clasifican en tres tipos:

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

TII: Centro de salud con seis núcleos básicos y odontología

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

Estos centros de salud son considerados *la puerta de entrada a la Secretaría de salud*³⁸ para la atención individual y familiar que están asociados con las intervenciones médicas y los programas sociales, en particular, de los procesos de participación ciudadana, que son parte fundamental para la democratización del SSDF.³⁹

Para los fines de este trabajo, el estudio de los procesos de participación se abordó a través de una aproximación cualitativa considerando los centros de salud comunitarios como los espacios de interacción del público con la institución. En los centros mencionados se recabó información a través de la observación de las prácticas cotidianas y de entrevistas a usuarios, médicos, trabajadoras sociales, directivos y enfermeras.⁴⁰

³⁸ *Ibid.*, p. 35.

³⁹ Laurell, A. C., *Informe de trabajo 2001 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2001, p. 30.

⁴⁰ Grimberg, M., *Protesta social y salud: Un abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud en el marco de la movilización social en la Argentina (2001-2003)* en *Críticas e atuantes: ciencias sociais e humanas em saúde na América Latina*, M. Minayo y C. Coimbra Junior, Editors, Fiocruz, Río de Janeiro, 2005, pp. 375-390.

La información recabada fue procesada por medio del *análisis de redes socio-espaciales de conocimiento*, una metodología diseñada para el estudio de los procesos que utilizan los individuos para diversos tipos de información que incorporan en sus prácticas cotidianas. Esta metodología combina el análisis micro-geográfico de los espacios que componen una unidad territorial con la identificación de redes de relaciones sociales que la gente crea y mantiene en torno a sus prácticas.⁴¹ Este tipo de aproximación ha sido de gran utilidad en el estudio del papel de las relaciones interpersonales en el acceso a diversos programas de salud en otros países.⁴²

En este estudio, el análisis de redes socio-espaciales se consideró adecuado para describir los parámetros de interacción dentro de los centros de salud y otros espacios de la comunidad asociados a la salud, considerando las dimensiones formales e informales de estas interacciones, e identificando a las personas que las establecen y mantienen. Así, a partir de la información obtenida en las entrevistas,⁴³ se identificaron los espacios y personas asociados a diferentes aspectos de la participación ciudadana, lo que sirvió de base para la caracterización del proceso estudiado.

Como señalan algunos autores,⁴⁴ el estudio de procesos de participación ciudadana aún carece de una metodología de observación y ante ese problema, en este caso se eligió caracterizar el

⁴¹ Sligo, F. X., C. Massey y K. Lewis, *op. cit.*

⁴² Cravey, A. J., Washburn, S. A., Gesler, W. M., Arcury, T. A. y A.H. Skelly. "Developing Socio-Spatial Knowledge Networks: A Qualitative Methodology for Chronic Disease Prevention"; *Social Science and Medicine*, vol. 52, 2001, pp. 1763-1775.

⁴³ Las entrevistas se organizaron en torno a los siguientes puntos: 1) Motivos para la elección del centro de salud 2) Percepción personal de la atención en el centro de salud 3) Aspectos favorables y desfavorables del funcionamiento del centro de salud 4) Información acerca de los programas institucionales 5) Percepción de cambios en la institución.

⁴⁴ Arzaluz, S., "Experiencias de participación ciudadana en municipios metropolitanos del Estado de México y Nuevo León"; en *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi, editor, 2004, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 167-183. Cornwall, A., "The Pathways to Participation"; *Participation Group Institute of Development Studies*, Editor, Institute of Development Studies, Sussex, 2003, pp. 1-12. Carpiano, R., "Toward a Neighborhood Resource-Based Theory of Social Capital for Health: Can Bourdieu and Sociology Help?"; *Social Science and Medicine*, vol. 62, núm. 2, 2006, pp. 165-175.

proceso a partir la incidencia que tienen las intervenciones establecidas en tres elementos fundamentales de la democratización: la inclusión de nuevos actores, el reconocimiento de pluralidad de perspectivas y la creación de espacios de intervención ciudadana.

