

Políticas públicas de participación ciudadana como factor potenciador de la equidad en salud en Nuevo León

María Delia Téllez Castilla tellezdelia@yahoo.com.mx

Pedro Paul Rivera Hernández pedro_riverahdz@hotmail.com

Eje temático 12. Movimientos Sociales, Acción Colectiva, Ciudadanía y Sociedad Civil.

"Trabajo preparado para ser presentado en la 2^o Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Ciencias Políticas (AMECIP), organizado en colaboración con la Universidad Autónoma del Estado de México, en la ciudad de Toluca el 11, 12 y 13 de septiembre 2014"

Palabras clave: participación ciudadana, equidad en salud, políticas públicas.

El campo de la política, se ha vuelto más consciente de que el proceso de la política, de su elaboración y realización, es objeto de estudio por derecho propio, para intentar aumentar la racionalidad de las decisiones (Lasswell, 1951: 80). Convencionalmente se considera que el estudio de la política pública se refiere a las actividades del Estado en el seno de la sociedad y ello puede acometerse desde disciplinas diversas. La actuación o gestión pública es entendida como el conjunto de reglas y decisiones, de coordinación o motivación de acciones de las personas que están dirigidas a alcanzar unas determinadas metas o fines, mediante procedimientos y mecanismos contractuales, que corresponden a la organización estatal (Déniz, 2012: 25). Hablar de política pública es hablar del quehacer de todo gobierno, pero para actuar con responsabilidad hay que planear las acciones a realizar, desde el análisis y el diseño hasta la implementación y la evaluación de cada política pública que la administración decida realizar.

El proceso de formulación de políticas (PFP) incluye discusión, aprobación e implementación de las políticas públicas; con la participación de distintos actores políticos profesionales —presidentes, legisladores, gobernadores, burócratas, líderes de partido, jueces— así como también grupos privados, sindicatos, medios de comunicación y otros miembros de la sociedad civil (Banco Interamericano de Desarrollo, 2006: 18). La interacción que estos actores políticos desarrollen y el escenario en el que se desenvuelvan indudablemente incidirán directamente en el PFP. También es importante señalar que la variación de políticas durante los cambios de gobierno, en especial cuando no existe continuidad son un obstáculo para el desarrollo de los países.

No obstante las variaciones generadas por los cambios de gobierno, no llegan a ser verdaderas revoluciones, ni siquiera cambios drásticos, si bien tan solo es salir del paso o el llamado incrementalismo (Lindblom, 2007: 227) algunos autores sostienen que la única forma de avanzar es a través de pequeños pasos, tesis esencial del incrementalismo, sin embargo otros proponen los cambios radicales como la mejor vía para el cambio. Cabe señalar que no

existe una única forma correcta de lograr dichos cambios y que las políticas públicas implementadas por los gobiernos pueden combinar estrategias.

Pero hablar de los procesos políticos de construcción de políticas implica hablar de los actores sociales, cuya intervención no debe ser vista como mera tecnología de gobierno, sino en tanto ciudadanos, es decir, en tanto portadores de derechos. Llegados a este punto, habría que afirmar que la participación ciudadana en las políticas públicas está en el centro del asunto de la gobernanza –y, por tanto, en el centro de la relación entre gobierno y sociedad– en torno a tres dimensiones básicas: democracia, desarrollo y derechos (Canto Chac, 2008: 13). En México hemos visto, en lo que respecta a salud, que la vía utilizada en la mayoría de las ocasiones a sido la de salir del paso y por ende con una evolución paulatina. “Partimos de que la política pública no es solamente un campo de teorías, sino también una práctica que demanda habilidades específicas de los actores involucrados” (Mariñez Navarro, 2011: 24). Es por ello que tanto los actores, como sus acciones definen el rumbo de las políticas públicas y los resultados que éstas puedan generar. Es ésta la clave del éxito o fracaso de políticas públicas exportadas de otros contextos.

