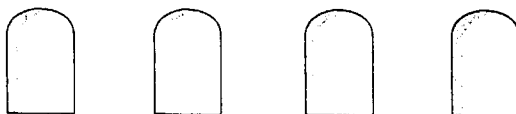




**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
BAJA CALIFORNIA SUR**



Área Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y Humanidades
Departamento de Ciencias Políticas
y Administración Pública

Programa de Maestría en Políticas Públicas y Administración
Segunda Promoción 2002-2004

**“La Calidad de la Atención Médica con Perspectiva de
Género a Madres Adolescentes en el IMSS. B.C.S. (1999-2004)”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN POLÍTICAS PÚBLICAS Y ADMINISTRACIÓN
PRESENTA:

ALMA SUSANA AGUILAR ACEVEDO

DIRECTORA DE TESIS: M.C. BLANCA OLIVIA PEÑA MOLINA

La Paz, Baja California Sur. Abril 2007

AGRADECIMIENTOS

Quisiera compartir este principio y culminación de un éxito más en mi vida, con todas las personas que en cada momento de este aprendizaje escolar estuvieron presentes en mi pensamiento y me dieron aliento para conseguirlo.

Las primeras personas que han sido ejemplo en este esfuerzo y ganas de triunfar fueron mis Padres: Alma Acevedo Burgoín y Angel Cesar Aguilar Zamora, este triunfo es gracias a ustedes, por sembrarme valores y demostrarme día a día que el trabajo es la fórmula del éxito. Gracias, los quiero por siempre.

A mis hermanos, cuñadas y sobrinos por ser el motor del amor familiar que me lleno los vacíos espirituales, les brindo esta tesis hecha realidad.

Quiero hacer un especial agradecimiento a una persona que se ha quedado en mi corazón, a la maestra Pola, porque me acompañó no sólo en el terreno escolar, sino además me dio la oportunidad de compartir experiencias personales, agradezco tus consejos, tus sonrisas, tus alientos, tus reflexiones, y tu ejemplo de que navegar en la adversidad te hace más fuerte. Maestra Pola, gracias por ser mi mentora y espero que disfrute este éxito al igual que tu discípula.

A mis amigos y compañeros de la maestría, quienes fueron los promotores a culminar este ejercicio académico, en especial a: Rebeca Buenrostro (la abogada) que me enseñó el tesoro de la amistad; a José Manuel Rodríguez Parra (el politólogo) el ejemplo de un buen padre y el primero en realizar los tramites; Jorge Romero Avilés, (el George) mi amigo del alma, Luís Fernando Salgado Miranda (El regí), y Arturo Rosas Alayola (El Inge) gracias por tus debates interesantes en las clases, por lo cuales aprendí a disentir.

Tuve la dicha de tener a grandes maestros, al coordinador de la maestría Vicente Cardoza López, José Salvador González Cervantes, Narciso Ávila Serrano, José Antonio Beltrán Morales (Cotoño), Rafael Palomeque Morales, Bernardo Murillo Amador, Ismael Villa, Gustavo Cruz Chávez, y en especial a mis maestras; Judith Juárez Mancilla, Isela Cuevas González, Francisca Chavira Renova y Pola, les agradezco sus conocimientos, y sus experiencias como maestras que me sirvieron a crecer en lo profesional y en lo personal.

Por último, quisiera brindar este esfuerzo a mis amigas priistas: Esthela, Carmelita, Rosy, Martita, Naita e Irene que estuvieron cercanas a mi trayectoria académica, gracias por ser un ejemplo de vida.

Me siento muy orgullosa, de ser egresada de la Universidad Autónoma de Baja California Sur, quien me ha dado la dicha de cursar la Licenciatura y ahora la Maestría, espero que mi actuación profesional sea el reconocimiento de mi máxima casa de Estudios.

Gracias a mi Dios, que me permitió vivir este momento, y compartirlo con todos ustedes.

Marzo 2007

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo I	
Políticas Públicas y líneas de Interpretación.....	3
Capítulo II	
Género y Política Pública.....	21
Capítulo III	
Antecedentes, objetivos, Lineamientos del Programa de la Calidad de la Atención médica en el sector Salud.....	54
Capítulo IV	
Conclusiones y Recomendaciones.....	100

INTRODUCCION

“¿Cuál es el secreto de la calidad? Es el amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios, vivamos y trabajemos de acuerdo a ello”

Avedis Donabedian

El trabajo realizado en esta investigación presenta las diferentes interpretaciones de concebir y evaluar una política pública, en diferentes contextos, así como su objeto y aplicación. En el primer capítulo se analiza la forma de conceptualización: primero en el carácter científico, segundo como instrumento metodológico, y tercero como un factor idiosincrático (usos y costumbres) del país donde se gesta la política pública.

En el capítulo dos, pasaremos a los antecedentes de la política pública con perspectiva de género, definida como el mecanismo que permite identificar: inequidades, discriminaciones, exclusiones y desigualdades de las mujeres, en cualquier ámbito. Asimismo la implementación de acciones que deberán emprender los tomadores de decisiones para actuar y crear condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la equidad de género.

El análisis de una política pública sensible al género es el reto de los actuales gobiernos democráticos, porque tienen la obligación de incluir en su agenda gubernamental los problemas y/o dificultades de un sector que representa más del 60% de su población objetivo. Esto será palpable en programas, leyes, normas, políticas y presupuestos.

Un problema público en México son los embarazos de madres adolescentes, por lo anterior, esta investigación tiene como objeto de estudio la evaluación de una política pública en el sector salud, segmento altamente vulnerable por su situación biológica, y su entorno psicosocial que deriva problemas secundarios tales como: deserción escolar, laboral y familias disfuncionales. Además del aborto, suicidio, rechazo al producto y otros.

El capítulo Tercero, se centra en un compendio de la calidad de la atención médica que se ha implementado en el sector salud, donde el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido pionero, desde 1985, en el uso de diversas metodologías para medir la satisfacción de las usuarias en el servicio. A partir de 2001 surge una política pública diseñada por el gobierno en turno, donde el objetivo primordial fue elevar el nivel de calidad del sector salud.

Por lo que respecta a la estrategia metodológica utilizada, hago mención de una adaptación del Manual de Medición de calidad de perspectiva de género de la Federación Internacional de Planificación Familiar, de Nueva York del año 2000.

Finalmente el lector encontrará los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta realizada a los prestadores de servicio: directivos-personal de salud y la actriz más importante de este estudio: la madre adolescente.

CAPITULO I

Políticas Públicas y líneas de interpretación.

El presente capítulo aborda las distintas líneas de interpretación en el devenir de la formulación de políticas públicas, para explicar la transformación conceptual de la que ha sido objeto y su aplicación en la actualidad; se enfoca a dos conceptos clave, uno de carácter científico y otro como instrumento metodológico. Si bien la polémica se extiende hasta nuestros días, a este debate se añade la existencia de otro factor que incide en la gestación de una política pública como son los usos y costumbres del país donde se elabora. Éste es primordial porque refleja la idiosincrasia del país y reformula la política pública al contexto político y cultural de donde surge.

En la década de los sesenta, y de acuerdo con Meny y Thoenig (1992), se identificaban tres posiciones básicas sobre las cuales se montaba el estudio de las políticas públicas, a saber: a) la ciencia administrativa que responde al pensamiento americano de la Teoría de la Administración Pública (Public Administration-Theory); b) la sociografía de los llamados grupos de presión; y, c) el determinismo de las teorías de los grandes sistemas (marxismo, enfoque sistémico, hasta un "economicismo triunfante"). La ciencia administrativa dependiente de la Teoría de la Administración Pública, es una teoría a mitad de camino entre la labor de las instituciones del Estado y las asociaciones medias representativas de los individuos dependiente de la teoría sociológica. Esta concepción constituyó por largos años el marco teórico de la visión cientifista, donde la técnica-metodológica imperaba como único criterio para los políticos y no importaba el consenso de la ciudadanía.

En resumen, existía posicionamiento ideológico no práctico para la operación de programas y el incidir en la ciudadanía con implementación de una metodología técnica sobre la problemática real de los pueblos. Un análisis a mayor detalle se presenta a continuación.

El análisis más exhaustivo dentro de la ciencia política está ligado al denominado 'Estado de Bienestar' (*welfare state*) y su crecimiento. Con esta tesis sobre la gestión de gobierno la década de los ochenta se caracterizó por el dimensionamiento del Estado; para justificar este crecimiento se ofrecieron tres argumentos: económico; político-burocrático e ideológico.

Para la primera posición el dimensionamiento adquirido por el Estado no es más que una consecuencia del desarrollo económico. La capacidad de gestión del Estado no solo privilegia mayor cantidad de recursos a las prestaciones, sino que los servicios van creciendo a la par de un Estado productor y prestador. A esta postura se le critica en principio, porque resulta más difícil disminuir el gasto público que aumentarlo, y no necesariamente va acompañado de crecimiento económico, toda vez que el incremento poco o nada tiene que ver en ocasiones con el aumento en la capacidad productora del Estado. El proceso de privatizaciones y desregulaciones del Estado en la década de los noventa, no se refleja en una disminución del gasto público, sino que aparece como una medida tendiente a "poner en caja" el presupuesto. En una segunda variante el Estado de Bienestar tiene que ver con los factores que intervienen en los procesos de decisión. Aquí, partidos políticos, elecciones, grupos de intermediación, ideologías, forman parte de la actividad gubernamental.

En una tercera opción el *welfare state* no puede desprenderse de lo ideológico. Los valores tienen mucho que ver con los insumos (*issues*). Algunos cuestionamientos al modelo de Estado de Bienestar han sido los siguientes:

a) el Estado de Bienestar no necesariamente suprimió las desigualdades; para algunos es probable incluso que las haya incrementado. En una larga etapa del gobierno demócrata de los EEUU, la valoración de los grupos más desfavorecidos demostró que en la realidad no se vieron protegidos sino más bien desguarnecidos por los programas de acción social (especialmente los negros y latinos); b) la excesiva dependencia económica provoca que a pesar de las crisis los beneficios del sistema deben seguir alcanzando a los usuarios o adjudicatarios. Las disyuntivas se producen en cada oportunidad que el Estado disminuye sus recursos, o entra en un proceso de sobrecarga (*overload*);

c) una buena parte de la intelectualidad no discute si el intervencionismo estatal es bueno o malo relacionándolo con las vertientes ideológicas que sustenta el régimen. Para estos autores la crisis es una consecuencia de la excesiva planificación, variable que no determina un mejor Estado distribuidor con relación al sistema ideológico productivo (Capitalismo vs. Socialismo). Expresamente para Hayek, "la política pública pasa por la discusión acerca de la distribución" (1978:143). En el criterio de Ellman Michael los antecedentes fueron indispensables para entender la naturaleza de la planificación económica en los países con socialismo de Estado (1983:32).

El reconocimiento del auge de las políticas públicas con un determinado tipo de Estado (identificado con la producción de bienes y servicios, y con la redistribución de bienes y valores para el consumo), conlleva en la década de los sesenta a tratar de establecer las características del Estado de Bienestar así como los intereses que debe percibir o proteger. El concepto de interés puede relacionarse claramente con el de metas, de este modo se han adoptado diferentes posturas para determinar en beneficio de quiénes el Estado postulaba metas, fines a alcanzar, o intereses que proteger. Dentro de las diversas concepciones existentes se desarrollarán seguidamente alguna de las posiciones más conocidas:

En la hechura de la política pública, se distinguen principios que analizados sistemáticamente conducen a la pretensión de reducir las acciones colectivas a meras expresiones de lo individual, y en consecuencia la racionalidad y la optimización de los beneficios es lo que prima en la toma de decisiones. El pensamiento de los principales líderes de esta escuela está asociado a lo económico¹.

Allí se entiende a la acción racional colectiva como la que es consistente en el logro de determinadas metas, y las metas son compartidas colectivamente por lo menos por la mayoría de los miembros del grupo que intervienen en la toma de decisiones.

¹ Para profundizar en el tema consúltese a los autores: Arrows, Buchanan, Tullock

Pero el rasgo esencial es que el comportamiento racional solo puede ser discutido desde el punto de vista del accionar individual. Con este enfoque el individuo: a) racionaliza su elección; b) maximiza las utilidades, c) el modelo de racionalización económica individual se traspasa a lo colectivo, d) la racionalidad tiene límites demarcados por la incertidumbre. Esta teoría no solo desarrolló el campo de lo económico social, esencialmente, sino que también invadió la teoría de la administración y la ciencia política (como en el terreno electoral).

Ariño, en referencia al aumento excesivo del gasto público en la década del ochenta, dice: *"Frente a esta filosofía, que ha producido un crecimiento masivo del sector público en el mundo, hoy la ciencia política se muestra escéptica. En definitiva, qué o ¿quién es el Estado?. El Estado es ciertamente una realidad jurídica constituida por una serie de instituciones: el Parlamento, el Gobierno, los Tribunales; y una multitud de instituciones y gobiernos autónomos"* (1992:237).

Para Gaspar Ariño son también los gobernantes, tanto locales como centrales, los burócratas, los partidos políticos y grupos de presión, que actúan únicamente en su propio beneficio e intentan maximizar sus intereses: los gobernantes o políticos elaboran sus ofertas electorales con el único deseo de tener éxito en el proceso, las instituciones políticas no sirven solo al interés público, sino también a los intereses de quienes en cada momento las ocupan; los burócratas persiguen su propio interés personal; que consiste en el aumento del presupuesto y en la expansión del gobierno para tener más poder y más prestigio y solo a partir de esto, intentan el interés de los otros, los *lobbyes* no defienden más que intereses sectoriales que no se identifican en nada con el interés general.

Con relación a esta escala de pensamiento surge la necesidad de identificar los objetivos y los logros de la actividad del Estado como una consecuencia del interés de los grupos que se encuentran en su interior. En este sentido Milliband expresa: *"Una de tales formas de presión en los teóricos de grupos pluralistas tienden a no tomar en consideración, es más importante y eficaz que cualquiera otra, y los hombres de empresa se encuentran en inmejorable situación para ejercerla, sin necesidad de organización, campañas y cabildeos."*

Es esta la presión omnipresente y permanente sobre los gobiernos y Estado generada por el control privado de los recursos industriales, comerciales y financieros concentrados. La existencia de este gran campo de poder económico independiente es un hecho que ningún gobierno, cualquiera que pudiera ser sus inclinaciones puede desconocer al ponerse a determinar sus políticas, no solo en lo que toca a las cuestiones económicas sino también en lo que respecta a la mayoría de las demás cuestiones. Dicho de modo más sencillo, quien cuenta con la alianza del circuito económico, financiero, e industrial, tiene el poder y determina las políticas a seguir". Irónicamente a esta situación el autor ha denominado "la concepción imperfecta" (Milliband, 1991:141).