A continuación se presentan parte de los resultados de este estudio en algunos centros de salud comunitarios del sistema de salud del DF.

El lado más visible de la democracia: gratuidad y pensión ciudadana

Una de las discusiones en torno a la posibilidad de participación real de los ciudadanos en un proceso se refiere a la necesidad de generar las condiciones que permitan que las personas puedan dedicar el tiempo y esfuerzo necesario para involucrarse.⁴⁵

Como ya se ha mencionado, en el caso del SSDF se ha reconocido esta necesidad y como base para promover una cultura ciudadana de la salud, muy relacionada con la participación, se han establecido estrategias instrumentales que promueven el acceso a los servicios a través de dos programas, *Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* y *Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores*, en los cuales los ciudadanos obtienen beneficios directos de su afiliación al centro.

En el presente estudio, estos dos programas son la principal referencia de los entrevistados, usuarios y personal de salud, como una evidencia de los cambios políticos observados en la Ciudad de México, en especial cuando se les pregunta sobre la participación ciudadana.

En este caso, se observa que el público asocia directamente participación ciudadana con el ejercicio del voto, es decir, con la participación política, sin considerar aspectos que les permitan intervenir en las instituciones en otras formas ya sea como consultas públicas, foros u otros tipos de procedimientos participativos. De hecho, los programas mencionados se consideran un resultado de

⁴⁵ Font, J., *Participación ciudadana y decisiones públicas: conceptos, experiencias y metodologías*, en *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, A. Ziccardi (editor), Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 23-41.

las elecciones y son vistos como un incentivo a continuar votando para mantener los beneficios obtenidos.

Algunos de los usuarios señalan que si bien estos programas han sido fundamentales para atender sus necesidades, también han llevado a establecer un nuevo compromiso por parte de la institución, pues ésta ha dado muestras de reconocer las condiciones precarias que enfrentan muchos usuarios del sistema. Como respuesta, en general, los usuarios que obtienen beneficios de los programas tratan de establecer un compromiso para apoyar a la institución. Cuando se les pregunta sobre esta forma de apoyo, además del voto, las respuestas señalan que es frecuente que este tipo de compromiso recíproco se demuestre como apoyo político en diversas acciones, como acudir a marchas y participar en eventos organizados por las juntas de vecinos.

Esto significa un efecto no del todo inesperado para la promoción de la participación ciudadana: al quedar ligada directamente a la participación política, los ciudadanos asumen un compromiso y pierden de vista otras posibilidades de intervención y control social en formas más directas, locales y continuas que el apoyo a un partido político. Las condiciones no han sido suficientes para que los usuarios se perciban a sí mismos como ciudadanos con capacidad de intervención en la institución.

Así, a pesar de que se reconoce la necesidad de la participación ciudadana para producir cambios favorables en la institución, muy pocos entrevistados manifiestan su interés en involucrarse en decisiones sobre los servicios y su organización, que siguen siendo consideradas como parte del trabajo de los expertos, es decir, los médicos para el caso del sistema de salud. Esto muestra que uno de los aspectos que merece gran atención en el establecimiento de procesos de participación ciudadana es enfrentar la inercia del clientelismo y el asistencialismo que han estado presentes en las relaciones con las instituciones y particularmente en los sistemas de salud.

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

pero sí involucrados por ser parte de la institución, sin reconocerse como ciudadanos dentro de la misma.

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

Algunos de los entrevistados reconocen que estos programas, con su estrategia de afiliación casa por casa, ponen al alcance de más personas los servicios médicos con los que cuenta la Ciudad de México, aunque ellos perciben algunas deficiencias en su funcionamiento como son los largos tiempos de espera, las instalaciones inadecuadas, la carencia de médicos especialistas, un escaso número de posibilidades de análisis clínicos y muchas observaciones más. Cuando se les pregunta si alguna vez han comentado esto con el comité ciudadano de salud o en su asamblea vecinal para atender estos problemas, señalan que son opciones de las que no están enterados, a pesar que la evaluación bimestral de calidad del servicios, elaborada en conjunto por el personal de salud y el comité ciudadano, ocupa el área de avisos a la entrada de la mayor parte de centros de salud.