Por lo general, el desarrollo es visto como un efecto de las políticas públicas, pero no es habitual ubicarlo también como parte del proceso de elaboración de las políticas, quizá porque el círculo perverso desigualdad- pobreza-exclusión-desarticulación social genera, en palabras de Hirschman, la “salida” de los sectores sociales excluidos. Así pues, si la falta de desarrollo es un factor de ineficiencia de las políticas, para hacerle frente a esta restricción la participación democrática es un componente necesario pero no suficiente de la gobernanza. Se requiere también del desarrollo, así como romper un círculo vicioso que podría describirse de la siguiente manera: no alcanzamos el desarrollo porque no tenemos una adecuada participación en las decisiones públicas, y no hay una demanda participativa en la sociedad porque no contamos con el nivel de desarrollo necesario (Canto Chac, 2008: 20). Sin

embargo romper este círculo vicioso no es tarea fácil, pues el involucrar a la comunidad en los temas sociales y particularmente en los de salud es hasta hace poco un tópico tabú, en el sentido de dejar en manos de los expertos estas decisiones.

Lo público de las políticas, es lo de interés o utilidad común a todos, lo que atañe al colectivo, lo que concierne a la comunidad y, por ende, la autoridad de allí emanada, en contraposición a lo privado como aquello que se refiere a la utilidad y el interés particular (Rabotnikof, 2008: 28) . Así se habla de la salud pública como la salud de todos, la salud responsabilidad del Estado en contraposición con la salud específica de un ciudadano o el servicio de salud ofrecido por un particular.

El estudio de las políticas públicas se introdujo en el horizonte de la ciencia política y la administración pública mexicanas durante la década de los ochenta, al tiempo que tomaba forma una crítica demoledora al intervencionismo estatista, derrochador e ineficiente, en México se empezó a hablar de pluralismo, participación ciudadanan, elección pública y temas similares (Canto Sáenz, 2000: 232). Esta prestación de políticas públicas básicas incluye a la educación, la salud y el empleo entre otras muchas, pero como en general no cubren las necesidades satisfactoriamente y mucho menos alcanzan grados de mínimos de bienestar, los actores sociales tienen una baja confianza en sus instituciones públicas (Déniz, 2012: 40). Es importante hacer incapié en el hecho de que México tiene una conformación muy diversa, y ello repercute en las evaluaciones generales que sobre el país se realizan.

Las políticas sociales han sido instrumentadas como una forma de dar respuesta a las reacciones y efectos de la aplicación de políticas de aparente importancia para el desarrollo, como las llamadas políticas de ajuste fiscal, macroeconómicas y privatización, llegando a generar situaciones de pobreza mayor y exclusión social en América Latina (Avila Urdaneta, 2010: 527). No

obstante la política social es la intervención pública que incide en el bienestar de las personas, ya sea cambiando, manteniendo o facilitando sus condiciones de vida. Trata de mejorar el bienestar humano a través de la cobertura de las necesidades de los ciudadanos en aspectos como la educación, la salud, la vivienda y la protección social en general (Montagut, 2008: 19). Sin embargo, hablar de política social no es de ninguna manera hablar de caridad, si bien ese puede ser el origen del cual evolucionó. Actualmente su preocupación esencial es el proveer protección social.

Hacer valer los derechos de las personas requiere la existencia de ciertos mecanismos de control por parte de la ciudadanía. Estos pueden ser instrumentos de mercado, legales o de participación, Se requieren también ciertas condiciones para que estos instrumentos sean sostenibles. Por ejemplo, los mecanismos de mercado funcionan mejor en contextos en los que existe mejor información y una distribución más igualitaria de los ingresos; los mecanismos legales son más eficaces y equitativos cuando existe un estado de derecho más desarrollado, y los mecanismos de participación funcionan mejor en sociedades en las que existe una mayor cohesión social y confianza en las instituciones (Celedón & Noé, 2000: 100). Considerando todo ello el sector público mexicano debe fortalecer significativamente la gestión de sus recursos humanos para mejorar el diseño de políticas y garantizar que la prestación de servicios públicos sea más eficiente, efectiva y competitiva. La experiencia de los países de la OCDE muestra que una administración pública profesional fomenta el diseño y la implementación adecuados de las políticas públicas, la prestación efectiva de servicios, la rendición de cuentas, la capacidad de respuesta y la transparencia en el uso de los recursos públicos (OCDE, 2012: 18). Pero además de fortalecer los recursos humano, es indispensable fomentar la participación de la sociedad civil, la participación ciudadana, para que el espacio público de México sea un lugar de encuentro y se fomente con ello la democracia.