En concordancia con lo anterior, el término de Estado Mínimo se refiere a una propuesta de orden teórico donde se redefine el papel del Estado, aportando con ello una nueva conceptualización. Si bien los autores analizan el caso típicamente puntual del Estado Francés, el planteamiento incurre en la pretensión de extender la corriente neo-liberal tanto en lo económico como en lo político; por ejemplo Sorman aboga por el liberalismo en América Latina y Revel una apertura hacia Europa y el denominado "Tercer Mundo".

Al seguir la tradición liberal, Sorman piensa en un Estado mínimo que asegure protección social, seguridad económica, y la garantía del derecho de propiedad, basándose en el desfase producido por la ineficiencia económica y la injusticia social. Para remediar el estado de cosas existente, no alcanzará solo con la discusión ideológica y el ascenso al poder ya que, de conformidad a su razonamiento, los burócratas –aunque sean liberales- no podrán asegurar lo mínimo, ya que son los recursos los que hay que atacar y no los gastos, atento al hecho de que son esos recursos los que se encuentran para su utilización, en manos de los burócratas del Estado (Sorman, 1995).

Siguiendo esta línea de interpretación, la noción de las políticas emanadas del Estado serían aquellas actividades determinadas específicamente por ciertas elites de burócratas, noción nada novedosa para la Sociología Política.

Quizás el avance originario más destacado haya sido el desplegado por Wright Mills, quien resume en una especie de “todo con algunos”, el cómo las decisiones pasan por determinadas élites enquistadas burocráticamente en diferentes ámbitos de poder. *“Al ampliarse y centralizarse cada uno de esos dominios, se han hecho mayores las consecuencias de sus actividades y aumenta su tráfico con los otros. Las decisiones de un puñado de empresas influyen en los acontecimientos militares, políticos y económicos en todo el mundo.*

Las decisiones de la institución militar descansan sobre la vida política así como sobre el nivel mismo de la vida económica, y los afectan lastimosamente. Las decisiones que se toman en el dominio político determinan las actividades económicas y los programas militares... A cada lado de las fronteras que corren a través de la Europa Central y Asia hay una trabazón cada vez mayor de estructuras económicas, militares y políticas. En el pináculo de cada uno de los tres dominios ampliados y centralizados se han formado esos círculos superiores que constituyen las élites económica política y militar”. Asimismo reitera: “El que los instrumentos de poder se hayan ampliado enormemente y se hayan centralizado decisivamente, significa que las decisiones de pequeños grupos tienen ahora mayores consecuencias. Para saber que los puestos cumbres de las estructuras sociales permiten ahora adoptar decisiones más poderosas no es saber que la minoría que ocupa dichos puestos es la que forja la historia” (Mills, 1964:15)

Como puede apreciarse hasta aquí, es en la década de los setenta que se plantea, en buena medida, la crisis del Estado de Bienestar, y como consecuencia de ella la aparición de una figura nueva en Latinoamérica designada por O'Donnell como el Estado Burocrático Autoritario, donde el tema de la crisis del Estado capitalista constituye su principal foco de atención.

Según O'Donnell, las funciones del Estado podrían detallarse de la manera siguiente: a) el Estado es quien garantiza y organiza las relaciones sociales capitalistas; b) el Estado tiende a ser conceptualmente un Estado Nacional; c) el Estado pretende ser “popular”, frente a las pretensiones de la oligarquía y la extranjera; d) Las estructuras productivas de las sociedades son desequilibradas e incompletas; e) El rasgo característico precedente obliga a la producción a ser profundamente transnacionalizada;

f) Como consecuencia de los puntos anteriores el capitalismo funciona anormalmente; g) El funcionamiento anormal se traduce en una crisis económica, política y de dominación social; h) Las crisis desembocan en un tipo de Estado denominado burocrático – autoritario (O'Donnell 1982). Con esta perspectiva, el Estado Burocrático aparece como consecuencia de procesos de crisis, sin grandes pretensiones transformadoras, pero sí ordenadoras en lo relativo a las políticas públicas. Uno de los sesgos sobresalientes es la ocupación de los espacios burocráticos por élites determinadas, sin que ello implique una decisiva congruencia con la ideología política. El desplazamiento de la clase política tradicional por una nueva resulta así signado por la motivación de eliminar a la clase anterior más que por compenetración en determinados programas y proyectos políticos.

Otra de las contradicciones sobrevivientes al régimen burocrático es el basamento liberal económico, tendiente a la transnacionalización en contraposición a la negación del liberalismo filosófico y/o político, con una represión interna severa. Las experiencias de los regímenes burocráticos han sido excelentemente reseñadas en un trabajo de Oscar Oszlak donde aparece reflejada una *“inusual concentración de los mecanismos de decisión estatal”* (Oszlak 1980:30). En consecuencia se produce un aumento del poder estatal, con procesos de toma de decisión sumamente autoritarios. El avance sobre la sociedad civil, se justifica en la necesidad de “reorganizar” la misma, pero con extrema vulnerabilidad en el conocimiento de la información por parte del gobierno, y escasa respuesta de los grupos destinatarios de las medidas.

Asimismo el régimen de institucionalización militarista consiste no solo en un poder con mayor ocupación de espacios, sino que también la reestructuración burocrática se realiza con criterios castrenses.

Oszlak distingue indicadores que permiten visualizar los intentos de racionalización de lo público. *“...el carácter tecnoburocrático de estos regímenes se manifiesta en una orientación eficientista que impregna el estilo dominante de gestión estatal”*. Una manifestación de ello es el fuerte énfasis otorgado a los programas de racionalización y organización del sector público.

Diversos indicadores evidencian tal orientación:

- 1) La creación o reactivación de institutos de administración pública, oficinas técnicas de la presidencia, gabinetes de asesores ministeriales, etc.
- 2) La jerarquización de organismos tales como las oficinas de planificación, formulación de políticas o control de gestión, convirtiéndolas en ministerios, Secretarías de estado o direcciones nacionales.
- 3) La jerarquización del personal técnico profesional a través de cursos de capacitación, concursos internos, recategorización y niveles de remuneración fuertemente diferenciados respecto de los funcionarios no calificados.
- 4) La modernización de los servicios a través de la incorporación de tecnologías altamente sofisticadas, la construcción de modernos edificios, e instalaciones, y el equipamiento para la prestación de los mismos;
- 5) La racionalización de personal y servicios mediante la reducción de la dotación y el cierre o transferencia de empresas, bienes y servicios; y
- 6) El acceso a las empresas públicas de administradores que tienden a aplicar en su gestión criterios auténticamente empresariales, no muy diferentes a los observados en el sector privado .

A pesar de los intentos de racionalización, organización y tecnificación de la Administración, las experiencias indican que no se produce en la práctica un achicamiento del sector público sino todo lo contrario, e incluso, el fenómeno de sobredimensionamiento del aparato estatal no necesariamente es una característica de los regímenes autoritarios, sino que también comprende a otros sistemas.

Lo que sí resulta paradójico es que una buena parte del discurso eficientista está armado sobre la base del “desorden en el gobierno” y a la “dilapidación de recursos” en manos de los civiles.

Ames Barry en estudios realizados en 1987, sostiene que en realidad los gastos del sector público están asociados a tres cuestiones: a) ciclos electorales, b) el poder de negociación de los electores, y; c) a los ciclos militares. Los Estados burocráticos autoritarios hacen mucho más visible lo que pertenece a la política de lo que pertenece a la administración. Mediante el aparato coercitivo y de control pueden provocar cambios drásticos. Los criterios corrientes en lo atinente a los recursos y los gastos son los principios de universalidad del presupuesto y la

asignación autoritaria de recursos. En todos los casos hay una mayor centralización de recursos en el Poder Ejecutivo, y este –generalmente a través de sus técnicos – define las metas de las políticas públicas.

En los interregnos transicionales propios de las décadas de los sesenta y los setentas, aparecen (como una *rara avis* según Oszlak) los Estados denominados Democráticos liberales (D.L.), con procesos de negociación y definición de las políticas casi totalmente opuestos a los Estados Burocráticos autoritarios. En tal sentido, y aunque las experiencias sean excepcionales, la gestación de las políticas públicas se asemeja a la teoría de la democracia que la concibe como una *poliarquía* (Robert Dahl, 1999:162) en donde los agentes que influyen en el proceso de toma de decisiones y la implementación de políticas son plurales y diversos. Se pueden identificar a estos sistemas con las características que se citan a continuación:

- a) Procesos de feedback casi instantáneos.
- b) Acceso al poder de asociaciones intermedias y grupos.
- c) Mayor presencia de la sociedad civil.
- d) Patronazgo político.
- e) Falta de contralor en la administración descentralizada del Estado.

Una de las cuestiones más sostenidas en los Estados democráticos liberales es que se difunden particularmente las superposiciones y duplicaciones de funciones.

Con una base social más ampliada y una mejor representación de los sectores que se encuentran debajo en las relaciones de dominación cuentan con una mayor capacidad de influir sobre el poder.

El estudio de las políticas públicas surge como innovación en la administración pública con su aplicación eficiente en Estados Unidos de América en los años ochenta; como un instrumento técnico que el gobierno utilizaba para dar respuesta a las necesidades generales y públicas, legitimada y consensuada por la sociedad. Algunos autores tales como: Grindle y Thomas (1990), compilan una serie de artículos, donde trabajan las políticas seguidas en los países en desarrollo a través de una redefinición del Estado, que contrasta con el Welfare State introducido hasta entonces.

El planteamiento inicial es encontrar respuestas a los cambios que se producen en las políticas económicas, y como éstas influyen a las instituciones; destacan también que la gestión en políticas públicas no puede ser entendida puramente como una puja entre grupos de interés o de presión, o de agencias exteriores que imponen cambios, sino que debe estudiarse la preponderancia que adquiere en la política de los ochenta la *gerencia*, y dentro de ella, el entendimiento de que los responsables de la administración o *management* cuentan con una serie de opciones dentro de las cuestiones públicas, y entre ellos se encuentra incluso la de no dirigir las.

El interés particular seguido por estos escritos se traduce en la versión de que el proceso de políticas públicas y cambios institucionales es consecuencia de que los gobiernos detectan errores en las políticas precedentes y en los acuerdos institucionales. Si bien desde un punto de vista los liderazgos aparecen como un deseo de capturar el Estado para beneficios personales, no se puede despreciar la posibilidad de que las élites buscan metas que obligan a encontrar una estrategia para la introducción de cambios.

De este modo lo que se visualiza es una etapa de cambios y reformas apoyadas por determinadas élites donde se destacan los siguientes rasgos.

Elites	Etapas o cambios
Políticas	Están en condiciones de maniobrar e influenciar las políticas, definiendo el "espacio político" para las reformas, sin que ello obedezca a patrones de intereses de clases o grupos, o de sectores económicos o internacionales
	Luego de definir el espacio político, las élites determinan los contenidos de las políticas, con percepciones o entendimientos sobre las relaciones causa – efecto.
	Son varios los actores que participan en las determinaciones de las políticas, y la formulación no debe ser visualizada como una exclusividad de las agencias burocráticas.
	Las élites políticas tienen una capacidad para prever estrategias gerenciales las ventajas de las oportunidades, logrando incluso soportes colectivos para las reformas.

Los cambios siempre implican reformas, lo que hace en la práctica un continuo de estudios, discusiones, y debates acerca de cómo improvisar y proponer cambios o desmantelar las políticas existentes suplantándolas por otras.

La importancia asignada a las élites aparece también en Reifenberg (1990), atento a que los cambios en las décadas anteriores dejaban en manos del Estado el control de los recursos y la decisión de las políticas para promover el desarrollo. De manera similar, el Estado era quien incrementaba su capacidad en la designación y dirección de programas y proyectos, para la producción de bienes, implementación de servicios y su distribución posterior a la sociedad.

El enfoque de los años ochentas replantea el rol estatal en los procesos de redistribución cambiando los actores intervinientes y los objetivos. Nítidamente se observan hechos que caracterizan todo este período; como los que se señalan a continuación:

Año	Institución – Rol Políticas Públicas
1980	El Fondo Monetario Internacional ha ingresado como agencia internacional en todas las políticas económicas y públicas de los países en desarrollo o con procesos de cambio.
	Las políticas determinadas por los agentes internacionales (financieros en este caso) no resguardan de manera alguna las cuestiones particulares de los países donde son introducidas
	Las políticas están sujetas a “paquetes institucionalizados”, que se materializan como secuencias de préstamos, o agenda técnica, o liberación de fondos, condiciones netamente ligadas a la concreción de ajustes de tipo estructural.
	Coincidentemente, las medidas son impuestas a los países en desarrollo, e implican mayor dureza o retrocesos en los niveles económico-sociales de la población.

Disminuye considerablemente el poder económico del Estado, desplazado por grupos económicos que se disputan licencias, servicios, tarifas, y mercado. En consecuencia se debe provocar una revisión de la teoría dominante en las políticas públicas con las siguientes consideraciones:

- a) Es preciso determinar situaciones de crisis al replanteo de las políticas implementadas;
- b) Las crisis deben ser consideradas como “normales” o “usuales” y se deben ajustar los “issues” que requieren formulaciones nuevas.
- c) Es necesaria una redefinición de los procesos de decisión política;

d) Se deben estudiar las posibilidades de implementación de las reformas cambiando los procesos anteriores.