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

La construcción permanente de la ciudadanía: comités ciudadanos de salud

Los comités ciudadanos de salud de los centros de salud comunitarios, son la base para la participación ciudadana en la Secretaría de Salud del DF y actualmente funcionan en los centros comunitarios de salud, colaborando principalmente como aval ciudadano en la evaluación de calidad de los servicios ofrecidos.

Como se ha señalado, los comités de salud son la parte fundamental de las intervenciones participativas del sistema de salud del DF para promover el control social de aspectos fundamentales de la vida cotidiana y la base de la elaboración de políticas desde abajo+ adecuadas a las condiciones locales, en continua retroalimentación entre los diferentes niveles con representación ciudadana.

Sin embargo, dentro del funcionamiento cotidiano de los centros de salud, los comités ciudadanos de salud son una instancia poco

visible tanto para los usuarios como para el personal de salud: sólo se encuentra mencionado en los informes bimestrales con los indicadores de calidad correspondientes a la evaluación de calidad de los servicios de salud, pero es difícil de localizar a sus integrantes para presentar preguntas o propuestas.

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

La encuesta consiste de cinco preguntas:

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

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

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

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

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

Como puede observarse, los comités ciudadanos de salud no se han establecido plenamente como instancias de democratización y han estado dirigidos a objetivos prácticos para el mejoramiento institucional. Además, estos resultados indican que es necesario plantear algunas modificaciones en la conformación de los comités ciudadanos, porque a pesar de la gran autonomía que les proporciona su actual organización y funcionamiento en el exterior del centro del salud, esta situación los aleja del público que acude a estos espacios, generando un vacío que requiere estrategias de comunicación entre los ciudadanos y el planteamiento de formas de organización más incluyentes.

Revisando la trayectoria de la democratización

En este trabajo, la caracterización del proceso de democratización del SSDF se ha basado en el planteamiento de Giugni, *et al.* (1998)⁴⁶ para el análisis de los factores que determinan las trayectorias de un proceso social. Como ya se ha mencionado, en este caso, se ha

⁴⁶ Giugni, M., *Social Movements and Change. Incorporation, Transformation and Democratization*, en *From Contention to Democracy*, M. M. Giugni, Doug; Charles Tilly, Editor, Rowman and Littlefield: Lanham, Maryland, 1998, p. 285.

considerado la incidencia que las intervenciones establecidas han tenido en la inclusión de actores, la transferencia o distribución de poder, y el establecimiento de nuevos espacios de interacción de público con la institución.

El éxito de las intervenciones *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* y *Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores*, es un resultado importante para la democratización de este sistema, pues ha promovido el acercamiento de la población al SSDF, al tiempo de proporcionar gran visibilidad política a sus iniciativas. Sin embargo, hasta el momento no se han planteado acciones que den resultados concretos en la intervención que tienen estos nuevos actores como ciudadanos, porque estos programas no inciden en la transferencia de poder o la creación de espacios de control social y por ello, este acercamiento de grupos de sociales no puede considerarse como *“inclusión de nuevos actores”*, en términos de democratización.

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

Esto puede ser el resultado de programas que plantean la interacción entre el SSDF y los ciudadanos como una relación *médico-usuarios* e incluso como prestador de *servicio-cliente*, a pesar de la orientación democrática que se impulsa dentro de la misma institución. Esta relación es el eje que rige la mayor parte de las prácticas en los centros de salud y que tendría que ser tomada en cuenta al diseñar estrategias para incluir nuevos actores y hacer posible cambios en la distribución del poder.

