



Revista de Saude Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Nigenda-López, Gustavo H; Juárez-Ramírez, Clara; Ruiz-Larios, José A; Herrera, Cristina
M

Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano
en México

Revista de Saude Pública, vol. 47, núm. 1, febrero, 2013, pp. 44-51

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240204007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Gustavo H Nigenda-López^I

Clara Juárez-Ramírez^{II}

José A Ruiz-Larios^{III}

Cristina M Herrera^{IV}

Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México

Social participation and quality of health care: the experience of citizens' health representatives in Mexico

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la experiencia del aval ciudadano en el sistema de salud mexicano en la mejora de los servicios de salud.

METODOS: Estudio de corte cualitativo en ocho estados de México en 2008. Se evaluaron diferentes aspectos del programa nacional para mejorar la calidad de los servicios de salud. Se compara la estrategia de México con otras experiencias en América Latina.

RESULTADOS: Se exponen los avances y problemas del funcionamiento del aval ciudadano, figura que promueve la participación social en salud de la población.

CONCLUSIONES: El aval ciudadano es una figura con gran potencial para representar a los usuarios en los servicios de salud y transmitir sus demandas de mejora de la calidad de la atención médica.

DESCRIPTORES: Calidad de la Atención de Salud. Participación Comunitaria. Participación Social. Investigación Cualitativa.

^I Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Harvard Global Equity Initiative. Boston, USA

^{II} Dirección de Innovación de Servicios y Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

^{III} Dirección de Innovación de Servicios y Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

^{IV} Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio de México A.C. México D.F.

Correspondência | Correspondence:

Clara Juárez Ramírez
Instituto Nacional de Salud Pública
7^a cerrada de Fray Pedro de Gante 50
Col. Sección XVI
C.P. 14000
Tlalpan D.F.
E-mail: clara.juarez@insp.mx

Recibido: 10/11/2011
Aprobado: 8/7/2012

Artículo disponible en español y inglés en:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: This article describes the experience of the *aval ciudadano* (“Citizens’ Representative” (CR) in improving the Mexican health care system.

METHODS: This is a qualitative study which took place in eight Mexican states in 2008. It evaluates different aspects of a nationwide program to increase the quality of health care services (National Crusade for Quality in Health Services). The Mexican strategy is compared with experiences in other Latin American countries.

RESULTS: In this paper, there is the description of achievements and problems encountered by the CR in promoting social participation in the health of the population.

CONCLUSIONS: The CR has great influence when representing health service users and passing on their demands for improvements to health care quality.

DESCRIPTORS: Quality of Health Care. Social Participation. Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

El *aval ciudadano* (AC) es una estrategia institucional de participación social en salud en México, promovida para fomentar la confianza de usuarios de servicios médicos en instituciones de salud públicas y privadas. La estrategia fue implementada en 2001 en el marco del programa nacional para mejorar la calidad de los servicios de salud: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS). El AC puede ser una persona, grupo o institución académica que se incorpora a vigilar el proceso de mejora de los servicios de salud.^a Es elegida en función de su reconocimiento y prestigio social en el contexto local, para fungir como garante de un buen servicio de salud. La figura del AC en la actualidad está ligada al proceso de implantación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS),^b el cual tiene como antecedente inmediato las reformas de salud iniciadas en México en la década de los 80 y que en 2003 derivaron en su creación.¹⁸

El Seguro Popular fue diseñado como un seguro voluntario con tres fuentes de financiamiento: a) federal; b) estatal y c) familiar. La federación transfiere recursos económicos a los estados del país y los estados se responsabilizan de proveer una parte del financiamiento para garantizar la prestación de un paquete de servicios de 277 intervenciones médicas.^c El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos cubre la prestación de

intervenciones que requieren atención hospitalaria de alta especialidad. Afiliarse al SPSS tiene un costo para las familias, sin embargo los deciles más bajos de ingreso (95% de la población afiliada) se encuentran eximidos del pago.