Un proceso participativo de definición de políticas habilita a las personas como ciudadanos conscientes de sus derechos, facilita que ejerzan posteriormente un efectivo control social sobre el sistema, e incrementa el capital social. En general, en los países de América Latina y el Caribe la formulación de políticas en el sector de la salud continúa realizándose de forma centralizada, con escasa participación de las personas y baja adecuación a la realidad local. (Celedón & Noé, 2000: 100). Regularmente la participación comunitaria en salud incluye: promoción para la puesta en marcha de programas de control epidemiológico o de inmunización planteados por la Secretaría de Salud, con el objetivo de crear un espacio para la organización de comités de salud orientados a responder a problemas de orden coyuntural (Arévalo, 2004: 114).sin embargo esta participación es generada en su mayoría verticalmente, es decir que el sector salud decide el cómo y el cuándo de la participación ciudadana.

En cuanto a las campañas de salud que involucran participación de las comunidades se encuentra que la casi totalidad de los municipios desarrolla alguna actividad. Se destacan en particular las acciones con los centros educativos, con grupos de la comunidad (barrios y veredas) y con beneficiarios de programas sociales. Este componente de impulso a la participación comunitaria es quizá el más desarrollado en los municipios, toda vez que tiene mayor antigüedad (Arévalo, 2004: 120). La salud constituye un derecho social fundamental de las personas y es parte del derecho a la vida, en el marco de un Estado democrático.

América Latina no es la Región más pobre del mundo, pero es la más desigual en la distribución de su riqueza. Además la población envejece aceleradamente y crece la epidemia de enfermedades crónicas y daños asociados a la violencia. Ello representa un importante retos para nuestras sociedades por el cambio de la pirámide demográfica, el aumento de la carga de enfermedades crónicas y las contradicciones que esta situación presenta a la organización tradicional del trabajo, la seguridad social y los servicios de salud, pensados

para una población más joven en la que prevalece problemas y condiciones agudas (Suárez Jiménez, 2010: 249).

Es la región más inequitativa del mundo en lo que se refiere a distribución de la riqueza; en consecuencia, no sorprende que también prevalezcan las desigualdades en materia de salud. Esta falta de igualdad y equidad en la salud constituye un grave problema de justicia, y en ello radica su importancia. Uno de los principales problemas de salud en los inicios del siglo XXI es la persistencia de desigualdades injustas, evitables e innecesarias. En estos últimos años muchos países lograron mejorar las condiciones de salud, observadas en el aumento de la esperanza de vida y mejorías de la supervivencia infantil, no obstante al desagregar los datos nacionales aparecen disparidades inquietantes por ejemplo en Sudáfrica la mortalidad infantil en los negros es cinco veces mayor que en los blancos (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2002: 3). Podemos concebir entonces que la equidad es un factor que aumenta la estabilidad social y la productividad económica, a la vez que disminuye la tensión y el conflicto; esta idea de equidad demanda a la sociedad a inclinar la toma de decisiones para favorecer la equidad y no la inequidad (Arteaga, Thollaug, Nogueira, & Darras, 2002: 375). Pero como es sabido, la sola operación del mercado no garantiza la equidad ni la eficiencia en la función de financiamiento del sistema de salud. Por ello, la acción del Estado y la participación y control por parte de los ciudadanos son fundamentales para un eficiente desempeño de esta función (Celedón & Noé, 2000: 101).

Los países Latinoamericanos están tratando de adaptarse a la globalización económica emprendiendo procesos de reforma y reestructuración como la modernización del aparato público, la descentralización político-administrativa y la participación ciudadana (Perez Lugo, 2007: 44). Casi todos los países de América Latina asumen la descentralización como estrategia para fortalecer su democracia interna y hacer más eficiente su gestión pública y accesible al alcance de sus objetivos de desarrollo y del milenio, entre las políticas públicas

a descentralizar están las políticas sociales, educativas y de salud (Avila Urdaneta, 2010: 528). La descentralización del sistema de salud mexicano es un modelo de estadalización de la salud, toda vez que a partir de 1996 se le otorga mayor autonomía a los estados, en la formulación de políticas y el otorgamiento de recursos es un federalismo; mientras que el nivel central se abroga la función normativa en materia de salubridad general (Avila Urdaneta, 2010: 536).