La mayor transformación del sistema en términos de democratización es el trabajo de los comités ciudadanos de salud, que significan un espacio de control social y de distribución de poder

que ha surgido como parte del establecimiento del proceso de democratización en el SSDF.

No obstante, los comités ciudadanos de salud han quedado limitados a la función de aval en el control de calidad del sistema, siguiendo indicadores impuestos desde la institución que no incorporan las condiciones y necesidades de los contextos locales. Esta función hace que los comités ciudadanos trabajen dentro de marcos con un mínimo de flexibilidad para el ajuste, con lo que se pierden sus posibilidades de enriquecer las políticas de salud a través de la deliberación en los diferentes niveles que conforman el sistema. La forma en que estos comités se constituyen y trabajan actualmente, tiene el riesgo de sólo reproducir las prácticas y la distribución de poder que se pretenden cambiar con la intervención ciudadana.⁴⁷

Este análisis muestra que el proceso de democratización del sistema de salud del DF está apenas comenzando y que es necesario complementar las intervenciones instrumentales y participativas con estrategias que hagan posible la participación ciudadana de manera efectiva.

Conclusiones

Los resultados de este estudio indican que las intervenciones promovidas como parte del proceso de democratización han sido importantes en la promoción, la credibilidad institucional y la mejora de los servicios, sentando las bases para nuevos compromisos y formas de interacción con los ciudadanos.

Sin embargo, hasta el momento, en los centros comunitarios de salud estas intervenciones no tienen efectos notables en términos de inclusión de nuevos actores, reconocimiento de pluralidad de perspectivas y creación de espacios de control social, que son aspectos fundamentales de la construcción de una cultura ciudadana de la salud a través de la participación.

Con la metodología aplicada, al abordar el análisis de los procesos de democratización dentro de contextos específicos, considerando los elementos que determinan su desarrollo, ha sido posible identificar algunos puntos que requieren modificaciones para dirigir

⁴⁷ Cansino, C. y I. Covarrubias, "Retóricas y dinámicas del populismo en México, un análisis desde la teoría política" *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, vol. 5 núm. 7, 2007, pp. 37-72.

el proceso de democratización, aprovechando las intervenciones instrumentales y participativas que se encuentran en funcionamiento. Sin estas modificaciones, las intervenciones mencionadas corren el riesgo de continuar y reforzar las prácticas características de un sistema de beneficencia, en detrimento de la construcción de una institución basada en la ciudadanía.

Agradecimientos

Agradezco especialmente a todas las personas que aceptaron participar en las entrevistas y observaciones realizadas en los centros comunitarios así como a la Secretaría de Salud del Distrito Federal por las facilidades proporcionadas para el desarrollo de este trabajo. Esta investigación ha sido financiada con recursos del Posgrado en Filosofía de la Ciencia y del Seminario *Sociedad del Conocimiento y Diversidad Cultural* de la UNAM. Agradezco también el apoyo del Proyecto Papiit número IN402509.

Bibliografía

Abelson, J., *et al.*, %Deliberations About Deliberative Methods: Issues un the Desing and Evaluation of Public Participation Processes+, en *Social Science and Medicine*, núm. 57, 2003, pp. 239-251.

Abrantes-Pego, R. y C. Almeida, %Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México+, en *Cad. Saúde Públ.*, vol. 18, núm. 4, 2002, pp. 971-989.

Álvarez Enríquez, L., %Participación ciudadana y políticas de salud en la ciudad de México. La red por la salud de las mujeres y el gobierno del Distrito Federal+, en A. Ziccardi (editor), *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 273-296.

Anderson, E., S. Michael, y C. Salisbury, %Taking off the Suitq Engaging the Community in Primary Health Care Decision-Making+, en *Health Expectations*, 2006, núm. 9, pp. 70-80.

Arzaluz, S., %Experiencias de participación ciudadana en municipios metropolitanos del Estado de México y Nuevo León+, en A. Ziccardi

(editor), *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 167-183.