Para recibir recursos del Seguro Popular, las unidades de atención deben pasar por un proceso de acreditación que consiste en verificar la capacidad, seguridad y calidad con los que establecimientos de salud prestan sus servicios, además de contar con la figura del AC.^d Idealmente el AC garantizaría el monitoreo permanente del servicio, buscando informar a los afiliados sobre sus derechos como usuarios en un doble sentido: como garantía ciudadana y como derecho a la atención médica específica que otorga el SPSS a sus afiliados.^e

Este interés por la protección al ciudadano se expresa en la lógica de asignación financiera *per-cápita* que busca sustituir los “subsidios a la oferta” por los “subsidios a la demanda”, teóricamente permiten a los pacientes aumentar su capacidad de decidir qué tipo de prestador de servicios de salud prefieren. Este esquema supone un usuario de servicios informado, capaz de expresar su opinión y a un agente de asignación financiera capaz de responder a sus necesidades manifiestas.

^a Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México (DF); 2001 [citado 2012 feb 18]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf

^b Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular. México (DF); 2013 [citado 2013 feb 18]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>

^c Secretaría de Salud, Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. Seguro Popular: catálogo universal de servicios de salud 2010. México (DF); 2010.

^d Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Programa de Acción Específico: Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012. México (DF); 2007.

^e Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Carta de derechos y obligaciones de los afiliados al Seguro Popular. México (DF); 2009.

En el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2010,¹² la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluye que el mecanismo para lograr la cobertura universal de salud en los países de ingresos bajos y medios es la participación social en el esquema de prepago. El Informe de 2008¹³ señalaba que el atraso de los países en impulsar políticas públicas que favorecieran la colaboración de la población con el sector salud es una de las explicaciones de la inequidad en esa área. Recomendaciones similares ocurren desde la declaración de Alma Ata en 1978.¹⁴

Existen diversos marcos de referencia sobre participación social o ciudadana y calidad de la atención.^{3,8,10,15,16,22} El primer concepto de esta investigación se ubica en el marco de promoción de la salud, el cual integra la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS). La población debe manifestar sus opiniones en torno a la atención médica recibida para generar un ambiente más amable, orientado a fomentar la calidad de vida del usuario.^f De Roux⁴ diferencia cuatro tipos de participación social: colaboración, cogestión, autogestión y negociación. Colaboración se refiere al acercamiento de las personas a las actividades de salud para ayudar a cumplir metas. La cogestión supondría una mayor intervención de la población en la toma de decisiones y por lo tanto un mayor grado de participación y democracia. La autogestión constituiría una forma más independiente en las acciones realizadas, fomentando procesos tendientes a la autonomía, sin el apoyo gubernamental. En la Negociación, la participación se promovería desde el estado debido a que supone un diálogo constante entre demandas de la población y respuestas institucionales.

Donabedian^{5,6} distingue tres aspectos relevantes para garantizar calidad en la atención médica: a) recursos técnicos; b) ambiente físico de la atención y c) manejo de la relación interpersonal. Esta investigación buscó generar evidencia para responder a la pregunta sobre si el tipo de participación ciudadana, fomentada al incluir la figura del AC para el monitoreo de la calidad de la atención en las unidades médicas, se orienta hacia la cogestión/autogestión, o se encauza solamente hacia la colaboración con los servicios de salud sin una perspectiva crítica de la calidad de los servicios. Es decir, si la participación social vía el AC funciona como garantía de calidad de la atención médica, o por el contrario, es garantía de legitimación de una política para apoyar un programa de salud.

El objetivo de este artículo fue analizar la experiencia del *aval ciudadano* en el sistema de salud mexicano en la mejora de los servicios de salud.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio cualitativo-interpretativo. La recolección de información indagó la experiencia de los

actores mediante la comprensión de sus narrativas.^{19,20} La recolección de datos se realizó durante 2008 en ocho estados de México. Las unidades de observación fueron centros de salud que otorgan atención ambulatoria de primer nivel. Se eligieron dos por estado, uno acreditado y otro no acreditado en zonas rurales y urbanas, para contrastar la situación de aquellas unidades que contaban con AC en comparación con las que no contaban con él.