Empero, la oferta de servicios de salud en México sigue siendo fragmentada, con un sector privado grande y en su mayor parte no regulado, y un sector público dividido en varias instituciones integradas verticalmente que financian y ofrecen atención médica a distintos segmentos de la población (OCDE, 2012: 33). Mientras el país no logre unificar criterios y posteriormente servicios, será difícil brindar la tan anhelada universalidad de los servicios de salud.

El concepto de salud estuvo dominado durante muchas décadas por un enfoque biológico que centró sus acciones en el desarrollo de estrategias individuales, que desconocieron en gran medida la influencia de lo social. No obstante, conferencias internacionales organizadas por la ONU como las de Alma Ata, la Conferencia de Ottawa, la de Yakarta, entre otras, reivindicaron el papel que deben cumplir tanto el Estado como los colectivos en el mejoramiento de las condiciones de vida y en la búsqueda de alternativas de solución para sus principales necesidades de salud. De esta manera, surge un concepto de empoderamiento ciudadano, que dirige sus esfuerzos hacia estrategias de participación social y de trabajo intersectorial como alternativa para la resolución de las principales inequidades en salud (Carmona Moreno, Roza Reyes, & Mogollón Pérez, 2005: 75).

La equidad en salud no es un tema que corresponda única y exclusivamente al sector médico. Para lograr la tan anhelada equidad es necesario incluir los aspectos sociales, legislativos, políticos y económicos entre otros. No es

tampoco un tema exclusivo de países pobres, pues en los países ricos también puede haber inequidad en salud. Por tanto podemos señalar que el tema es multidisciplinario e internacional. Si bien es relativamente reciente la inclusión de este tema en la agenda de los gobiernos, que cobró importancia mundial en últimas fechas, no son pocos los investigadores que están tratando de identificar, cuáles son los conceptos fundamentales que deben analizarse para lograr al menos disminuir las inequidades en salud y con ello aumentar la calidad de vida de la población, y que ésta pueda disfrutar de una vida feliz.

Si ningún país tiene como programa de gobierno la inequidad ¿por qué es tan persistente y generalizada la inequidad de salud? Si todos tienen como meta la equidad, independientemente de que sean países pobres, de medianos recursos o países desarrollados, porque no pueden conseguirla. Los organismos de la ONU sostienen que la causa raíz de la enfermedad es la pobreza tanto en el ámbito internacional como el nacional y que la visión con la que hay que abordar a la equidad es la macroscópica, pues la solución global de la inequidad está en este nivel (Sonis, 2000: 360). De manera coincidente, los cambios en la estructura de poder de muchas naciones, el reconocimiento del impacto de la pobreza como uno de los factores generadores de desigualdades sociales en salud, llevaron al replanteamiento de muchas de la políticas públicas internacionales, que hasta ese momento habían hecho hincapié en lo medicalizante, para dar lugar a un modelo de promoción de la salud centrado en el favorecimiento de la equidad, de la participación comunitaria y del trabajo intersectorial. La promoción de la salud se convierte así en una estrategia institucionalizada que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de la personas de hacer frente a los problemas. (Carmona Moreno, Rozo Reyes, & Mogollón Pérez, 2005: 71).

La participación comunitaria en el ejercicio del control resulta fundamental no sólo para la transparencia de la gestión pública sino también para la construcción de tejido social y el fortalecimiento de la democracia. La integración de los ciudadanos a través de los mecanismos de participación y

control social, permite que cada persona se reconozca como ciudadano y en esa medida comprenda sus derechos y sus deberes. De allí que la población podrá generar nuevos compromisos para contribuir al desenvolvimiento del sistema (Arévalo, 2004: 110). Pero hablar de participación ciudadana en los asuntos públicos encierra una paradoja sintetizada en dos puntos: por un lado, un elevado optimismo discursivo sobre los alcances de esta participación; pero, por el otro, una escasa intervención real de la ciudadanía en las políticas públicas, derivada seguramente de la precariedad de las condiciones sociales básicas para el ejercicio de los derechos del ciudadano (Canto Chac, 2008: 10).

Empero, para hablar de sociedad civil en un sentido democrático, es requisito que éstas estén fuera de la tutela estatal; es decir que la sociedad civil surge cuando puede estructurar y coordinar la acción de las asociaciones que la conforman. Complementariamente, la fuerza de la sociedad civil se mide por la cohesión asociativa y por la capacidad de resistir el intento de ser incorporada por los agentes estatales y por las fuerzas del mercado (Fernández Santillán, 2007: 34). Haciendo hincapié en que la democracia incluye sociedad y Estado como dos entes independientes y nunca subordinados uno al otro. Dos entes que interactúan y se complementan respetándose ambas esferas. No es deseable que la esfera estatal manipule a la sociedad civil, como tampoco se espera que la sociedad civil actúe nulificando al Estado.