Con relación a la etapa de cambios y reformas propia de los Estados Latinoamericanos a partir de ésta década Angel Flisflisch (1980) propone para el Programa de Perfeccionamiento de Profesores en Políticas hacerse tres preguntas para explicar la adopción, y los impactos de determinadas políticas públicas, condicionadas por factores externos: ¿Por qué un gobierno adopta determinadas políticas y no otras?; ¿Qué explica en un caso determinado la continuidad o la innovación en materia de políticas o en materia de un cierto tipo de políticas?; ¿Qué factores exógenos a la política misma explican el éxito o el fracaso de ella? de esta manera se pueden explicar por qué existen determinadas políticas, o por qué deben existir, por qué el cambio o por qué la continuidad, con el aditamento de que el éxito o el fracaso puede deberse a factores ajenos a la misma implementación de políticas.

Oszlak en 1980 se plantea la vigencia de dos modelos que coexisten para la formulación e implementación de las políticas públicas. El punto de partida es el reconocimiento de la necesidad de una organización burocrática para la concreción de determinados fines orientados por el Estado. Para este autor, se llega al enfrentamiento de los dos modelos denominados: racionalidad técnica y racionalidad política. Para el primero, las organizaciones piensan la acción como un plan preconcebido, lo que conduce a la implementación de políticas aplicando criterios establecidos de racionalidad técnica. Se configura casi un sistema ideal de relaciones donde las pautas se determinan de antemano. La planificación juega aquí un papel importante. Sin embargo, el fracaso de las políticas implementadas no debe ser comprendido como un desmérito de la planificación sino más bien como el enfrentamiento de la racionalidad técnica con la política, regida por principios diferentes. Por ello: *“Los planificadores fracasan habitualmente porque pretenden aunque no lo planteen así o no sean conscientes de ello, influir un juego -la política- que se rige por reglas diferentes.*

Nada más ajeno a la política que las premisas de neutralidad valorativa, racionalidad sustantiva y certidumbre” (Oslak, 1980:30).

En el segundo modelo se parte del intercambio (*exchange*), como propio de la política. Esto implica conflictos, negociaciones y transacciones políticas. No surge así la política por obra de la planificación sino por transacciones. En la medida en que se implementan las políticas van chocando con resultados y costos no esperados, lo que motiva en la práctica a realizar ajustes o “incrementos”, con criterios de racionalidad acotados.

Dichos resultados y costos tienen una estrecha relación con la estructura social donde se aplican las políticas. Esta idea de incremento lleva posteriormente a tratar de conseguir los fines con el menor costo posible y consecuentemente conduce a tomar posiciones de tipo conservador. Así entiende entonces Oslak que *“El aparato estatal no es pues el resultado de un racional proceso de diferenciación estructural y especialización funcional, ni puede ajustarse en su desarrollo a un diseño planificado y coherente” (1980).*

Los esfuerzos por materializar los proyectos, iniciativas y prioridades de los regímenes se alternan en el control del Estado tienden a manifestarse, al interior de su aparato, en múltiples formas organizativas y varias modalidades de su funcionamiento cuya cristalización es en buena medida producto de las alternativas de los conflictos sociales dirimidos en esta arena. Las conclusiones de Oslak son las siguientes:

Autor	Conclusiones
Oslak	En el aparato del Estado se reproducen procesos de negociación y compromisos, y de alianzas y enfrentamientos de manifestación intrasocietal
	Los ajustes internos se toman superficialmente como desviaciones del modelo ideal.
	No se pueden pensar las políticas públicas asimilando solo las experiencias históricas, pero tampoco es aconsejable encerrarse en cuestiones exclusivamente técnicas, despreciando el pasado y el contexto de aplicación.

En una línea diferente pero tomando parte de la argumentación con relación a la importancia de los contextos, Márquez y Godau (1984) asumen el conflicto que se produce en la adopción de tendencias en teorías de organización, trasplantando a las sociedades periféricas, instrumentos creados en sociedades de capitalismo dominante. De esta manera se concibe a las organizaciones como productoras de bienes y servicios, cuando en realidad deberían ser observadas como mecanismos de producción y reproducciones socio-económicos.

A partir de orientar la actividad en base a las premisas de los países dominantes, todas las burocracias de países de capitalismo tardío, especialmente los latinoamericanos, aparecerían con niveles inaceptables de productividad y eficacia.

Desde el punto de vista organizacional, este conflicto, se produce cuando se intenta llevar a la arena pública, la concepción imperante en el ámbito de lo privado a nivel gerencial. Las diferencias no solo surgen desde el punto de vista de las decisiones, sino en el traslado al seno de las sociedades del tratamiento de público de cuestiones que no solamente son debatidas por las autoridades y funcionarios del gobierno.

Los inconvenientes de organización que se producen en la formulación e implementación de políticas públicas se manifiestan así ante la imposibilidad de seguir a pautas propias de otras organizaciones, que no son coincidentes en la burocracia pública, tales como la división del trabajo, la distribución de recursos, o la percepción uniformada de los objetivos y las posibilidades de su consecución. Parte de la búsqueda del equilibrio se intenta con las actividades de integración entre agencias y de planificación. Otra parte encuentra soluciones factibles con mecanismos de evaluación. Aunque Motta (1985:4-5) refiere a la dificultad de encontrar indicadores sociales, existe una marcada falencia en las políticas públicas, como la de tomar determinaciones sin dar ningún tipo de intervención a los usuarios de las políticas públicas.

Conjuntamente a la transformación producida por la crisis del Estado de Bienestar se han encontrado también modificaciones en la centralidad de sus estructuras (focalización vs. Intención de universalidad) y el carácter de las intervenciones (ocupando mayor cantidad de recursos a políticas asistenciales).

La contrapartida del Estado de Bienestar se da por la imposición del modelo neoliberal que ha demostrado en el tiempo que tampoco está en condiciones de compensar los efectos del ajuste, ni de asegurar las prestaciones básicas en áreas que tradicionalmente contaban con una cobertura estatal ampliada (salud, educación-vivienda).

El Estado de Bienestar funcionó como una alternativa a la crisis de un Estado liberal clásico y debe entenderse como una solución democrática dentro del marco capitalista, como un "sistema de dominación y legitimación política", adecuando la acumulación de capital, y logrando una mayor democratización y "ciudadanización".

A su vez, este Estado, tradicionalmente fue el actor estimulador de las relaciones sociales, y el principal agente de la realidad económica, con un predominio estructurado sobre la producción, el empleo, la distribución del ingreso, y el consumo. Sin embargo, este mismo Estado se encuentra en crisis, con relación al modelo predominante hasta la década de los ochentas observándose que la influencia de un neocapitalismo o del neoliberalismo es concomitante al declive del socialismo en el ámbito mundial.

En definitiva, ¿será una crisis dentro del sistema capitalista, por la búsqueda de un modelo capitalista diferente, de legitimación y dominación? Se señala la crisis como una consecuencia de la crisis económica; explicando los elementos económicos que definen esta dimensión. *Como es el estancamiento económico, inflación, pérdida de confianza en el Estado, pobreza, marginación, inmigración etc...*

En la década de los noventa las políticas públicas aparecen altamente condicionadas por las denominadas Reformas de Primera y Segunda Generación. Las primeras estuvieron destinadas a la práctica del ajuste tratando de achicar el déficit fiscal y abriendo la economía al circuito internacional.

En esta etapa la reforma trató la apertura de la economía la desregulación el ingreso de capitales y las privatizaciones.

En una segunda etapa las reformas se basaron en la capacidad de gestión del Estado, su transparencia, y la democratización del aparato democrático. Estos cambios introducidos en la transición democrática tampoco llevaron a implementar significativamente la gestión gubernamental para la satisfacción de necesidades básicas, a la vez que el deterioro de los derechos civiles, el vacío de contenido de los derechos políticos, solo permite la asistencia de los más perjudicados y la casi imposibilidad de ejercer algún tipo de acción correctiva en los períodos de crisis. De esto se puede concluir.

- 1) Estado actual después de la reforma pasa a ser un Estado remanente o residual.
- 2) Existe una baja concientización respecto de las políticas públicas ya que la percepción mayoritaria es que corresponden al gobierno y no a la interacción entre diferentes actores.
- 3) El avance liberal ha quitado al Estado su capacidad de regulador de la economía y de árbitro ante los sectores sociales encontrados.

Las políticas públicas han alcanzado en los últimos años en Latinoamérica un potencial de desarrollo, especialmente en lo relacionado a los aspectos teóricos, y la conformación de redes para estimular la investigación en el área a la vez de lograr un mayor soporte teórico para la promoción de cambios y reformas en el Estado. Ejemplos concretos de lo explicitado son las Redes de Formación e Investigación en Gerencia Pública con un centro focal (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo). De institutos y centros como los descriptos, provienen a su vez programas de actualización y perfeccionamiento para la enseñanza de las políticas públicas.

En relación con los avances en la investigación y la especialización en el área de políticas públicas, atento el hecho de contar con poca tradición e inclusión dentro de las Universidades, en Escuelas de Administración o en los Institutos de Investigación, una buena propuesta sería plasmar la inclusión de áreas de conocimientos insoslayables para la enseñanza y la formación de expertos dentro de la Administración Pública.

1) Teoría de políticas públicas; 2) Formulación e implementación de políticas públicas; 3) Evaluación de políticas públicas; 4) Alta gerencia; 5) Reforma del Estado.

Proyectos y experiencias.

En concordancia con el incremento observado en el desarrollo de la teoría de las políticas públicas podríamos efectuar las siguientes consideraciones.

- 1) La mayor parte de la teoría encuentra su soporte en la identificación con la actividad desplegada por el Estado, y especialmente con un tipo de Estado – el Estado de Bienestar.
- 2) La crisis en la que desembocara el Estado de bienestar productor de bienes y servicios, llevó a repensar la teoría no solo desde la óptica productiva, sino también desde la de las relaciones de dominación.
- 3) Como consecuencia de la crisis la mayoría de los Estados introdujo cambios en su organización a través de reformas paradigmáticas.
- 4) Dichas reformas no produjeron una concordancia entre el “ajuste” asegurado por el Estado y la pretendida disminución del aparato burocrático, y del sector público.
- 5) Asimismo, los cambios están influenciados no solo por actores legitimados intra-sistema sino por otros agentes externos.
- 6) Indefectiblemente, cualquier planificación chocará contra imprevisiones o desvíos que provocan retoques promovidos desde las organizaciones burocráticas.
- 7) Los desvíos detectados y los cambios propuestos deben ser consecuencia de procesos de evaluación en la implementación de políticas.
- 8) A pesar de la colisión entre la racionalidad técnica y la racionalidad política, la formulación, gestión e implementación de políticas necesita con el tiempo especialistas o expertos en el área de políticas públicas.
- 9) Es imprescindible la continuidad en los programas de formación y perfeccionamiento de administradores de la cosa pública y de gestores de políticas públicas tanto desde el punto de vista académico como del operativo.

En resumen la transformación de las políticas públicas ha contribuido a mejorar el campo de la administración pública a través de su enfoque y aplicación; el estado y su mecanismo de acción se han preocupado por el estudio y análisis de la política pública.

Sin embargo, la concepción que se tiene sobre la metodología no es suficiente como ciencia, sino se considera teoría o disciplina académica; por ello la gestación del estudio de las políticas y en las políticas, ha sido estudiada en mayor medida por los estadounidenses desde una perspectiva parcial.

Según Enrique Cabrero, no basta conocer el origen del concepto sino tomar en cuenta el sistema político y cultural donde se gesta, es por ello que establece cuatro dimensiones de análisis Cabrero (2000)

- El tipo de régimen político en que se aplica el análisis que, aun si lo suponemos democrático, puede ser democrático, desde la sociedad, democrático desde el estado o simplemente en "transición democrática".
- Tipos de modelos de gestión que se derivan de lo anterior y quedan ritmo, orientación y lógica diferente al decisor, dado que las redes organizacionales están configuradas de una forma particular.
- Se relaciona con los referentes institucionales, que se presentan en diferentes contextos; estos delimitan las arenas y los acuerdos, unas veces explícitos y otras sobreentendidos; es decir, los mecanismos de regulación que ninguno de los jugadores osaría hacer a un lado.
- Finalmente las tradiciones culturales y simbólicas de cada contexto, las cuales definen la profunda lógica de los actores, los mitos, los ritos, las creencias y las imágenes que han sido internalizadas por los individuos mucho más allá de las razones y los deberes. Se trata de los códigos implícitos en el lenguaje, el estilo de la relación y de la negociación.

CAPITULO II

GÉNERO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Antecedentes en México

En la actualidad el término políticas públicas implica programas, planes, presupuestos, es decir, aquellos problemas públicos que se presentan ante un nivel de gobierno (federal, estatal y municipal) y son transformados en documentos formales por expertos o “analistas de políticas públicas” que utilizan diferentes técnicas de programación y planeación y un método científico factible para el problema en cuestión. Es hasta los años ochenta que se introduce el término de políticas públicas en México que permite que los gobiernos institucionalizaran los mecanismos a través de leyes, normas, perspectivas etc. El derecho al voto femenino marcó el inicio de la participación de la mujer por mejorar su condición social y política, a partir de la primera mitad del siglo XX, es por ello que la mujer empieza a incluirse en escenarios políticos de la sociedad, en mayor medida, lo que ha cambiado el trabajo de agenda de los gobiernos democráticos, porque se han elaborado políticas públicas específicas a los sectores en desventajas, como el caso de las mujeres.

La institucionalización de la perspectiva de género propone nuevos criterios para la definición de política pública, consiste en centrar la atención en la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres. Partiendo del reconocimiento de la existencia de relaciones desiguales e inequitativas entre estos. Es una política pública idiosincrásica: *“....porque esta dirigida a un sector específico de la sociedad, sobre todo a mujeres que viven en situación social y económica en desventaja”*. (Peña Molina: 2003: 142).

Tal vez una de las críticas más frecuentes en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas orientadas a la incorporación de la mujer al desarrollo, es que aún partiendo del reconocimiento de la exclusión de la mujer de los beneficios de la modernización económica, desconocen la especificidad de la subordinación y discriminación de que son objeto las mujeres, ya que trasciende lo económico e imposibilita su comprensión.

Es importante realizar un análisis de los conceptos y sus formas de aplicación, como parteaguas en las políticas de población y más aún, para el diseño y ejecución de todas las Políticas de Desarrollo Social; estos conceptos son la **Salud Reproductiva y la Perspectiva de Género**.