Se privilegiaron fuentes de información primarias. En cada centro de salud, se eligieron tres tipos de informantes, los cuales aportaron datos de acuerdo con su experiencia en el nivel de análisis buscado: a) Avales Ciudadanos; b) Personal de salud y c) Usuarios afiliados y no afiliados al Seguro Popular, los cuales se correspondían con las unidades acreditadas y las no acreditadas, respectivamente.

Se utilizaron tres tipos de técnicas de recolección de información: entrevistas individuales semi-estructuradas (con médicos y enfermeras), entrevistas grupales (con los usuarios) y observación no participante. Para cada técnica, se diseñaron guías de entrevista y de observación.

En total se visitaron 16 centros de salud. Se entrevistaron ocho avales ciudadanos, 14 enfermeras y cuatro médicos. Participaron 80 usuarios de servicios de salud en 16 entrevistas grupales. Se elaboraron 16 reportes de observación no participante.

Las entrevistas fueron audio grabadas con la previa autorización de los participantes. Los audios fueron transcritos y se elaboraron archivos de texto. El análisis de la información recolectada se realizó siguiendo la técnica de análisis del discurso.²¹ Para ello, se diseñó un listado de categorías temáticas, con las cuales se elaboraron matrices de concentrado de información para cada uno de los niveles de análisis.

Para la interpretación de los hallazgos, se construyeron categorías. Para los AC: perfil del AC; funciones en los centros de salud; rol en las unidades médicas. Para los usuarios: perfil de los usuarios; significado de la calidad de la atención; problemas frecuentes en el centro de salud; mecanismos de participación. Para el personal de salud: opinión sobre la participación del AC; dificultades para proporcionar una mejor atención médica. Como complemento a los testimonios, la observación no participante recuperó las categorías para dar cuenta de la dinámica en la unidad médica: infraestructura de la unidad médica; trato del personal de salud hacia los usuarios; número y tipo de recursos humanos.

Se cuidaron aspectos éticos en el trabajo con humanos, cumpliendo normas éticas de la Declaración de Helsinki. Las Comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad

^f Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Washington (DC); 1986.

del Instituto Nacional de Salud Pública aprobaron el diseño de la investigación el 25 de octubre de 2007.

RESULTADOS

Las personas que participaban como AC provenían de diversos ámbitos: los de zona rural eran mujeres dedicadas a su hogar, con escolaridad promedio de educación básica, tenían experiencias previas de participación comunitaria y destacaban por haber colaborado en diferentes comités de salud; los de zonas urbanas eran personas con mayor escolaridad.

Los AC recibieron el encargo por tres diferentes vías: participación voluntaria, designación del personal de salud y por acuerdo interinstitucional. En el primer caso, los AC decidieron formar parte del proyecto de mejora de la unidad médica y asumieron tareas encomendadas por la convicción de que la atención a los usuarios debía mejorarse. Los AC de Veracruz y Zacatecas se encontraron en esta modalidad, casualmente en unidades médicas de zona rural no acreditadas que formalmente no deberían contar con la figura de AC, y sin embargo participaban como parte del entrenamiento del proceso de acreditación. Los que fueron designados por el personal de salud eran la mayoría (cuatro), dos en zona rural y dos en zona urbana. Estos AC eran menos activos que los de la primera modalidad. La designación por acuerdos interinstitucionales es una forma avanzada del encargo: se trata de la contribución de organizaciones académicas para realizar el papel de “observadoras” de las buenas prácticas del sistema estatal de salud. Esta modalidad fue identificada en los estados de Chihuahua y Sinaloa (Tablas 1 y 2).

Las funciones y actividades que les correspondía desempeñar a los AC eran: aplicar periódicamente una

encuesta para conocer la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud brindados, escuchar sugerencias de los pacientes y detectar carencias de infraestructura en las unidades de salud mediante la instalación de un buzón de quejas y sugerencias, realizar un plan anual de trabajo, coordinar actividades con otros AC del estado, difundir estrategias de la CNCSS y promover los derechos de los pacientes.