Bjørndal, A., *Improving Social Policy and Practice: Knowledge Matters*† en *The Lancet*, (Early Published online May 14, 2009 DOI:10.1016/S0140-6736(09)60783-2), 2009.

Blanco Gil, J., O. López Arellano, y J. A. Rivera Márquez, *Territorio y salud en la zona metropolitana de la Ciudad de México*† en *Latin American Studies Association Conference*, Guadalajara, México, 1997, pp. 1-12.

Bradley, P., *Application of Ethical Theory to Rationing in Health Care in UK: a Move to More Explicit Principles?*† en P. Bradley y A. Burls (Editors), *Ethics in Public and Community Health*, Routledge, UK., 2000, pp. 3-19.

Bridgen, P., *Evaluating the Empowering Potential of Community-Based Health Schemes: The Case of Community Health Policies in the UK Since 1997*† en *Community Development Journal*, vol. 39, núm. 3, 2004, pp. 289-302.

Cansino, C. y Covarrubias, I., *Retóricas y dinámicas del populismo en México, un análisis desde la teoría política*† en *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, vol. 5, núm. 7, 2007, pp. 37-72.

Cansino, C., *En qué democracia vivi(re)mos?: reflexiones desde y para América*† en *América Latina Hoy. Revista de ciencias sociales*, núm. 26, Universidad de Salamanca, España, 2000, pp. 5-9.

Carpiano, R., *Toward a Neighborhood Resource-Based Theory of Social Capital for Health: Can Bourdieu and Sociology Help?*† en *Social Science and Medicine*, vol. 62, núm. 2, 2006, pp. 165-175.

Caruso, A., *Instrumentos de participación y políticas sociales*† en A. Ziccardi (editor), *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, Instituto de investigaciones Sociales, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, 379 pp.

Chan, M., *Regreso a Alma Ata*† en *30 años después de Alma Ata*, World Health Organization (editor), 2008, 148 pp.

Cooke, B. y U. Kothari, *The Case for Participation as Tyranny*† en B. Cooke y U. Kothari (editors), *Participation: The New Tyranny?* Zed Books, London/New York, 2001, pp. 1-15.

Cornwall, A., *The Pathways to Participation*† en *Participation Group Institute of Development Studies*, Editor, Institute of Development Studies, Sussex, 2003, pp. 1-12.

Cornwall, A., H. Lucas, y K. Pasteur, "Accountability Through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health sector", *IDS Bulletin*, 2000, vol. 31, núm. 1, pp. 1-13.

Cravey, A. J., Washburn, S. A., Gesler, W. M., Arcury, T.A. y A.H. Skelly, "Developing Socio-Spatial Knowledge Networks: A Qualitative Methodology for Chronic Disease Prevention", en *Social Science and Medicine*, núm. 52, 2001, pp. 1763-1775.

Cunill, N., "Balance de la participación ciudadana en las políticas sociales: propuesta de un marco analítico", en A. Ziccardi (editor), *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 57-75.

Deber, R., et al., "Patient, Consumer, Client, or Customer: What Do People Want To Be Called?", en *Health Expectations*, núm. 8, 2005, pp. 345-351.

Florin, D., *Public Involvement in Health Care*, British Medical Journal, BMJ Publishing Group, 2004, pp. 159-161.

Font, J., "Participación ciudadana y decisiones públicas: conceptos, experiencias y metodologías", en A. Ziccardi (editor), *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM; Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 23-41.

Giugni, M., "Social Movements and Change. Incorporation, Transformation and Democratization", en M. M. Giugni, Doug; Charles Tilly, Editor, *From Contention to Democracy*, Rowman and Littlefield: Lanham, Maryland, 1998, 285 pp.

Grimberg, M., "Protesta social y salud: un abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud en el marco de la movilización social en la Argentina (2001-2003)", en M. Minayo y C. Coimbra Junior (editores), *Críticas e atuantes: ciencias sociais e humanas em saúde na America Latina*, Fiocruz, Río de Janeiro, 2005, pp. 375-390.