El primero Salud Reproductiva, fue acogido en la reunión Mundial sobre Población y Desarrollo del Cairo 1994, como un factor fundamental para que desde los sectores gubernamentales se enfoquen las políticas de salud de una manera integral, en donde además se contemplen las esferas emocionales y las etapas del desarrollo psicológico de las personas durante todos sus ciclos de vida; es decir se deja de lado la idea de que la reproducción es un concepto únicamente ginecológico, las mujeres dejan de ser úteros para convertirse en personas; asimismo se incluye a los varones en este concepto entendiendo que la salud reproductiva es un asunto de mujeres y hombres. Posteriormente, en la Cuarta conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Pekín en 1995, se incluye el concepto **Género** como un componente que los países deben integrar a sus políticas de desarrollo para garantizar el avance de las mujeres.

Dichas perspectiva permite establecer las diferencias entre los hombres y mujeres y el impacto diferenciado que las políticas sociales y económicas tienen sobre unos y otros, a partir de ahí, establecer condiciones que propicien la equidad; esta perspectiva o enfoque contempla a la igualdad entre los hombres y mujeres como un factor indispensable para la justicia social.

Una de las premisas de esta investigación, son las condiciones diversas que existen que ponen en situación de vulnerabilidad a las mujeres en lo que a su comportamiento reproductivo, por ejemplo, sabemos que las mujeres que tienen menos escolaridad, tienden a parir más hijos a edades más tempranas; también se sabe que las mujeres que tienen a su primer hijo muy jóvenes tienen una tendencia a tener más hijos a lo largo de su vida reproductiva; así mismo sabemos que estas mujeres son más golpeadas por los factores de la pobreza y que sus descendientes deben enfrentar condiciones adversas para su desarrollo.

La calidad de la atención en hospitales públicos es un requisito para el gobierno porque de ello depende que se originen préstamos a largo plazo, por consiguiente las administraciones centrales del Sector Salud tiene que cumplir dicha petición por las instituciones monetarias internacionales, tal es el caso del Fondo Monetario internacional. De lo contrario disminuye la oportunidad solicitar recursos para el mejoramiento de los servicios. Pero sería importante profundizar el problema para darnos cuenta que en realidad la calidad de la atención médica es un modo de cumplir ante las instituciones que solicitan se cumpla dicho requisito. Las acciones gubernamentales y civiles deben encaminarse a la identificación, definición y análisis de las posibilidades reales de ejercicio y defensa de los derechos humanos vigentes, así como los derechos humanos específicos de las mujeres. Al incorporar la equidad de género, se reconoce que el desarrollo humano implica diversidad.

Al hacerlo reconoce a la vez las desigualdades actuales en el acceso de oportunidades para mejorar las condiciones de vida y la participación en los procesos sociales.

La equidad de género presente en la planificación del desarrollo, distribución de recursos y acciones públicas, constituye una primera inversión decidida en la construcción de igualdad entre hombres y mujeres para transitar democráticamente. Los años ochentas fue un movimiento de orden social y/o transformador de las mujeres, en la medida en que se fueron introduciendo términos conceptuales como derechos humanos, salud integral y género que permitieron transparentar o evidenciar el servicio que se proporciona en hospitales públicos a las usuarias frecuentes que demandan los servicios con más énfasis que los hombres.

Fue así como en el Cairo en 1994, los consensos que se plasmaron en el programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) recogieron numerosas propuestas del movimiento de mujeres y se colocaron el género como centro de debate y de los acuerdos de la comunidad internacional.

Y la calidad de la atención era importante en relación con el género, sexualidad y reproducción. Había que multiplicar las voluntades políticas para que esa calidad de la atención se *operacionalizará* en el cotidiano de los sistemas de salud, impactando en el bienestar de las mujeres. Bienestar que considerado integralmente de manera necesaria debía incorporar el poder, la soberanía con respecto a sus decisiones y con el ejercicio de la ciudadanía.

En el caso de México la convocatoria fue realizada por una institución no gubernamental Salud Integral para la Mujer (Sipam) en 1995 para debatir el ámbito nacional e internacional, -desde Tijuana hasta Chiapas, y de Toronto hasta Santiago de Chile-. La combinación Calidad de Atención con perspectiva de Género se refiere "*Relaciones de poder entre mujeres y hombres, la autodeterminación sobre los propios cuerpos y los proyectos de vida, así como el efectivo ejercicio de los derechos humanos con respecto a la salud, la sexualidad y la reproducción, aparecían como elementos imprescindibles*"² (Sipam, 1996).

Ese esfuerzo de Sipam era quizás un esfuerzo pionero para socializar dentro del movimiento de salud de las mujeres la teoría sobre la Calidad de la Atención en salud construida desde diversas entradas, así como diferentes reflexiones sobre el tema. También era un esfuerzo para clarificar vías de operacionalización de los conceptos y evaluación de procesos así como recoger propuestas. En México fue permeando espacios gubernamentales y no gubernamentales, y sigue a través de capacitación de personal médico y administrativo en hospitales públicos y privados: en un nuevo escenario de avanzar por la *calidad de la atención con perspectiva de género*.

2.1 Definición de Salud Sexual y Reproductiva

Por salud sexual y reproductiva se entiende, el proceso humano dinámico que inicia con el nacimiento de la persona hasta su muerte. Este proceso esta condicionado por factores sociales, biológicos y culturales y de acuerdo a la diversidad del ser humano en particular.

² SIPAM, Foro Calidad de la Atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva desde la perspectiva de género. Declaración, México D.F. Febrero

Se vivencia de manera diferente de acuerdo a la interacción de los roles de género en las diferentes etapas de la vida. En esta definición se incluye: a) el derecho de la persona a determinar cuándo, cómo y con quién expresar su sexualidad, b) el derecho de ejercer su sexualidad de manera libre, informada y segura c) el derecho de la persona a decidir sobre su reproducción social y biológica d) el derecho de tener atención digna y confiable durante todo el proceso de atención e) el derecho a la obtención de todos los medios (información, formación, capacitación etc.) y recursos desde el nacimiento, que garanticen el ejercicio del derecho a decidir sobre su sexualidad y su reproducción. (Jasis: 1995: 22)

Por lo que atañe al concepto de servicios de salud de calidad con perspectiva de género, se entiende: aquellos servicios que responden a las necesidades de salud integral de las usuarias con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosas de su dignidad: que garantizan la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible; que toman en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud; que propician su autoestima, autonomía, y percepción del derecho a la salud y a decidir; y que promueve la participación consciente y equitativa de los hombres y mujeres en los procesos de la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo a los estudios realizados Carolina Martínez, la relación género y la provisión de servicios:

- La medicina generalizada el "ser hombre" y el "ser mujer", considera como natural la diferencia, no recupera su historicidad, ni considera el género como un constructo social. Si no fuera así, tal vez se mejorarían las relaciones entre los proveedores y las usuarias, si embargo, se complejizará el trabajo para los proveedores.
- En la profesión médica hay una concepción teórica del cuerpo y la enfermedad, para la cual los médicos están entrenados a servir. Esta concepción que atiende fundamentalmente "enfermedad", da todo "por hecho" y se declara "incuestionable".

- La profesión médica descalifica el conocimiento de las y los usuarios, también se apodera de la experiencia de la paciente para normatizar su comportamiento y que este sirva para los intereses de los proveedores. Un ejemplo claro es la atención del embarazo, parto y postparto, donde, una vez apropiados por los médicos, las prioridades, los tiempos y los supuestos se transforman y empiezan a servir al proveedor en lugar de la usuaria.

Las perspectivas de los problemas de salud y las políticas que se implementan en su favor pueden ser muy diferentes dependiendo de cómo se entiende el fenómeno salud-enfermedad. Si bien en los últimos años se ha tratado transitar de un enfoque predominante biomédico hacia uno que enfatiza su naturaleza compleja multifactorial, el modelo de calidad de la atención es un programa permanente que se ha introducido en el Sistema Nacional de Salud es parte de los cambios que se han realizado en el sector salud, debido a la transformación de la vida económica y política de los países y modernización del Estado.

En las políticas de reforma del sector salud usualmente la descentralización constituye una parte importante, la cual ha sido asumida por muchos reformadores como un objetivo en sí mismo. En mayor o menor grado, los procesos de descentralización avanzan otorgando a los niveles locales poder y autonomía administrativa.

Sin embargo, existe una preocupación creciente respecto al nivel de descentralización alcanzado y su contribución al logro de los principales objetivos de reforma: equidad en el acceso de los servicios, ganar en eficiencia en la asignación de recursos, mejorar la efectividad y calidad de los servicios, proveer un esquema financiero sostenido y generar una participación social activa y corresponsable.

Desde la perspectiva del gobierno federal en nuestro país, el impulso a la participación municipal en la definición de prioridades, la elaboración de programas de salud local, así como la realización y evaluación de actividades, constituye un principio fundamental para alcanzar el pleno federalismo en la prestación de los servicios.

Este enfoque tiende a facilitar el fortalecimiento de la vida institucional de los gobiernos locales y lograr una real participación comunitaria en la solución de los problemas sociales, entre los que sobresalen los de salud pública.

No obstante, a casi dos décadas de experiencias descentralizadoras, no sólo en el campo de los servicios de salud, sino también en otros servicios correlativos-tales como la provisión de agua entubada, drenaje,

saneamiento ambiental, por citar algunos- la atención y el acceso a la salud continúa siendo uno de los principales desafíos en el ámbito gubernamental.

En este panorama, es importante abrir espacios de discusión, basados en experiencias empíricas acerca del alcance real de la descentralización, que lleve finalmente a dimensionar los logros obtenidos y que, en caso de ser necesario, apunte a replantear el proceso y a buscarle una salida adecuada en momento en que parece estar entrando a una fase de estancamiento.

2.2. Antecedentes Internacionales de Política Pública sensible al género

El proyecto de transformación de los servicios de Salud Reproductiva fue una iniciativa de carácter multifacético de dos años de duración emprendida en junio de 1995 por el proyecto de salud de las Mujeres, una organización no gubernamental (ONG) sudafricana, en colaboración con el departamento de Salud y Bienestar de tres gobiernos provinciales de Sudáfrica: Noroeste, Cabo Norte y Provincia del Norte. En Sudáfrica las provincias son las responsables de aplicar las políticas a nivel nacional.

Los objetivos del proyecto de Transformación de los Servicios de Salud Reproductiva (TSSR) eran entre otros los siguientes:

- Fortalecer los servicios de salud reproductiva en las tres provincias.
- Recolectar información que contribuyera a hacer de la salud reproductiva una realidad en los sistemas de salud a través de un proceso que facilitara la apertura al cambio entre los trabajadores del sistema de salud.
- Identificar los obstáculos a la calidad de la atención y los mecanismos para superarlos.

- Mejorar la comprensión acerca del impacto que la desigualdad social, de manera particular la desigualdad de género, tiene sobre la salud y los servicios de salud.

Otro antecedente internacional es La India es conocida por haber sido el primer país que dio inicio a un Programa de planificación familiar oficial en la era posterior a la Segunda Guerra Mundial.

Desde sus inicios en el año de 1952, como elemento fundamental de las políticas de población de la India, el programa de planificación familiar ha experimentado diversos cambios. Sin embargo, su enfoque básico a lo largo de los treinta años transcurridos entre finales de la década de 1960 y el año de 1994 fue el de tratar de controlar la tasa de crecimiento demográfico estableciendo metas asociadas con métodos anticonceptivos específicos. Estas metas constituyen la característica más importante del programa durante este periodo. Los años posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que se celebró en el año de 1994, han sido testigos de importantes cambios en este sistema. A partir de 1996 comenzó a darse una transición en el sector oficial, que ha pasado de un sistema basado en metas anticonceptivas establecidas a nivel central a uno basado en la evaluación descentralizada de las necesidades de salud reproductiva a nivel comunitario.

En esta revisión se evalúa la magnitud del cambio que ha tenido lugar y su sostenibilidad, con énfasis particular en el tema clave de rendición de cuentas por parte de los programas gubernamentales con agencias, al igual que en el papel han jugado por las organizaciones no gubernamentales(ONG) y las comunidades. De esta manera, se examina, entre otras cosas, el papel de las asociaciones de colaboración entre actores gubernamentales y no gubernamentales en este escenario cambiante. Entre junio de 1996 y abril de 1997, bajo los auspicios de Health Watch, se llevaron a cabo en todo el país una serie de talleres regionales con el propósito de evaluar cómo era la política "libres metas" comenzaba a funcionar. A estos talleres asistieron integrante de ONG, investigadores y personal administrativo de programas gubernamentales.

Las conclusiones de estos talleres se consolidaron en una reunión a nivel nacional en la que también participaron representantes gubernamentales y de los donantes. En el periodo transcurrido desde entonces, los integrantes de Health Watch han estado dándole seguimiento al programa a medida que éste evoluciona en la práctica en diferentes partes del país.

Esta revisión se basa en esas evaluaciones. Actualmente Health Watch se encuentra llevando a cabo una serie de evaluaciones más sistemáticas en varios estados de la India.

Desde el inicio de la década de los cincuenta, la política de población de la India ha tenido una orientación demográfica básicamente centrada en disminuir la tasa de crecimiento poblacional. Con base en los resultados anteriores, a nivel central se establecían para cada estado una serie de metas en relación con cada uno de los principales métodos anticonceptivos (esterilización, dispositivos intrauterino, píldoras, condones) Aunque de alguna manera estas metas eran negociadas entre los ministerios gubernamentales centrales y estatales, el papel del ministerio central en el monitoreo y evaluación de los resultados era fundamental. Las metas siempre han sido vistas como un mecanismo programático entre estos dos niveles de gobierno con decisiones tomadas por altos mandos.

2.3 Antecedentes Jurídicos en México

Según el Artículo 123 Constitucional en su apartado XXIX dice Textualmente: Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y sectores sociales y sus familiar.

La normatividad a nivel del Sistema Nacional de Salud es responsabilidad de la Secretaría de Salud, en su carácter de institución coordinadora del Sector Salud, a través de la emisión de la Norma Oficial Mexicana correspondiente y de la determinación de criterios generales para la evaluación de la calidad de la atención médica, con la participación de las instituciones que lo integran.

De lo anterior se derivan documentos sustantivos en dicho sector tales como: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ley de Secretaría de Salud.