El seguimiento de estas tareas se realizaba de acuerdo a las posibilidades y recursos de cada AC. En la mayoría de los casos, estaba dedicada a la búsqueda de cooperación de los usuarios para evaluar el servicio médico mediante un “buzón de quejas y sugerencias” colocado en cada unidad. El alcance de sus actividades dependía de su propia iniciativa, no respondía a acciones planeadas, las unidades médicas no contaban con recursos económicos para destinárselos a apoyar estas actividades. La labor del AC dependía del nivel de compromiso individual que asumía con su rol.

Entre las principales dificultades encontradas para que la unidad médica funcionara mejor, destacan el desabasto de medicamentos tanto en las unidades acreditadas como no acreditadas; la resistencia al cambio del personal de salud (particularmente los médicos); infraestructura deficiente y desconfianza hacia el personal de salud (Tabla 3).

El perfil de los usuarios que participaron en las entrevistas grupales coincidió en dos características comunes: casi todos estaban afiliados al SPSS, y el centro de salud era su única opción de atención médica. El promedio de integrantes por grupo fue de cinco personas, la mayoría mujeres, de 18 hasta 60 años. El participante con menor educación escolar tenía educación básica incompleta, el de mayor escolaridad,

Tabla 1. Exploración en zona urbana: Baja California Sur, Sinaloa, Durango, Estado de México, 2008.

Tipo de informante	Tipo de unidad	Entrevistas individuales AC	Entrevistas grupales	Reportes de observación
Aval ciudadano	Centro de salud Acreditado Zona urbana	4	-	-
Personal de salud	Centro de salud Acreditado Zona urbana	6	-	-
	Centro de salud Acreditado Zona urbana	4	-	-
Afiliados al Seguro Popular	Centro de salud Acreditado Zona urbana	-	4	4
	Centro de salud No Acreditado Zona urbana	-	4	4
Total zona urbana		14	8	8

Tabla 2. Exploración en zona rural: Chihuahua, Veracruz, Zacatecas, Guerrero, 2008.

Tipo de informante	Tipo de unidad	Entrevistas individuales AC	Entrevistas grupales	Reportes de observación
Aval ciudadano	Centro de salud No acreditado Zona rural	4	-	-
Personal de salud	Centro de salud Acreditado Zona rural	4	-	-
	Centro de salud No acreditado Zona rural	4	-	-
Afiliados al Seguro Popular	Centro de salud Acreditado Zona rural	-	4	4
	Centro de salud No acreditado Zona rural	-	4	4
Total productos zona rural		12	8	8

Tabla 3. Dificultades para el buen funcionamiento de los centros de salud en ocho estados de México, 2008.

Estados	BCS	Sinaloa	Durango	Estado de México	Guerrero	Chihuahua	Veracruz	Zacatecas
Tipo de unidad	CSU	CSU	CSU	CSU	CSR	CSR	CSR	CSR
Categorías	A	A	A	A	NA	NA	NA	NA
Resistencia al cambio del personal médico y administrativo para involucrarse en las acciones de calidad de la atención.	X		X					
El personal médico no otorga un trato digno a los usuarios.	X		X				X	
Insuficiencia de abasto de medicamentos.				X			X	X
Infraestructura deficiente en los centros de salud.	X	X		X				X
Desconfianza de los usuarios en torno a la atención médica "gratuita".				X	X			

CSU: Centro de Salud Urbano; CSR: Centro de Salud Rural; A: Acreditado; NA: No acreditado

estudios universitarios. Los usuarios de zona urbana tuvieron mayor escolaridad en comparación con los de zona rural. Los usuarios coincidieron que la calidad de la atención "consistía en recibir un buen trato, recibir explicaciones del personal de salud sobre su enfermedad, conocer el tratamiento a seguir y ser atendido en instalaciones limpias".

Los participantes de zonas urbanas señalaron como problema frecuente en los centros de salud: largos tiempos de espera para la consulta, carencia de

medicamentos y falta de servicios, por ejemplo unidades de atención dental. La dificultad más frecuente señalada en las zonas rurales fue la falta de personal de salud capacitado. Otra queja fue la ausencia de laboratorios clínicos cercanos que les implicaba gastos imprevistos.

Sobre los mecanismos de participación en el ámbito urbano, la mitad de los entrevistados coincidieron en que había un buzón de quejas instalado en su unidad pero desconocían la existencia del mecanismo para utilizarlo. En la zona rural, casi todos señalaron

desconocer la estrategia de mejora de la calidad de la atención y la posibilidad de utilizar los buzones.