Keijzer, B., "Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento", en *Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na America Latina*, M.C.d. Souza Minayo y C.E.A. Coimbra Junior (editores), Editora Fiocruz, 2005, pp. 441-460.

Kickbusch, I., "A New Agenda for Health", en *Perspectives in Health*, vol. 9, núm. 2, 2004, Special issue on the millenium development goals. http://www.paho.org/English/DD/PIN/Number20_article02.htm Acceso: 12 de junio 2009.

King, G., *et al.*, "Public Policy for the Poor? A Randomised Assessment of the Mexican Universal Health Insurance Programme" en *The Lancet*, vol. 373, núm. 9673, 2009, pp. 1447-1454.

Kothari, U., "Power, Knowledge and Social Control in Participatory Development" en Cooke, Bill y Kothari, Uma (editors), *Participation: the New Tyranny?* Zed Books, London UK, 2001, pp. 139-152.

Kuruville, S., "Civil Society Participation in Health Research and Policy: A Review of Models, Mechanisms and Measures" en *Working Paper 251*, Overseas Development Institute, 2005, pp. 1-34.

Laurell, A.C., "What Does Latin American Social Medicine Do When it Governs? The Case of Mexico City Government" en *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 12, 2003, pp. 2028-2031.

Laurell, A.C., *Informe de trabajo 2001 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2001, 30 pp.

Leal, G. y C. Martínez, "Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México" en *Papeles de Población*, UAM, México, núm. 34, 2002, pp. 107-133.

Londoño, J. L. y J. Frenk, "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America" en *Health Policy*, volume 41, Issue 1, 1997, pp. 1-36.

Morlino, L., *Democracias y democratizaciones*, Centro de Estudios de Política Comparada, México, 2005, 321 pp.

Ornelas, C., "Descentralización de los servicios de educación y de salud en México" en G. E. y Cominett (Editores), *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, CEPAL, 1998, pp. 187-208.

Saan, H., "Retorno a Ottawa 1986" en *IUHPE-Promotion and Education*, Supplement 2, 2007, pp. 59-60.

Sager, T., "A Planning Theory Perspective on the EIA" en *EIA, Large Development Projects and Decision-Making in the Nordic Countries*, T. Hilding-Rydevik (editor), Stockholm, 2001, pp. 197-222.

Scriven, A., "Promoting Health: A Global Context and Rationale" en A. Scriven y S. Garman (editors), *Promoting Health: Global perspectives*, Palgrave, Basingstoke, 2005, pp. 1-13.

Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Informe de trabajo 2005 de la Secretaría de Salud del D.F.*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2005, 72 pp.

Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Informe de trabajo 2006 de la Secretaría de Salud del D.F.*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2006, 92 pp.

Secretaria de Salud del Distrito Federal, *Programa de Salud 2002-2006*, Gobierno del Distrito Federal, México, 2002, 58 pp.

Sligo, F. X., C. Massey, y K. Lewis., *What Are the Benefits of Interpersonal Communication Within Socio-Spatial Knowledge Networks?* en *ANZCA03 Conference*, Brisbane, 2003.

Tajer, D., *Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges* en *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 12, 2003, pp. 2023-2027.

Victora, C. y D. Peters, *Seguro Popular in Mexico: Is Premature Evaluation Healthy?* en *The Lancet*, vol. 373, núm. 9673, 2009, pp. 1404-1405.

World Health Organization, *Health for All in the Twenty-first Century*, en *Rev. Panam Salud Pública*, vol. 4, núm. 2, 1998, pp. 132-141.

World Health Organization, *World Health Report, 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva World Health Organization, 232 pp.

World Health Organization, *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*, W. H. Organization (editor), World Health Organization, 2008, 130 pp.

Ziccardi, A., *Espacios e instrumentos de participación ciudadana para las políticas sociales del ámbito local*, en A. Ziccardi (editor), *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM; Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; Instituto Nacional de Desarrollo Social, México, 2004, pp. 245-271.