Es importante considerar las posibilidades de la capacidad organizativa de la población para generar participación ciudadana en un contexto de creciente deterioro de las condiciones sociales y para influir en las decisiones sobre el desarrollo social. Esta consideración nos fuerza a tomar en cuenta no sólo la efectividad de la democracia, sino también la efectividad del desarrollo como causa y consecuencia de la participación ciudadana en las políticas públicas (Canto Chac, 2008: 12). Los niveles de participación son, partiendo del más bajo al de mayor grado: información, consulta facultativa, elaboración y recomendación de propuestas (iniciativa), fiscalización, concertación, co-

gestión y toma de decisiones, y la autogestión (Delgado Gallegos, Vazquez Navarrete, Zapata Bermúdez, & Hernán García, 2005: 699). Sin embargo, al considerar la información disponible se encuentra que en general las organizaciones comunitarias son de reducido tamaño: las asociaciones de usuarios se ubican mayoritariamente en el rango de menos de 10 miembros en todas las categorías de municipios, sólo en caso de los grandes municipios se encuentran asociaciones de más de 25 miembros (Arévalo, 2004: 121). No obstante todas estas formas de participación, como se puede observar, en México el involucramiento ciudadano es bastante deficiente sea éste por autoexclusión o por la escasa apertura del sistema de salud.

La participación como empoderamiento implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información, y por tanto, para poder participar efectivamente se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la tecnología. La participación también se entiende como actitud de solidaridad, de diálogo y preocupación por la gestión de la vida colectiva. Actitud democrática de quien gobierna, que permita escuchar a los ciudadanos, darles protagonismo en la vida de las instituciones democráticas. Además, la participación se define como actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, de defender intereses comunes, de influir de manera directa en los poderes públicos ganando así poder político. Siendo muchas las definiciones teóricas del concepto, todas poseen en común el reconocimiento del control político que se puede alcanzar si se participa de manera autónoma, conciente y organizada (Delgado Gallegos, Vazquez Navarrete, Zapata Bermúdez, & Hernán García, 2005: 699).

De una revisión de la literatura se encuentra que existen dos modelos teóricos que intentan explicar las variables sobre la participación ciudadana. Primeramente se encuentran las teorías de la elección racional de la ciudadanía. Según este modelo, los individuos actúan en función del costo-beneficio de su participación (utilitarismo). Dentro de este modelo se pueden

encontrar dos teorías: la teoría de la participación cognitiva, según la cual la participación depende del acceso que tenga el ciudadano a la información sobre política y gobierno, y de su deseo de utilizar esa información para participar de manera informada; y la teoría general de los incentivos, en la que el individuo participa y tiene valores cívicos positivos si cuenta con varios tipos de incentivos para hacerlo: colectivos, sociales, de grupo, selectivos y expresivos. El otro modelo es el de las teorías estructurales de la ciudadanía, según el cual la participación ciudadana es producto de fuerzas de macro nivel social y no de elección individual. Dentro de este modelo se tienen tres teorías. Según la teoría del voluntarismo cívico, la participación está determinada por el status social del individuo (su trabajo, educación o ingresos económicos). La teoría de la equidad y la justicia social sostiene que los individuos se comparan entre sí con otros grupos de la misma categoría y, si esa comparación tiene resultados desfavorables en sus expectativas de vida, se produce una frustración o agresión, lo cual origina que el individuo se movilice para reclamar mejores condiciones sociales. Finalmente, teoría del capital social tiene como idea principal que la confianza entre los individuos es la que determina que los ciudadanos trabajen juntos para encontrar soluciones a problemas comunes (Ramírez Viveros, 2012: 104).