Los profesionales de la salud que laboraban en centros de salud acreditados de la zona urbana señalaron la colaboración de los AC en la aplicación de encuestas de satisfacción de los usuarios, lo cual ayudaba a monitorear la calidad en el servicio. Sin embargo, no conocían con suficiencia la estrategia de la CNCSS ni señalaron en qué beneficiaría a la unidad en el futuro.

“...Siento que ha habido un buen cambio, antes los pacientes no conocían sus derechos. En una negligencia no sabían donde quejarse, antes el personal trataba mal a los indígenas, ahora ya no...” (PS, EdoMex-UA)

Los informantes de unidades no acreditadas señalaron dificultades para encontrar colaboradores que fungieran como AC entre los usuarios, y se quejaron de la falta de participación de la población en las zonas rurales.

La falta de capacitación sobre calidad de la atención, la insuficiencia de recursos humanos en la unidad médica y la deficiencia en la estructura de las unidades, eran los principales obstáculos para proporcionar atención médica de mayor calidad en ambos contextos. El personal de enfermería coincidió en la necesidad de tener reconocimiento a su trabajo que lo motivara a mejorar su práctica. Asimismo, se enfatizó en la rotación frecuente de los médicos, en la falta de instrumental adecuado y en el desabasto de medicamentos.

Los centros de salud acreditados tenían mejor infraestructura que los no acreditados. Se observó una diferencia importante en las unidades de zona urbana en comparación con las rurales en términos de oferta de servicios. En las primeras, existía mayor número de consultorios médicos, atención de especialidades como ginecología, odontología y pediatría. En el contexto rural, se identificó solamente una unidad que contaba con dos consultorios donde se practicaba únicamente medicina preventiva. Fue posible constatar falta de medicamentos, de material de curación y de otros insumos básicos para la atención de los usuarios en los espacios destinados a la farmacia en las unidades no acreditadas.

Se constató un buen trato hacia los pacientes, aunque se apreciaron conductas sutiles de coacción hacia los usuarios cuando se les pedía colaborar con la unidad médica. En la zona urbana, se encontró un centro de salud que operaba con 31 médicos y 40 enfermeras, mientras en la zona rural, las unidades contaban con dos médicos en promedio.

DISCUSIÓN

Las limitaciones del análisis son típicas de los estudios cualitativos y están relacionadas a la muestra

restringida de entidades federativas (8) y de unidades de salud (16) que no representan el papel del AC de todo el país. La selección de informantes se realizó solamente a partir de la identificación de su rol en las actividades relacionadas al AC. Esto pudo haber introducido sesgos interpretativos, los cuales buscaron ser controlados a través del análisis triangulado de las versiones de informantes.

El tipo de participación social que se ha fomentado con la estrategia del AC corresponde a la categoría de tipo colaboracionista. La figura del AC legitima una acción gubernamental enfocada en buscar la acción social para mejorar la calidad de la atención a la salud. Para alcanzar un nivel real de empoderamiento ciudadano, lo ideal sería que los AC participaran por voluntad propia y tuvieran experiencia previa de participación. También deberían obtener independencia respecto del personal de salud en el desarrollo de sus actividades, lo que les podría generar mayor autonomía para realizar acciones en la unidad médica. Su éxito no debe basarse sólo en sus habilidades personales de agencia social y de compromiso individual, sino en la capacidad de coordinar el trabajo de todos los actores involucrados para mejorar los niveles de atención a los usuarios.

Otra buena práctica que debe promoverse es la designación de AC por acuerdos interinstitucionales: los AC institucionales tienen más autonomía y esto da seguridad a las personas que observan el desempeño de la atención médica. Debe dejar de promoverse la figura del AC por designación del personal de salud, ya que ocupa el encargo por obligación pero no por decisión propia, lo cual predispone la actuación y restringe el margen de libertad que podrían tener para opinar sobre la calidad de la atención que otorga la unidad médica.