En resumen, es el encuadre jurídico que rigen la organización y funcionamiento cotidiano de los Hospitales Públicos y las áreas administrativas que integran el sector salud y su cumplimiento son de vital importancia para el buen desempeño y legitimación de dichas instituciones.

2.3.1 Principales artículos de la Constitución Política Mexicana que contempla los derechos fundamentales de la mujer

Estudiamos las leyes de salud, así como la defensa de las usuarias de servicios y se nos hizo patente que todavía hay muchas ambigüedades y carencias en nuestro sistema legal en lo que se refiere a los derechos dentro de los servicios de salud. Sin embargo identificamos el marco legal de nuestras propuestas de acción, así como de nuestras definiciones (de salud reproductiva y sexual y de calidad de la atención) en diversos artículos legales en México, destacando los más importantes:

Artículos	Ley
El Artículo 4º	Constitución Mexicana.
2,3,27,51,54,68, 75, 102, 103,112, 171,174, 466,468,469, y 47	Ley General de Salud
48,51,52,54,55,80,114,119	Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;
9,19, y 22	Reglamento de la Ley General de Población; Ley
Artículos	
55	Ley Federal del Consumidor
228	Código Penal.

Algunos derechos identificados que validan la exigencia de servicios de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, conceptualizados de nuestra definición de la calidad de la Atención son:

Derecho	De las personas a determinar cuándo, cómo y con quién expresar su sexualidad
	Reproducción de manera libre, informada y segura
	A decidir sobre su reproducción biológica y social.
	A la protección de su salud
	Acceder a servicios básicos de salud (incluyendo los servicios de prevención, de educación, de planificación familiar, materno infantil, atención médica curativa y de rehabilitación) ya sean públicos, sociales o privados.
	Una atención oportuna y de calidad idónea durante el proceso de atención
	Recibir atención profesional y éticamente responsable así como un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares de salud.
	Exigir el proceso de consentimiento informado durante su atención, incluyendo la firma de documentos escritos explícitos.
	Participar en las asesoría, orientación y capacitación en cuanto a la educación para la salud (incluyendo educación sexual) y planificación familiar
	Señalar, reclamar y quejarse ante las autoridades sanitarias, respecto de los abusos y violación en la provisión de los servicios recibidos, o por la falta de probidad de los proveedores de servicio.

El marco legal para el ejercicio de los derechos reproductivos (la mayoría de los cuales están relacionados con la calidad de la atención a la salud de las mujeres) tienen carencias, tal es el caso de la opinión de *Alicia Pérez Duarte "salta a la vista la incongruencia y contradicción"*, la autora señala que el conjunto de normas existentes en nuestro país *"tiende más a controlar la facultad procreativa de la mujer que a favorecer un estado de bienestar efectivo y real en el contexto del derecho a la protección de la salud"*.

Entonces el marco jurídico (reglamentos, normas, leyes de salud) tendrán que trabajar en reformarse para acoger estas necesidades de la mujer, creando o adecuando su marco legal.

En el derecho internacional también valida el reclamo de servicios de calidad específicamente las leyes internacionales de derechos humanos. Rebeca Cook señala *"que los tratados internacionales requieren la aplicación internacional y*

nacional de leyes que aseguren los derechos reproductivos, los cuales se componen a su vez de derechos que deben ser ejercidos y respetados en los países, como el derecho de las mujeres a ser libres de todas las formas de discriminación, el derecho a que alcancen su libertad y seguridad, al matrimonio y a la formación de familias, a la vida privada y familiar, el derecho a la información y educación que tengan acceso al cuidado de su salud y puedan beneficiarse del progreso científico. Lo anterior implica una atención de calidad que procure que las mujeres tengamos un estado óptimo de salud. A su vez se plantea como un efecto *viceversa*, en el que la calidad de la atención a la salud es un vehículo para alcanzar y ejercer los derechos mencionados anteriormente. Cook apunta que en un nivel fundamental, la salud facilita la libertad.

2.4 ANALISIS Y EVALUACION DE UNA POLITICA PÚBLICA SENSIBLE AL GÉNERO

El iniciador del enfoque Analítico de política Pública en América Latina fue Luis F. Aguilar Villanueva (1992) realizo diversos análisis del estudio de políticas públicas, encontrándose con conceptos o nociones interdependiente y complementarias. Por ejemplo De acuerdo a la visión clásica, resumida en la dicotomía entre política y administración, ***“los políticos decidían y los administradores ejecutaban o llevaban a la práctica las decisiones tomadas”*** (Villanueva: 1992:17).

Lo anterior derivo diversos análisis de políticas, en un extremo se ubica la visión racional estricta, con su exigencia de la máxima racionalidad posible en la formulación de políticas.

En el otro, la visión “Incrementalista” que procede por aproximaciones sucesivas y limitadas a los problemas públicos.

Terminando con las contribuciones más recientes, críticas herederas de la posición incrementalista, que concibe el análisis de políticas en términos de artesanías.

Otras aportaciones según los diccionarios:

Aportaciones	Definición
Institucional	la política es elaborada o decidida por una autoridad formal legalmente constituida en el marco de su competencia y es colectivamente vinculante
Decisorio	La política es un conjunto-secuencia de decisiones, relativas a la elección de fines y/o medios de largo a corto alcance, en una situación específica y en respuesta a problemas y necesidades.
Comportamental	Implica la acción o la inacción hacer o no hacer nada; pero sobre todo, es un curso de acción y no sólo una decisión singular.
Causal	Son los productos de acciones que tienen efectos en el sistema político y social.

Para Aguilar Villanueva Política significa: *"Conjunto o secuencia de decisiones mas que una decisión singular acerca de una acción de gobierno particular, algunos la entienden como decisiones de fines y preferencias y distinguen de las decisiones relativas a los medios para alcanzar los medios y los fines. En algunos contextos denota decisiones de objetivos de largo plazo o directrices generales de acción gubernamental que guían las acciones de corto plazo en situaciones específicas". (Villanueva: 1992)*

En el caso de Majone "Las políticas no son solo decisiones en el sentido apenas dicho. Pero añade toda decisión de implicaciones colectivas enfrenta el problema de la comunicación, de la publicidad ciudadana.

Las decisiones colectivas, por lo menos en las democracias, requieren ser explicadas, transmitidas, argumentadas y persuadidas". (Majone: 1978). Integrar la perspectiva de género en la acción regular del Estado, implica permear toda la estructura de las instituciones con un enfoque de equidad. Esto es modificar las leyes, normas, políticas y presupuestos; transformar los métodos de interpretación y análisis de los problemas sociales, la cultura organizacional así como las estructuras organizativas y procedimientos operativos en los tres poderes del Estado y en los ámbitos federal, estatal y municipal; con la finalidad de transformar la desigualdad entre los géneros y garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Se trata de incorporar sistemática y regularmente la dimensión de género en todas las prácticas y actividades del Estado mexicano.

La perspectiva de género propone nuevos criterios para la definición de las políticas públicas. Su novedad consiste en centrar la atención en la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres partiendo de sus diferencias. El reto es visualizar, contabilizar y hacer medibles las condiciones específicas en que mujeres y hombres enfrentan su cotidianidad, para modificarlas.

Si la institucionalización de la perspectiva de género implica una transformación total del ejercicio institucional, la transversalización, por su parte, es una estrategia que transforma la racionalidad de las instituciones y la forma en que ellas abordan los problemas sociales de las mujeres. El efecto de este proceso es que los asuntos de género y las necesidades femeninas ingresan a la agenda global de las políticas sectoriales como un tema cuya atención reorganiza los campos de intervención y los vínculos entre las distintas instituciones del Estado. Uno de los fundamentos principales de la institucionalización es darle a dicha transformación un carácter de cambio sostenido y permanente en el tiempo para garantizar la equidad como una práctica habitual de las relaciones sociales.

Esto es un proceso complejo que requiere aunar voluntades, activar mecanismos, ampliar las conciencias y establecer nuevos compromisos, como personas y como sociedad. El desafío no es menor, nos convoca e interpela a todos, desde lo individual a lo colectivo.

Para la sostenibilidad de este compromiso político, la voluntad de los distintos actores involucrados debe traducirse en tres requisitos básicos: la disposición de suficientes recursos económicos, el desarrollo de un instrumental técnico que sea capaz de incorporar esta nueva perspectiva en la planeación de la política y acciones específicas de intervención que hagan posible el logro de relaciones equitativas. De lo contrario, no haríamos más que imaginar el desarrollo plagado de buenas intenciones mientras la vida de hombres y mujeres transcurre impregnada de injusticia y desigualdad y tendríamos que asumir la responsabilidad del despilfarro de los recursos y de la reproducción de éstas condiciones de exclusión y desintegración social.

2.5 EL ANÁLISIS Y LA DECISIÓN DE LAS POLÍTICAS

El análisis de políticas se puede observar que hay dos posiciones extremas en lo que se refiere a la naturaleza e instrumental del análisis y al papel que puede o debe jugar en la formulación de la política. En un extremo se ubica la visión racional estricta del análisis de políticas que puede quizá reconocer la existencia de diversas y poderosas restricciones pero sin renunciar por ello a la exigencia de la racionalidad máxima posible en la formulación y decisión de la política. En el extremo opuesto, se ubica la visión negociadora, concertadora, de la política, que utilizará táctica o astucia para la decisión y desarrollo de la política.

Las Políticas Públicas se puede concebir como una herramienta metodológica que actualmente está recobrando un mayor énfasis los tres ámbitos de gobierno de la Administración Pública, pero con más énfasis en los gobiernos locales, esto ha permitido una nueva forma de administrar los procesos públicos, es decir, innovaciones diversas: mejoras a la gestión local, nuevos tipos de liderazgo, creativos marcos de interlocución gobierno-ciudadanía, imaginativos programas para atender demandas sociales y empresariales, organismos civiles y no gubernamentales, todos ellos integrados en redes con el fin de promover el desarrollo, prestar servicios públicos, establecer un marco de gobernabilidad, y definir las orientaciones del proyecto local de futuro.

Es en los espacios locales donde más claro es que la acción pública no se refiere a una acción gubernamental aislada, sino a la acción conjunta de agentes diversos. Sin embargo, también es claro que el agente que puede convocar, articular, y "entretejer" la acción de actores diversos con mayor eficacia y legitimidad, es el actor gubernamental. Es para ello que un número cada vez más importante de gobiernos municipales está trabajando.

Es bajo esta creencia que muchos municipios están trabajando. Las inercias de malos gobiernos son fuertes, el centralismo en ocasiones asfixia, la falta de recursos desespera, la apatía social preocupa, sin embargo a todo ello deben enfrentarse en ocasiones grupos gobernantes, y en tres años deben "dar la batalla" en todos esos frentes a la ciudadanía, negociar y atraer más recursos al municipio, mejorar la aplicación y administración de los recursos existentes, y movilizar a la sociedad en torno a un nuevo proyecto.

Es importante mencionar que existe una pluralidad política, tanto municipios del PRI, como del PAN, PRD y otras agrupaciones políticas, coaliciones y municipios de usos y costumbres, han aceptado el reto de enviar sus programas más destacados. En resumen, los trabajos que se han originado en los gobiernos locales han sido a raíz de una mejora de la administración pública con énfasis en la modernización administrativa, técnicas metodológicas, innovaciones, liderazgo eficiente, perfiles de funcionarios de acuerdo a la necesidad del cargo.

2.5.1 Política Social y Cambios de finales de siglo: Contexto y valores en relación con los nuevos actores.

Actualmente la política social ha recobrado una importancia en los gobiernos estimulada por la redistribución de la riqueza en los grupos vulnerables y pobreza extrema, marginados por el mercado, otras como la inserción de organizaciones no gubernamentales que tienen como orientación aplicar recursos en aquellos grupos no atendidos por los gobiernos o la baja cobertura de las políticas públicas en grupos vulnerables.

En el Estado benefactor fue la redistribución de la renta como objetivo de la política social y a partir de los años ochenta, la política social se inscribe en la redefinición de las relaciones entre el Estado, el mercado y la sociedad del último cuarto de siglo.

A Partir del siglo XVIII en Europa, la política social comenzó a ser *“un conjunto de prácticas de ordenamiento portadora de transformaciones que van a actuar sobre el cuerpo, la salud, las formas de alimentarse y de alojarse, las condiciones de vida, y sobre todo el espacio de lo cotidiano”* (Inchaustegui: 1998 65). Lo anterior dio origen al uso de la política social como la respuesta del Estado a la sociedad en sus necesidades prioritarias que tienen derecho a través de un trabajo asalariado. En esta perspectiva la política social se definió como la aplicación de medios públicos, estatales, a la consecución de metas sociales de interés estatal. (Inchaustegui:1998: 65).

En los siglos XVIII y XIX, la política social del conservadurismo fue una estrategia para detener los efectos de la mercantilización de las relaciones sociales en la estructura de clases y de status del antiguo Régimen. El reformismo conservador, por su parte, diseñó una política social paternalista-patriarcal buscaba fundar la conformación de la clase trabajadora asalariada, fabril y agrícola con la lealtad al Estado jerárquico de la época.

En la segunda posguerra, la reforma de este modelo derivó en una versión corporativista inspirada en la doctrina social de la Iglesia. Sobre el principio de subsidiaria, que implica agotar la capacidad de la familia antes de que se justifique la intervención del Estado, dicha reforma buscaba ajustarse a los cambios del capitalismo desarrollado, conteniendo los efectos de la individualización sobre las estructuras primarias de la sociedad. En la vertiente liberal, en relación con la industrialización sostenida entre los parlamentarios y los conservadores ingleses, da cuenta de una prolongada búsqueda institucional que se extendió desde finales del siglo XVIII hasta principios del XX, durante la cual se verifica una experimentación y acumulación de conocimientos sobre los temas sociales, cuyo consenso temprano fue la necesidad de mediar el funcionamiento de la economía sin mermar la privacidad del mercado.

La política social del Estado benefactor es, por ello, expresión de un pacto político e ideológico entre el socialismo de la clase obrera de los partidos socialdemócratas y la igualdad democrático-liberal.

La política social se arma como mecanismo de compensación del mercado, bajo el supuesto de pleno empleo y de una relación Standard de trabajo. Dicha relación Standard suponía un mercado de empleos duraderos a horarios completos, compuesto por individuos de sexo masculino. Con una estructura patriarcal que incorporaba el trabajo doméstico de las mujeres en calidad de "servicios" de asistencia familiar no contabilizados, aunque estaban implícitos en el modelo conceptual de las políticas de bienestar.