La participación ciudadana en materia de salud ha sido entendida de diversas formas: La participación como beneficiario de la atención en salud, siendo esta la forma más rudimentaria de interpretación. La participación como contribución a la promoción de la salud, incluyéndolos como voluntarios a determinados programas, pero manteniendo la verticalidad entre el Estado y las personas vistas como una herramienta que facilita la acción. La participación comunitaria, interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. El objetivo de la organización es, además de la obtención de recursos de la comunidad, transmitir conocimientos y capacitar a la población para que se transforme en un agente activo de su desarrollo. Y finalmente una visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la

calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud (Celedón & Noé, 2000: 99). Según se menciona en la ley orgánica de la administración pública para el estado de Nuevo León en su Artículo 27.- La Secretaría de Salud es la dependencia encargada de la coordinación del Sistema Estatal de Salud, así como de impulsar integralmente los programas de salud en el Estado, y le corresponde entre otros asuntos: el promover e impulsar la participación de la comunidad en la realización de programas orientados al cuidado de la salud.

Para desarrollar los conceptos de promoción de la salud es necesario ubicarse dentro de los enfoques o abordajes del proceso salud-enfermedad, en la medida en que como fenómenos sociales el primero se encuentra afectado por la filosofía y la práctica del segundo. Con Galeno, médico griego de la Roma imperial, la higiene toma significado como promotora de la salud, la cual estaba centrada en el cultivo y el cuidado del cuerpo, que en términos modernos se podría asociar con estilos de vida saludables. El enfoque del autocuidado se inserta dentro de la perspectiva de promoción de la salud como promoción de estilos de vida saludable, en la medida en que se define estilo de vida como la relación con las experiencias colectivas e individuales y con las circunstancias vitales, al igual que patrones de elección o patrones de conducta hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con la que pueden elegir unas y otras. Así, el enfoque se centra en modificación de la conducta por motivos de salud (Carmona Moreno, Roza Reyes, & Mogollón Pérez, 2005: 69-70).

En general, la prestación de servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe se caracteriza por un modelo mixto y segmentado, en el cual los prestadores públicos atienden a la población de mayor riesgo y de menores ingresos y presentan problemas de gestión y de eficiencia propios de

organizaciones que operan en un contexto burocrático, con escasa competencia y falta de control efectivo por parte de la administración, a lo que se agrega, una falta de recursos para el sector. Otro elemento que dificulta la gestión de los hospitales y consultorios públicos es el excesivo centralismo en las políticas de gestión de los recursos humanos y financieros. Por su parte, los prestadores privados operan en un contexto de mayor flexibilidad, lo que les permite adecuarse más fácilmente a las demandas de los usuarios (Celedón & Noé, 2000: 102). Una forma de describir el sistema mexicano de salud es dividiéndolo en tres componentes: la seguridad social, la secretaría de salud y el sector privado. El primer componente atiende a poco más del 40 % de la población e incluye principalmente al IMSS que tiene a su cargo a los empleados de la economía formal. El segundo componente atiende alrededor del 50 % de la población —en su mayoría pobres del campo y la ciudad— e incluye a las instituciones que brindan servicios a la población no asegurada especialmente la propia secretaría de salud. El tercer componente es el sector privado —incluye aseguradoras privadas, clínicas, consultorio y hospitales particulares— en su mayoría sobre una base lucrativa.

Dada la insatisfacción general de los ciudadanos con el sector de la salud, se han realizado esfuerzos orientados a recoger la opinión de los ciudadanos y a establecer un mayor control sobre los prestadores de servicios de salud. En el sector público de la salud este control se ha ejercido a través de diversos mecanismos, entre ellos la implementación de sistemas de información y reclamación, la realización de encuestas de opinión y el establecimiento de compromisos sobre cobertura, calidad y oportunidad del servicio (Celedón & Noé, 2000: 102).

La globalización conlleva una serie de beneficios desde el punto de vista del desarrollo y crecimiento económico para algunas naciones, pero propicia las grandes desigualdades sociales, en la medida en que favorece mayores condiciones de pobreza para algunos países. En lo que respecta a la población, las precarias condiciones socioeconómicas, asociadas con el bajo

nivel educativo, con las dificultades para la alimentación y con el acceso a los servicios sociales, propician no sólo el deterioro de sus condiciones de salud, sino que de igual manera se constituyen en favorecedores de su exclusión social, toda vez que la situación de pobreza incide directamente en el sector salud (Carmona Moreno, Rozo Reyes, & Mogollón Pérez, 2005: 74).