La acreditación de unidades representa mejor infraestructura pero no siempre aumenta la calidad en la atención médica. Para los afiliados del Seguro Popular, la acreditación no es garantía de que serán mejor atendidos.

Es necesario informar al personal de salud respecto a la importancia de la figura del AC en relación a la acreditación de las unidades médicas. Las necesidades de los centros de salud son diferentes según se ubiquen en zonas rurales o urbanas. Existen situaciones relacionadas con la calidad de la atención que se presentan en ambos escenarios (por ejemplo el tiempo de espera, el trato que se otorga al paciente y la falta de medicamentos), pero existen otras (por ejemplo, la falta de atención especializada) relacionadas con la ubicación geográfica de la unidad. La disparidad observada entre el contexto urbano y el rural, explica la queja de los usuarios sobre el largo tiempo de espera para ser atendidos y la noción del personal de enfermería sobre necesitar un reconocimiento a su esfuerzo cotidiano.

Tabla 4. Experiencias de participación social según objetivo perseguido en Brasil, Colombia, Chile y México.

País	Forma de organización	Perfil de usuario que construye	Funciones	Tipos de participación promovida según De Roux
Brasil	Colectivo intermediario	Usuario con capacidad de negociación política	Alta injerencia incluso en distribución del gasto	Negociación
Colombia	Individual	Usuario insatisfecho	Tutela jurídica a los usuarios	No tipificado
Chile	Colectivo intermediario	Usuario con capacidad de negociación	Asesoría a directivos	Negociación
México después de la CNCSS	Individual/ colectivo intermediario	Usuario informado	Mejorar calidad de la atención	Colaboración

CNCSS: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

Estas diferencias no deben existir si las unidades son acreditadas y equipadas para prestar las intervenciones médicas que contempla la afiliación al SPSS. Los recursos que se puedan obtener mediante la acreditación deben enfocarse en resolver las necesidades señaladas por los usuarios.

Las experiencias de participación social han sido variadas en América Latina. Su diseño e implementación dependen en gran medida de los valores políticos y sociales de cada país.^{1,7,11,17} La mayoría de las reformas sucedidas en el campo de la salud en estos años, aun cuando en sus declaratorias incluyeron la promoción de la participación social, en realidad fomentaron la intervención de los individuos como usuarios de los servicios y no como entidades colectivas de negociación.²

Algunos casos representativos que sirven para comparar el modelo mexicano, son los de Colombia, Brasil y Chile (Tabla 4).

En Colombia, se ha buscado que el sistema de salud relacione la participación social con la calidad de los servicios de salud. La Ley 100 que dio paso a la reforma del sistema de salud incluye el derecho de los ciudadanos a participar en decisiones en la salud y crear canales de queja ciudadana ante la insatisfacción por la atención recibida. Estos canales se operan desde el sistema jurídico y la figura de queja recibe el nombre de tutela, quien se ha convertido en un elemento de debate nacional en relación a su papel como garante de los derechos del usuario.⁸

En Brasil, el movimiento social que desembocó en la creación del *Sistema Único de Salud* (SUS) fue una acción con amplia representación de actores sociales a favor de la creación de una acción democrática.²³ En el

diseño del SUS, la creación de los Consejos de Salud a diferentes niveles de la estructura del sistema, buscaron garantizar la representación de intereses de todos los actores interesados. Los consejos participan en todo tipo de decisiones, incluidas aquellas relacionadas con el gasto.⁹ El tipo de participación generado en Brasil se asemeja más a un modelo de negociación.

En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) puso en marcha tres propuestas para crear la “red de participación social del sector salud”, en 1995. Una de ellas derivó en la creación de Consejos Consultivos y de Desarrollo con los cuales se buscó institucionalizar la participación en la gestión de salud. Son instancias interlocutoras con la dirección de los hospitales y consultorios de atención primaria. Están constituidos por representantes de usuarios, organizaciones de la comunidad local y los trabajadores de la salud.

La propuesta de creación y la definición de funciones del AC en México es un avance en la institucionalización de la participación social en salud, ya que se revalora la importancia estratégica de promover la perspectiva del usuario para mejorar la calidad de los servicios. El componente ciudadano abre una vía de comunicación entre el personal de los centros de salud y los usuarios, incentiva la participación ciudadana.