2.5.2 Los nuevos referentes de la Política Social

A partir de la globalización de mercados, las políticas públicas deben tomar en consideración el carácter abierto de las economías, los flujos más intensos de intercambio de población y la complejización de problemas que esto supone; por otro lado, las políticas sociales tienen que resolver el problema que plantea el desfase entre el nuevo crecimiento económico y la estructura de clases, cuya característica es el paro estructural.

En lo que respecta al concepto de familia nuclear se debe reconsiderar que actualmente las formas parentales y de convivencia son diferentes por ejemplo: divorcio, recuperación de la familia extensa en ciertos sectores, la generalización de familias unipersonales, con jefaturas femeninas en los hogares). La socialidad comunal, barrial, local, basada en el territorio de residencia común, amplía el ámbito de gestión "familiar" del bienestar. (Inchaustegui:1998: 69).

Por lo anterior los referentes estructurales y culturales de las políticas sociales han cambiado, la redefinición entre lo público y lo privado no puede solo acotarse en la relación Estado y mercado. Lo importante es ubicar nuevos marcos institucionales para la política social en el espacio de intersección de recursos sociales, de mercado y atribuciones políticas. Para los grupos vulnerables la política social forma parte de las actividades obligatorias de cualquier gobierno; no existe ninguna exigencia por parte de ellos en cuanto a oportunidad, eficiencia, calidad de sus políticas públicas;

¿Pero que pasa con aquellos grupos de la clase media? de la sociedad producto de un modelo de crecimiento con bienestar, queda afuera de las políticas sociales. Y se enfrentan a:

- a) La reducción del paquete de servicios provistos por el Estado,
- b) Un mercado de servicios sociales débilmente formado, de calidades desiguales y, en muchos casos, deficientes y sin regulación.
- c) La exclusión de sus criterios, valores y recursos aportables en el diseño de los servicios que se ofrecen, sea por el Estado o por el mercado. Todo ello se resume en la ausencia de marcos institucionales que estimulen y ordenen la acción de organizaciones solidarias.

Sobrevivencia y búsqueda de calidad de vida no son principios que diferencien radicalmente los fines de la activación política de estos sectores. No es que los sectores más altos se movilicen por la calidad y los otros por la sobrevivencia. Las estrategias desplegadas en familias de clases medias para el mantenimiento del status (poder adquisitivo bajo) son parte de una estrategia de sobrevivencia. La participación de los sectores medios populares en organizaciones de derechos humanos, étnicas, feministas, de salud alternativa etc.... son orientadas por el principio de calidad. Frente a esto, las ofertas y de mercado resultan insatisfactorias. Al mismo tiempo, dejan abierto el conflicto de la relación sociedad-Estado en torno a la política social que está más allá del dilema entre la remercantilización y el estatismo.

La limitación de los recursos financieros del Estado, la complejidad de necesidades de bienestar, y amplitud de las organizaciones sociales ligadas a la provisión de satisfactores de bienestar, plantean una tendencia a la sustitución del aparato social benefactor hacia lo que podría llamarse una "sociedad de bienestar". El nuevo reto de del Estado es tomar en cuenta los nuevos conceptos: equidad, eficacia, integración, participación, diferenciación, sustentabilidad (Inchaustegui, 1998: 74). Es necesario elaborar una política pública ad-hoc a los cambios de la sociedad, y dejar a un lado la visión política (visceral) o perseverar intereses de grupos políticos como prioridad en la elaboración de la agenda de gobierno.

2.6 POLITICA SOCIAL Y SALUD

Los problemas de salud de los individuos y familias, de la misma manera que la alimentación y la vivienda, fueron durante mucho tiempo, y hasta primeras épocas de la revolución industrial, asuntos de competencia privada. A medida que surgen y se reconocen los derechos sociales se presume que la formalización jurídica de tales derechos, la protección de su ejercicio y la garantía de que serán respetados no pueden provenir más que de la instancia estatal. Se conforma así lo que se habrá de llamarse "Estado Social o Estado social de derecho" en el que la ley garantiza las libertades de la ciudadanía y el Estado mismo se somete al orden jurídico.

Posteriormente surge el "Estado Benefactor" en la segunda guerra mundial cuando se extendió y afirmó su práctica en diversos países, sobre todo en europeos. Su exigencia fue una fórmula política generalizada todavía en los años ochenta. A partir de entonces, ha ido perdiendo la viabilidad de sus rasgos originales, en parte por la crisis que han debido enfrentar las economías nacionales, y en parte también por un giro reciente en el pensamiento político y social, que busca privilegiar de nuevo la acción y la responsabilidad de los individuos frente a la intervención estatal. Como se menciona en el capítulo I, la crisis del Estado benefactor ha generado, en forma paralela, un debate de amplias dimensiones teóricas y prácticas a cerca de las características que, hoy por hoy, debería asumir el Estado moderno, los alcances de su actuación y el tipo de relaciones que habrán de establecerse entre la esfera estatal y las variadas y numerosas instancias de la sociedad. Con ello se replantea el proceso global de reforma del Estado, mediante funciones, atribuciones, obligaciones y derechos recíprocos entre la sociedad y el Estado. Surgen organizaciones no gubernamentales, grupos cívicos y asociaciones de diversa índole que ejercen autonomía en la relación a la influencia estatal en su organización, administración interna y modos de operar.

Las políticas sociales aparecen como instrumento deliberado del poder estatal para dar contenido y realidad a los derechos sociales jurídicamente establecidos.

Existe un reconocimiento explícito y la aceptación de la obligatoriedad inherente a tales derechos de tal manera que, con frecuencia se establece una relación directa entre el cumplimiento de estas responsabilidades y la legitimidad de quienes ejercen el poder (León, 1998:237). Toda política social se expresa como respuesta programática de un gobierno a cualquiera de las necesidades percibidas en el conjunto de la sociedad, o al menos en un sector considerable de ella. En un sentido más afinado, se realiza cuando la acción gubernamental enfoca directamente la protección diferenciada y específica a los sectores y grupos más necesitados y vulnerables de la sociedad: ancianos, niños, desempleados, enfermos, inválidos. En cualquiera de los casos, la política social y su instrumentación realizan la función reguladora de los equilibrios alterados por las desigualdades que se generan en la sociedad. (León, 1998:238).

El tema de salud es de competencia de la política social, no es solamente un fenómeno biológico individual. Porque actualmente se entiende que los factores sociales, ámbito social y el entorno inmediato propician el estado de salud óptimo o pésimo del individuo. La salud es un factor importante para que el trabajador desarrolle sus actividades de la mejor manera, entonces es de competencia pública; por ser de carácter universal, corresponde a todos los integrantes de la sociedad. Actualmente existen diversas formas de diseño e instrumentación de políticas de salud. En algunos países, el cuidado a la salud de la población y la prestación de los servicios médicos depende exclusivamente de un ministerio de salud; en otros un sistema de seguridad social; En ocasiones, el Estado asume la responsabilidad de prestar directamente los servicios, mientras que en otras únicamente se reserva la planeación, reglamentación y control de las instituciones. En América Latina los primeros servicios de salud respondían a fines filantrópicos y de caridad, en los hospitales y asilos de instituciones religiosas o en algunas fundaciones particulares. La participación de la autoridad pública durante siglos fue escasa, salvo en momentos de epidemia, y se reducía por lo general a algunos aspectos sanitarios.

Es recientemente cuando el Estado lleva la instauración y desarrollo de la seguridad social, y que incluye esquemas de servicios médicos para los asegurados (trabajador) y sus familias.

Desde finales del siglo pasado en Europa y desde principios del presente en los países latinoamericanos, los sistemas de seguridad social se han utilizado como uno de los instrumentos más eficaces de la política social. En los primeros seguros sociales, la atención a la salud constituía uno de los objetivos básicos; ahora, después de un largo proceso evolutivo de las teorías y de las instituciones, no se concibe un sistema de seguridad social que no tenga como una de sus finalidades cumplir con la protección de la salud.

La ley específica sustenta en cada país la creación y funcionamiento de los sistemas de seguridad social. Con excepción de los países que han logrado la cobertura universal de su población, en los demás se ha originado una cierta confusión ya que, en principio, existe un derecho universal a la salud reconocido por el Estado, mientras por otra parte, la ley que establece la seguridad social

otorga un derecho más explícito a favor de aquellos a quienes como " sujetos de aseguramiento", al tiempo que margina a quienes no entran en la definición. (León, 1998:241).

En México existe un Sistema Nacional de Salud compuesto por sectores de salud: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto social para trabajadores del Estado, Secretaría de Salud, Fuerzas Armadas. Se comprueba lo que dice el autor que existe reglamentación de instituciones que excluye al ciudadano de sus servicios; por ejemplo en el IMSS se tiene que acredita el carácter de asegurado para tener acceso a los servicios médicos. También existe una larga tradición donde el Estado asume funciones especiales de protección a los sectores menos favorecidos como son campesinos y trabajadores de la construcción. Ya en la constitución de 1917 aparece como asunto de utilidad pública la protección del trabajador contra enfermedades y accidentes. Por los años veinte, ante las epidemias que padecían la población, se creó el Departamento de Salubridad.

Entre 1920 y 1940 se promulgaron varias leyes y decretos sobre aspectos particulares de protección a la salud, a los derechos y al bienestar de los trabajadores. Punto culminante fue en 1931 la expedición de la Ley Federal del Trabajo.

En 1943 comenzó a existir y actuar formalmente la seguridad social en México, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social. En ese mismo año se estableció la Secretaría de Salubridad de Asistencia. Años más tarde (1960) nació el ISSSTE, orientado a otorgar los servicios de seguridad social a los trabajadores al servicios del Estado. Los miembros de las fuerzas armadas cuentan desde 1976 con su propio Instituto de Seguridad Social, y en 1977 se fundó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En 1983 el derecho a la salud quedó formalmente consagrado en la Constitución de la República y desde 1984 está vigente la Ley General de Salud, que ordenó el Sistema Nacional de Salud. A la fecha, todas las posteriores formulaciones de política social han reconocido la vinculación y repercusión mutua entre la salud de la población y los aspectos de alimentación, vivienda, higiene ambiental y seguridad laboral, así como también la relación directa entre los contenidos de una política social y las posibilidades de un desarrollo integral.

El sistema Nacional de Salud tiene atribuciones para planear, coordinar e integrar las actividades y programas de las instituciones públicas relacionadas con la salud de la población, y para concertar acciones con el sector privado. La secretaría de Salud, además de su competencia como coordinadora de todo el sector, ejerce las funciones de salud pública y el otorgamiento de servicios médicos a población abierta. Las instituciones de seguridad social, por su parte, han seguido dedicando a los servicios de salud una proporción mayoritaria de sus recursos y programas.

Actualmente el sector salud a través de sus instituciones tiene más de 50 años en donde acumulado, personal especialista (capital humano, experiencia, técnicas, tecnología etc) infraestructura de los servicios. A la fecha más del 60 por ciento de la población tiene seguridad social en México, otro 20 por ciento es atendido por la Secretaría de salud y el restante se inserta en los hospitales militares y privados.

Los principales problemas que presenta hoy en día los servicios de salud son: ha aumentado la esperanza de vida al nacer, ha disminuido la mortalidad materna e infantil y se han erradicado algunas de las enfermedades tradicionales; pero se han desarrollado enfermedades crónicas por ejemplo: diabetes, hipertensión, infartos, enfisema pulmonar etc.): problemas administrativos y/o laborales como aumento de jubilados (pasivos) en las nominas vigentes; contratos colectivos

dinámicos, encarecimiento de los costos de insumos para la salud, demanda de sus usuarios etc. Por lo anterior los sistemas de seguridad social deben reformarse a los nuevos patrones de enfermedades sociales (alcoholismo, drogadicción, anorexia, estrés etc...) no para atenderlos sino para utilizar las estrategias de prevención y educación sobre el cuidado de la salud.

Los avances en la ciencia médica y la efectividad creciente de sus recursos tecnológicos participan claramente en el actual fenómeno de la globalización mundial, de tal manera que, al menos en principio, ciencia y tecnología modernas son accesibles a la práctica médica. Esto puede contribuir que se cumplan las metas de la política integral y universal de salud en el futuro.

2.6.1 La perspectiva de género en los proyectos de desarrollo y su diferencia con la Perspectiva de mujer y desarrollo

A partir de los años setenta se ha considerado a la política social enfocada a la Mujer como *“objeto”* de políticas por dos razones antagónicas: su vulnerabilidad y su situación de minusvalía y, simultáneamente, por su capacidad por resolver estrategias de sobrevivencia tanto el grupo familiar como en la comunidad. Al paso del crecimiento de las políticas también crecieron los servicios sociales comunitarios proporcionados por organizaciones de mujeres semivoluntarias: las cocinas populares, los centros de cuidado infantil, centro de salud comunitarios; muchas más invenciones han salido al paso de las necesidades populares, cada vez menos resueltas por el Estado: *“Para que las políticas hacia la mujer favorezcan a largo plazo la igualdad de los géneros deberían promover que las participantes pudieran visualizar sus propios intereses, crear mecanismos de entrenamiento profesional para roles no tradicionales y manejar posibilidades técnicas de capital para que sus proyectos sean exitosos”*(Schmukler: 1994: 349). También significa abordar el problema de la reproducción de las unidades domesticas pues, en tanto sigan totalmente en manos de la mujer, no le permiten a ésta participar de manera igualitaria de los beneficios del desarrollo.

Abordar el problema de la reproducción significa incorporarlo como problema en los proyectos y prever financiamiento para su resolución colectiva y por otro lado, evaluar las consecuencias que tendrán los proyectos de desarrollo en las relaciones de poder entre los géneros dentro de la familia, institución que actúa de mediadora con las demás instituciones sociales, posibilitando o trabando las transformaciones de las mujeres hacia su autonomía. Desde el punto de vista del objetivo estratégico de la igualdad de los géneros, los proyectos deberían facilitar la participación de las mujeres como ciudadanas en el sentido de convertirse en actoras de sus propias transformaciones, posibilitando su incidencia en los procesos de decisión en las instituciones sociales (Orloff Ann Shola: 1993).