Recapitulando el tema de la equidad se puede mencionar que la falta de equidad en salud es una consecuencia de procesos sociales como ingresos insuficientes, desocupación, un nivel de vida precario, diferencias en función del género, origen étnico y grupo de edad, consecuencias todas de la estructura social. No se pretende decir con esto que es necesario cambiar totalmente la estructura social para hacer menos desigual la salud de las poblaciones; pero suponer que la desigualdad y la inequidad en salud desaparecen con los nuevos modelos meritocráticos, que dividen el derecho ciudadano a la salud en aquellos que pueden pagar o tienen un cierto sistema de seguridad social y aquellos que carecen de seguridad social, es soñar con un imposible (Eibenschutz, Tamez, & Camacho, 2008: 123).

Sin embargo se tienen avances significativos en materia de equidad en salud, toda vez que la participación ciudadana es pieza clave para el buen desarrollo de ésta, y si bien la participación ciudadana en salud no ha cubierto todos los niveles deseados, tiene avances significativos en los niveles rudimentarios como la información y promoción. No obstante falta mucho por hacer en los niveles superiores como la autogestión por ejemplo, sin embargo el estado de Nuevo León se mantiene dentro del grupo de entidades con amplia participación ciudadana, ahora lo que sigue es escalar a modelos más eficientes, que permitan una participación más activa y lograr con ello una mejoría en la equidad en salud.

Referencias

- Arévalo, D. A. (2004). Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev. salud pública*, 6(2), 107-139.
- Avila Urdaneta, M. (2010). La salud en el paradigma de la descentralización en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XVI(3), 526-543.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2006). *La política de las políticas públicas*. México: Editorial Planeta.
- Canto Chac, M. (2008). Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo. *Política y Cultura*(30), 9-37.
- Canto Sáenz, R. (2000). Políticas públicas. Más allá del pluralismo y la participación ciudadana. *Gestión y Política Pública*, IX(2), 231-256.
- Carmona Moreno, L. D., Roza Reyes, C. M., & Mogollón Pérez, A. S. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Rev. Cienc. Salud*, 3(1), 62-77.
- Celedón, C., & Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Publica*, 8(1/2), 99-104.
- Delgado Gallegos, M. E., Vazquez Navarrete, M. L., Zapata Bermúdez, Y., & Hernán García, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*, 79, 697- 707.
- Déniz, J. (2012). *Políticas públicas y actores del desarrollo. Reflexiones generales*. En Vidal, G. y Déniz, J. (Dir.). *Actores del desarrollo y Políticas Públicas*. México: Fondo de cultura económica.
- Eibenschutz, C., Tamez, S., & Camacho, I. (2008). Desigualdad y políticas sociales erróneas producen inequidad en México. *Rev. Salud Pública*, 10 (1), 119-132.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Washington: The Rockefeller foundation/Organización Panamericana de la Salud.
- Fernández Santillán, J. (2007). *Democracia y sociedad civil*. En Mariñez Navarro, F. *Ciudadanos, decisiones públicas y calidad de la democracia*. México: Limusa.
- Lasswell, H. (1951). *La orientación hacia las políticas*. En: Luis Aguilar. *El estudio de las políticas públicas*. México: Porrúa.
- Lindblom, C. (2007). *Todavía tratando de salir del paso*. En Aguilar, L. *La hechura de las políticas*. México: Porrúa.
- Mariñez Navarro, F. (2011). *Hagamos entre todos la política pública*. México: Porrúa.

- Montagut, T. (2008). *Política social*. Barcelona: Ariel.
- OCDE. (2012). *Serie "Mejores políticas" México mejores políticas para un desarrollo incluyente*. México: Organización para la cooperación y el desarrollo económico.
- Pérez Lugo, J. (2007). La necesaria reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Gaceta laboral*, 13(1), 43-57.
- Rabotnikof, N. (2008). *Discutiendo lo público en México*. En Merino, M. *¿Que tan público es el espacio público en México?* México: Fondo de cultura económica.
- Ramírez Viveros, J. M. (2012). La política pública de participación ciudadana en el gobierno local: caso Alcobendas, España. *CONfines*, 8, 101-131.
- Sonis, A. (2000). Discurso del Dr. Abraam Sonis, ganador del Premio Abraham Horwitz 2000 para la Salud Interamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(5), 359-362.
- Suárez Jiménez, J. M. (2010). Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 248-254.