Los centros de salud mejoraron su infraestructura a raíz de la implementación de la CNCSS, particularmente aquellos que han sido acreditados. Aunque la realidad es que siguen presentándose dificultades operativas, las más afectadas son las unidades de zonas rurales. En algunos estados, y particularmente en la zona urbana, la figura del AC ha funcionado como mecanismo de incorporación de la representación ciudadana, sin embargo, es mínima la posibilidad

⁸ Celerón C, Noé M. Participación y gestión en salud. En: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública: 12. Concurso de Ensayos del CLAD, ensayos premiados. Washington (DC): OPS; 1999.

que tienen de influir en aspectos que impactan la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención. Por ejemplo, el abasto de medicamentos y la disponibilidad de más recursos humanos.

A pesar de las deficiencias, la propia existencia de la figura del AC representa un paso importante en la meta de la participación ciudadana en salud y de mejora de la calidad de la atención. Esta debe potenciarse para lograr

un tipo de participación ciudadana menos colaboracionista y más negociadora, algo que hasta la fecha no se ha podido impulsar adecuadamente en México. Falta fomentar cambios en la actitud del personal de salud para incrementar la confianza de la población en los servicios de salud, fomentar la organización de los usuarios de tal manera que el AC tenga plena capacidad de representación ciudadana y generar incentivos para el desempeño de actividades del AC en la unidad médica.

REFERÊNCIAS

1. Abrantes Pêgo R. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. *Salud Pública Mex.* 1999;41(6):466-74.
2. Cardaci D. Promoción de la salud: ¿Cambio cultural o nueva retórica? En: Bronfman M, Castro R, coordinadores. Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina. México (DF): EDAMEX; 1999. p.403-413.
3. Arroyo Hiram V, Cerqueira MT, ed. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud/UIPES/Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.
4. De Roux GI. Participación y cogestión de la salud. *Educ Med Salud.* 1993;27(1):50-60.
5. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública Mex.* 1993;35(3):238-47.
6. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex.* 1990;32(2):113-7.
7. González Fernández MI, Orozco Núñez E, Cifuentes E. Análisis político del Programa de Control del Dengue en Morelos, México. *Rev Saude Pública.* 2010;44(6):1079-86. DOI:10.1590/S0034-89102010005000040
8. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Pública.* 2006;22(Supl):S35-45. DOI:10.1590/S0102-311X2006001300013.
9. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cad Saude Pública.* 2002;18(Supl):S47-55. DOI:10.1590/S0102-311X2002000700006
10. Landau M. Cuestión de ciudadanía, autoridad estatal y participación ciudadana. *Rev Mex Sociol.* 2008;70(1):7-45.
11. Martínez-Hernández A. Dialógica, etnografía e educação em saúde. *Rev Saude Pública.* 2010;44(3):399-405. DOI:10.1590/S0034-89102010005000016
12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal. Ginebra; 2010.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra; 2008.
14. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata: atención primaria de salud. Ginebra; 1978.
15. Paz MF. Participación en la gestión y evaluaciones sociales. Tensiones de la gobernanza en el México rural. *Polit Cult.* 2008;(30):193-208.
16. Piersanti F. La autogestión en salud. En: Basaglia F et al. La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud. México (DF): Nueva Imagen; 1988. p.101-104.
17. Santos FAZ, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saude Pública.* 2011;45(6):1154-9. DOI:10.1590/S0034-89102011000600018
18. Soberón Acevedo G. La reforma de la salud en México. *Gac Med Mex.* 2001;137(5): 419-43.
19. Strauss A, Corbin J. Bases para la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
20. Ruiz Olabuénaga JL. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
21. Wetherell M, Potter J. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En: Gordo López AJ, Linaza JL, editores. Psicología, discursos y poder. Madrid: Visor; 1996. p.66.
22. Zakus D. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. *Salud Pública Mex.* 1988;30(2):151-78.
23. Zambon VD, Ogata MN. Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4):890-7. DOI:10.1590/S0080-62342011000400014