A menudo se considera que al apoyar a la mujer en actividades tradicionales tales como cocinar, coser, cuidar niños etc., se favorece al crecimiento económico, esto es a la inversa se fomenta que el hombre tenga más ingerencia en las labores que no son permitidas a las mujeres; lo anterior desarrolla una responsabilidad femenina sobre actividades de control de la familia para cuidar a los niños y tomar por sí sola medidas de control de la natalidad sin consulta previa a su pareja. Las políticas de desarrollo que se han focalizado en las mujeres como destinatarias han soslayado el papel del hombre en la reproducción, lo que propicia su ausencia, su falta de compromiso en las resoluciones y prácticas anticonceptivas. Dicha marginación ha sido cómplice en las relaciones de poder en la pareja y en la familia que segrega a la mujer en las decisiones, al mismo tiempo que la deja sola para resolver estrategias de sobrevivencia familiar.

Dichas políticas no solo han reforzado la continuidad del rol de la mujer en la reproducción del grupo familiar sino que, bajo las políticas de ajuste estructural, también la han hecho responsable de tareas de reproducción a escala social en proyectos comunitarios de salud, cuidado infantil, cocina popular, sin la adecuada remuneración y reconocimiento social. Las políticas de población que supuestamente benefician a la mujer deberían monitorear de manera permanente si: los proyectos incrementan la productividad y acceso al mercado de trabajo, plantean modalidades para atender las prácticas sociales; hacen a la mujer única responsable de la reproducción y única responsable de la reproducción y única practicante del altruismo familiar. (Schmukler, 1994: 350).

Las perspectivas de Mujer y desarrollo conciben como problema la exclusión de las mujeres de los recursos reproductivos y del proceso en marcha.

- a) El enfoque del bienestar es el más antiguo. Los programas de bienestar nacieron después de la segunda Guerra Mundial para garantizar la reconstrucción social y estaban dirigidos a los "grupos vulnerables, dentro de los cuales estaban las mujeres" (Moser, 1991). En América Latina se iniciaron conjuntamente con los programas de ayuda económica destinados a fortalecer la producción industrial y agrícola de capital intensivo.

El objetivo era incrementar la capacidad productiva de la fuerza laboral masculina. Las mujeres eran consideradas- al igual que los minusválidos- como "grupo vulnerable".

En el primer mundo estos enfoques de bienestar fueron los primeros en identificar a las mujeres como beneficiarias principales. Se fundamenta en tres supuestos básicos: las mujeres son receptoras pasivas del desarrollo; la maternidad es el rol más importante de las mujeres en la sociedad y el más efectivo para el desarrollo económico. La mujer es enfocada, por lo tanto, en relación con su rol reproductivo y como agente de mejoramiento del bienestar de la familia.

A partir de los setenta, la política de bienestar ha sido ampliada para incluir el control de la población mediante los programas de planificación familiar, identificando a las mujeres como responsables primarias de la reducción del tamaño de la familia y a este factor como fundamental para reducir la pobreza. La preocupación de tales políticas de bienestar es satisfacer necesidades prácticas de género vinculadas en el rol reproductivo de la mujer, sin favorecer simultáneamente su independencia (Moser, 1991)

b) La perspectiva "antipobreza" supone que la desigualdad entre hombres y mujeres se basa en las diferencias de ingresos y no toma en cuenta lo suficiente las razones de tipo cultural y social, ni las situaciones de subordinación vinculadas con datos psicosociales. Supone que para erradicar a la pobreza y promover un desarrollo económico balanceado se requiere incorporar a la mujer en el mercado de trabajo sin discriminaciones y lograr aumentar la productividad de las mujeres en los hogares de bajo ingresos.

Admite las desigualdades de las mujeres en relación con los hombres y que sus causas son la falta de acceso a la propiedad privada de la tierra y del capital y la discriminación social del mercado de trabajo. En esta perspectiva, las estrategias de desarrollo se han basado en pequeños proyectos de generación de ingresos para mujeres. Estos proyectos han sido llevados a cabo en general por organizaciones no gubernamentales (ONG) que han proliferado desde principios de la década de los setenta, buscando incrementar las opciones de empleo y la productividad de las mujeres.

Dicha estrategia ha hecho que: los proyectos se mantengan en pequeña escala; las organizaciones que los llevan a cabo estén integradas totalmente por mujeres; se desarrollen a partir de donaciones provenientes de fundaciones más que de préstamos de agencias internacionales o bilaterales; las actividades que realizan refuercen los roles tradicionales femeninos recargando sus horas de trabajo no pagas. En un reporte de Banco Mundial que realiza un balance de la década 1975-1985 se plantea la necesidad de influir más claramente en el aumento de la productividad de las mujeres, Establece una relación entre el incremento de la productividad de la mujer con el mejoramiento de las condiciones de vida de la familia y la reducción a largo plazo de las tasas de fertilidad. La promoción de cambios sociales y culturales solo se limita a los que permitan el aumento de la productividad económica de las mujeres.

c) El enfoque de Eficiencia, por último, deriva de las políticas de ajuste estructural promovidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional desarrolladas desde mediados de los setenta. Estas políticas, sobre todo las de privatización de servicios del Estado, supusieron un desplazamiento de "costos de economía remunerada a la impaga" fundamentalmente apoyándose en el trabajo gratuito de las mujeres (Moser 1991). Los recortes presupuestarios aplicados por los gobiernos en salud, educación y subsidios a alimentos han obligado a organizar servicios comunales, donde la tarea de las mujeres de distribución o producción es impaga o remunerada por muy debajo del salario mínimo.

La proliferación de servicios a los sectores pobres en los últimos años se basa en el voluntariado de las mujeres, que si bien les ha permitido organizarse, cabe preguntarse hasta que punto ha profundizado las desigualdades del genero (Barrig, 1992:).

d) La perspectiva del genero plantea como objetivo de desarrollo la igualdad de los géneros; para ello hace hincapié tanto en los aspectos económicos y políticos como en los personales; tanto en los que se refieren a las condiciones materiales como en las situaciones subjetivas de los individuos; tanto en los que tienen con la participación de la mujer en el mundo público como con las relaciones de poder y autoridad en el mundo familiar.

Supone que los proyectos de desarrollo debieran tener en cuenta al sistema de género en cada sociedad para asegurar la participación igualitaria de hombres y mujeres y que las estrategias tendieran a asegurar la igualdad entre los géneros en todos los planos de la vida social.

Este objetivo estratégico se traduce en la necesidad de facilitar y revertir su posición de subordinación, tanto en la esfera pública como en la esfera privada. Para ello, además del control de recursos productivos, hace hincapié en: la participación colectiva; el entrenamiento de las mujeres para el liderazgo y la cogestión en los proyectos; el desarrollo de nuevas formas de gestión que permitan la participación más igualitaria de los miembros y el entrenamiento de mujeres y hombres en los proyectos para comprender las limitaciones y barreras que impiden la participación igualitaria.

Las investigaciones sobre el papel que tiene el género en la distribución de la pobreza dentro de la familia contribuyeron a que las ONG y las organizaciones feministas otorgarán un papel fundamental a la orientación de género en los proyectos de desarrollo. Esta orientación produce todavía mucha resistencia en las intervenciones de los gobiernos y organismos internacionales. Se demostró que la distribución de recursos dentro de los hogares no es igualitaria; que tampoco lo son los niveles de consumo y de vida de todos los miembros de una misma unidad doméstica familiar y que el bienestar de los miembros de una unidad doméstica está determinada por el modo como se generan tales recursos y por la manera como son administrados.

El nivel de bienestar de la unidad doméstica no va a revelar el bienestar dentro del hogar no es justa ni igualitaria. Es decir, se demostró que las relaciones de poder que privan en la pareja conyugal permiten que los hombres tengan una mayor probabilidad de control del uso de los recursos, por el hecho de que ellos son quienes generan mayores ingresos, en comparación con las mujeres que producen menos y desarrollan mayor cantidad de horas de trabajo impagas. Son también los esposos quienes se benefician de una cuota mayor de recursos familiares para uso personal que otros miembros del hogar. Aun en hogares pobres se ha comprobado que los hombres retienen más dinero personal para el tabaco, alcohol o pasatiempos (Glendini y Millar 1991)

En segundo lugar, se demostró que, por su papel de madres y amas de casa las mujeres tienen menos control sobre las decisiones de compra de objetos durables; pero a su vez, cuando tienen acceso a ellos, no obtienen por sí los objetos que les brindan autonomía y placer y que confieren status. Por ejemplo, está claro que la mujer ama de casa tendrá mayor control sobre un lavarropas que sobre un automóvil por parte del hombre; fundamentalmente para satisfacer sus propias necesidades de autonomía y transporte.

Por otro lado, la mujer es responsable de la administración de los recursos escasos y del desarrollo de estrategias de sobrevivencia familiar sobre la base de utilización de numerosos recursos personales que le plantean una mayor entrega personal de horas, compromiso y responsabilidad en tareas no reconocidas, invisibles, económica y socialmente.

La situación de subordinación de las mujeres por sus condicionantes de género se cruza con otras variables de clase, grupo étnico y etapas de su ciclo vital. La subjetividad se constituye con base a múltiples identidades, tanto en las que tienen más permanencia estructural (vinculada con la familia de origen, las relaciones primarias, la clase, el grupo étnico o el sexo) y las coyunturales de pertenencia a entidades colectivas (grupos políticos, comunitarios, sindicales etc.) y a grupos de pares vinculados con las etapas del ciclo vital. Estas múltiples identidades se interrelacionan y producen una configuración personal específica. Se movilizan selectivamente en respuesta a los procesos políticos, económicos y culturales específicos.

Los cambios en la identidad de género de las mujeres tienen una extraordinaria significación en sus posibilidades de adquirir poder y autoridad personal. La identidad de género tiene que ver no con sus cualidades biológicas por el hecho de haber nacido mujer, sino por el lugar social que le toca desempeñar en función de las múltiples determinaciones culturales de la feminidad y la masculinidad, cruzadas con dimensiones de orden económico y político. En los proyectos de desarrollo la reflexión sobre su identidad de género favorece el reconocimiento que tienen las mujeres en cada proyecto de desarrollo no entraña aislamiento, sino integración en proyectos más amplios y en organizaciones mixtas, con objetivos específicos diferenciados.

Es importante diferenciar la autonomía de las mujeres como estrategia de poder colectivo y personal, de la autonomía como un modo de encierro en grupos de mujeres similares al "encierro doméstico". El grupo de mujeres puede ser un instrumento al servicio de estrategias de autonomía para insertarse en espacios sociales nuevos y conflictivos.

e) El enfoque de la equidad económica

Esta perspectiva se desarrolló en un proceso de crítica a los enfoques antipobreza y de bienestar, a la necesidad de plantearse el problema de que la modernización no había ayudado automáticamente a la igualdad de los géneros; por el contrario, los modelos de desarrollo capitalista habían exacerbado la desigualdad entre hombres y mujeres (Mosser op.cit). Buvinió identifica un problema central: la necesidad de responder a la desigualdad de los hombres y mujeres en el mercado, mediante un incremento considerable en la independencia económica. El enfoque de la equidad presta particular atención a la necesidad de iniciar un proceso de redistribución social donde las mujeres de todas las clases sociales salgan ganando. *Eso significaría aplicar políticas de discriminación positiva si fuera necesario.*

La orientación de la equidad tropezó con múltiples problemas: la dificultad de encontrar parámetros de medición de la equidad; las barreras políticas que levantaban las agencias de desarrollo para aceptar orientaciones que significaban en la práctica una redistribución del poder. Por otro lado, aceptar el principio de la equidad no significó que se garantizará su puesta en vigor.

Tampoco las medidas legislativas tienen el efecto si no son empujadas por la ciudadanía. Enfoques basados en objetivos estratégicos de género, como el de la equidad, se desarrollaron con fuerza a partir de mediados de los ochenta, pero sobre todo empujados por las Organizaciones No Gubernamentales de Mujeres, mediante el empoderamiento.

Una conclusión de los estudios de género y pobreza es la necesidad de prestar mucha mayor atención a: por quién, para quién y para que se gasta el ingreso dentro de la unidad doméstica.

Es necesario poder determinar cómo las diferentes formas de consumo están relacionadas con las distintas fuentes de generación de ingresos. Es necesario distinguir los diferentes usos del tiempo dentro de la unidad doméstica que hacen los hombres y las mujeres, cómo están retribuidos diferencialmente tales usos y cómo contribuyen al bienestar de unos y otras. Dichas consideraciones metodológicas tienen repercusiones en las políticas.

En particular, tener en cuenta que en el hogar los recursos afectivos son tan fundamentales como los económicos y contabilizarlos a ambos como recursos iguales incorporados en el hogar por parte de hombres y mujeres. En segundo lugar, considerar que tanto los hombres como las mujeres son proveedores económicos con igual estatus dentro del hogar tendrían repercusiones en políticas y facilitaría el entrenamiento de las mujeres para obtener calificaciones competitivas en el mercado de trabajo; se tomarían medidas de igual pago por el mismo trabajo e iguales obligaciones de cuidado infantil para trabajadores de ambos sexos, lo cual facilitaría el desarrollo de guarderías infantiles de todo tipo de empresas.

f) El enfoque del empoderamiento (*empowerment*)

Es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, organizaciones y comunidades para ganar el control sobre sus propias vidas en la comunidad y en el marco social más amplio. (Schmukler: 1994:356)

El concepto de empoderamiento incluye los siguientes aspectos:

Empoderamiento	Implica
	Un sentido de comunidad entre los participantes en el proyecto
	Un sentido de reducción de aislamiento y de sociedad de los participantes
	Aprendizaje de capacidades para tomar decisiones aprendizaje de nuevas calificaciones y aprendizaje de roles.
	Aumento de la autoridad y confianza en sí mismo y en el poder del grupo.
	Creatividad para imaginar actividades que resuelvan necesidades
	Cambio de valores, actitudes y comportamientos adecuados a la resolución de necesidades e intereses personales o grupales

En los proyectos para hombres y mujeres, éstas no tienen el mismo sentido entrenamiento que aquellos para reconocer sus intereses y, menos aún; para expresarlos y llevarlos a la práctica exitosamente. Las estrategias de empoderamiento (empowerment) son necesarias para los siguientes propósitos:

<p>Las Estrategias de empoderamiento son necesarias para:</p>	<p>Para que las mujeres participantes esclarezcan por sí mismas sus intereses diferenciales, a partir de sus situaciones personales</p>
	<p>Para que identifiquen los obstáculos que en el proyecto les impidan alcanzar sus objetivos (horarios de reuniones, dinámica de los grupos que no les permite incluir sus voces, liderazgo autoritario que no prevé ni tolera diferencias, etc</p>
	<p>Para que identifiquen actividades o subáreas dentro del proyecto que les permitiría satisfacer sus necesidades</p>
	<p>Para identificar los tipos de organización que deben generar para resolver las actividades que identificaron</p>

g) El enfoque de la democratización familiar

Este enfoque está siendo aplicado aún en toda su magnitud. Las estrategias de *empowerment* producen consecuencias en el terreno de la democratización familiar, pero todavía no están evaluadas ni programadas. Sería necesario que el enfoque de la democratización se promueva simultáneamente desde los gobiernos y desde las ONG. Y, sobre todo, que las ONG garantizarán que este enfoque no quedará en meras formulaciones, lo cual permitiría garantizar, por un lado, el éxito de los proyectos y por otro, promover, medir y controlar los procesos de igualdad de género en la familia.

Con esto pretendemos dar una respuesta a las fallas de los proyectos de desarrollo encontradas en las investigaciones de género y pobreza. La democratización familiar traería como consecuencia que todos los miembros incluso los que en el pasado han estado relegados o subordinados,

específicamente las mujeres pudieran participar de manera más igualitaria en las nuevas responsabilidades y decisiones familiares, así como gozar de los beneficios del desarrollo. La democratización familiar supone producir cambios en:

<p>1. Flexibilizar la división sexual del trabajo doméstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación igualitaria en las responsabilidades domésticas. • Participación igualitaria de ambos miembros de la pareja conyugal en las decisiones de consumo. • Participación del hombre, esposo, compañero o padre, en las tareas de mantenimiento de la casa y reproducción cotidiana • Participación igualitaria de ambos cónyuges en las tareas de generación de ingresos
<p>2. Terminar con el autoritarismo y la violencia en las relaciones conyugales y entre padres e hijos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buenos tratos en las relaciones de pareja. • Buenos tratos entre padres e hijos
<p>3. Distribución igualitaria de todos los recursos familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patrimonio familiar (Casa, auto, inmuebles, cuentas bancarias)

Capítulo III

3.1. Antecedentes, Objetivos y lineamientos del Programa de Calidad de la Atención Médica en el sector Salud

El sistema de servicio a la salud a través de sus instituciones ha realizado diferentes esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios, a finales de 1950, es cuando se realizan las primeras aproximaciones en el IMSS a través de auditorías médicas. Entre 1985 y 1986 destaca la implantación de los primeros ejercicios en relación a la calidad médica, los llamados "*círculos de calidad*". Fue con el apoyo de consultores norteamericanos, que se implementaron dichas estrategias, teniendo interrupciones en los noventa. Es hasta mediados de dicha década cuando se retoma la preocupación de elevar la calidad de la atención médica a través de la creación de una Unidad de organización y calidad y que posteriormente sería elevada a nivel de Dirección; con la implantación del Plan Integral de Calidad (PIC), y del premio IMSS de Calidad, diseñado con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Calidad Total en su primer año, y para el año 2000 de la Universidad Iberoamericana. A lo anterior se le debe agregar el desarrollo del sistema de encuestas de satisfacción, estudios de percepción de los derechohabientes y un sistema altamente efectivo de información y orientado para estos. Sin embargo, debido a la magnitud de la Institución no fue suficiente, una de las limitaciones de dicho programa era que Nivel Central utilizaba los datos generalizados, por ende el cambio en la cultura organizacional de sus Unidades Médicas era lenta, e imposible, de tomar decisiones descentralizadas; tal vez una de sus limitaciones se deba a la concentración de información de Nivel Central, puesto que únicamente era de uso exclusivo para las autoridades centrales, dejando a un lado la administración local.

Para la Secretaría de Salud los antecedentes datan de 1997 con el programa de Mejoría continua de la Calidad de la Atención Médica. Desde entonces, y hasta el final del año 2000, fue implementado en 28 estados de la República. Este programa, coordinado por la dirección de Calidad de la Dirección General de Regulación de servicios de Salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo nivel en la historia de la institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades.

La Secretaría de Salud impulsó también la certificación de los hospitales "*amigos de la madre y el niño*" y la certificación de jurisdicciones sanitarias. A través del Consejo de Salubridad General se inició en 1999 el Programa de Certificación de Hospitales cuyos resultados cuantitativos a finales del año 2000 rebasaron las expectativas fijadas, no así en lo cualitativo del proceso, pues se identificaron importantes problemas que pusieron en riesgo su credibilidad. Sin duda alguna, una de las iniciativas más importantes de la Secretaría de Salud en esta materia fue la creación en 1996 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el desarrollo de sus homologas en varios estados de la República, este órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, es de carácter autónomo, la ventaja que tiene de otros órganos similares es que siendo especialista en términos de salud permite reformar el marco jurídico a través de (Norma Oficial Mexicana) en los procesos del sistema nacional de salud funge como la receptora de quejas relacionadas con la salud, donde se atiende de manera procesal y tiene por finalidad formular recomendaciones generales para mejorarla atención médica.

También durante la segunda mitad de la década de 1990, los servicios médicos de PEMEX e ISSSTE desarrollaron esfuerzos que revelan el interés del sector público en mejorar la atención a sus derechohabientes. A lo que respecta al sector privado, destaca en 1992 la creación de la sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, la cual convocó en ese mismo año en la ciudad de México, en coordinación con la Internacional society for quality in Health Care, al congreso Mundial de Calidad de Servicios de salud, realizado por primera vez en una País de América Latina.

Hacia 1995 se crean las primeras empresas privada especializadas en la consultaría sobre el tema. La primera de ellas enfocada en la evaluación y los procesos de mejora continua de la calidad técnica; la segunda especializada, en la evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios de salud.

En 1997 se concedió el primer Premio de Calidad Estatal, en Nuevo León, a una organización de salud; la clínica Cuauhtémoc y Famosa del Grupo FEMSA, igualmente se otorgaron premios estatales con los cuales se distinguió, por ejemplo al Hospital de PEMEX en salamanca, a la oficina central de la Secretaría de Salud de Guanajuato, y a hospitales IMSS y SSA en Veracruz y Tabasco.

Por lo anterior el Gobierno Federal Implemento en el programa Nacional de Salud 2001-2006 la estrategia de "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud" para abordar el sistema nacional de salud. Dicha estrategia nacional, rescata el valor de la calidad en sus procesos de atención médica en criterios técnicos como interpersonales que influyen en la cultura organizacional del sistema de salud.

El enfoque de una estrategia de calidad depende del nivel de desarrollo del sistema de salud en el cual se pretende desplegar. Así en un sistema con un financiamiento suficiente y sustentable que ha resuelto problemas de coberturas; de equidad; y desarrollo gerencial logrando impactos consistentes en las condiciones de salud de la población; la estrategia de calidad puede orientarse a las intervenciones de aseguramiento de calidad; focalizando esfuerzo; de manera casi exclusiva; en la acreditación o certificación de unidades de servicio y de las competencias de sus profesionales de la salud; para así garantizar que el sistema desarrolla continuamente lo ya logrado en materia de calidad; en estos casos la calidad puede ser comparada con la cereza del pastel.

En sistemas con graves problemas en su funcionamiento por rezago crítico en su estructura y capacidad de respuesta, cualquier intervención en materia de calidad que no se le preceda o acompañe de una fuerte inversión y atención a la infraestructura y capacidad instalada, difícilmente prosperará. En otros, tal vez como México, en donde existe poco avance en su desarrollo, y este mismo desarrollo permite identificar los retos y debilidades, la calidad puede ser parte de una política y una estrategia integral que complementa otras inversiones para mejorar las coberturas, la equidad, la viabilidad financiera del sistema, y la justicia financiera para sus usuarios.

En estos casos por ejemplo, la heterogeneidad y variación de los niveles de calidad son en sí síntomas de inequidad por lo que la estrategia de calidad debe ser también integral y evitar poner foco en un solo tipo de acción. En tal situación la calidad no sería comparable con la cereza del pastel; por el contrario, debe formar parte de la elaboración del pastel.

- Una estrategia de calidad en un sistema de salud no es viable si no forma parte de una política o proyecto claro de la alta dirección del sistema y de sus componentes; para lograr esta situación de manera consistentes, es necesario que se visualicen y concreten experiencias exitosas que le den valor a la calidad como valor en la organización del sistema.
- Para el diseño de intervenciones en materia de calidad es importante considerar que los sistemas de salud son sistemas adaptables y complejos, no son sistemas que puedan entenderse y dirigirse con enfoques mecánicos, simplistas. La complejidad de un sistema de salud radica en las múltiples y a la vez complicadas interconexiones de los diferentes elementos que la componen, en las influencias que recibe de otros sistemas, así como por la recurrencia circular de esas influencias.
- De tal forma que para diseñar, difundir, desplegar y evaluar una estrategia de calidad es necesario considerar las interacciones que condiciona la salud de una sociedad y las que determinan el tipo de relación que se establecen entre esa sociedad y el Estado así como la relación entre las organizaciones que integran el sector salud e incluso la organización interna de las unidades prestadoras de servicio.
- Por otro lado, la parte humana del sistema la que le da la característica de adaptabilidad a un sistema de salud, son las personas (pacientes, familiares, trabajadores de salud, directivos) los que tienen la capacidad de resistirse y también la capacidad de aprender y cambiar como resultado de la experiencia. Son los recursos humanos del sistema de salud los que lidian cotidianamente con la complejidad del mismo y hacen posible su adaptabilidad.

Por estas razones la Cruzada se propone como estrategia de Intervención gradual, progresiva y también adaptable, en materia de calidad para el sistema de salud mexicano y que considera a sus trabajadores, con sus talentos, dificultades y realidades, como eje la factibilidad en el logro de los objetivos de la misma.

El modelo conceptual de esta estrategia considera un marco de valores relacionados con el humanismo en la concepción y atención de la salud y la administración del sistema, y en ese marco la interacción entre riesgos, beneficios y costos para el paciente y la sociedad. Considera también la importancia de un liderazgo que con orientación estratégica facilite e impulse el cambio en la gestión de los componentes clave del sistema con enfoque en resultados de calidad.

MODELO CONCEPTUAL DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

UN SISTEMA DE SALUD DE ALTA CALIDAD

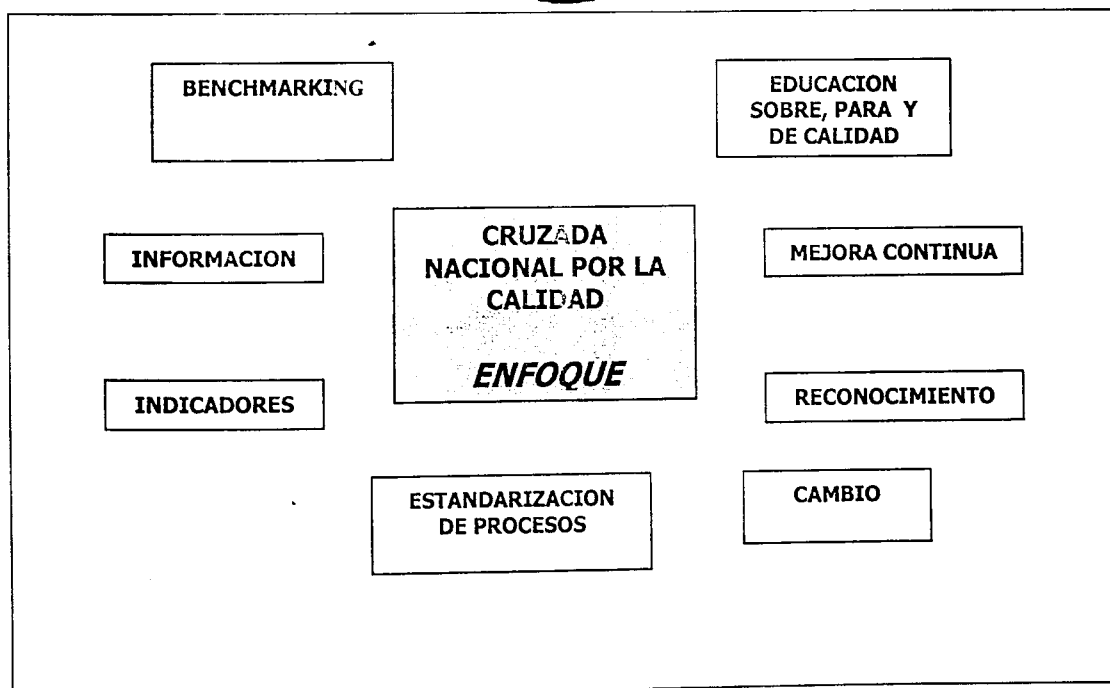


FIGURA 1 El modelo conceptual de la cruzada incluye un marco de valores relacionados con el humanismo en salud y en la administración, así como una serie de elementos que integran al diseño y practica de la estrategia.

El programa Nacional de Salud 2001-2006 para elevar el nivel de calidad de los servicios que se proporcionan en las unidades de atención médica de toda la República mexicana, a través de su estrategia de Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de Salud, implemento desde el año 2002 el Premio Nacional de Calidad de SSA, que se convirtió en un estímulo de motivación para los servicios de Salud de la Secretaría, incrementándose en un número cada vez mayor de las unidades que han adoptado un sistema de gestión de calidad.

Otra Modalidad de la Cruzada es el conocer tu opinión sobre la calidad y la calidez que recibes de los servicios de salud en el país. A fin de mejorarlos, y darte un trato DIGNO, se han iniciado una serie de acciones, que están presentes en el Plan Nacional de Salud. **CALIDATEL** pone a disposición de los ciudadanos un servicio telefónico, para que los usuarios de los servicios de salud a nivel nacional e interinstitucional cuenten con una forma gratuita de comunicación desde cualquier parte del país, en donde se reciben sus sugerencias, felicitaciones y quejas proporcionando un servicio oportuno y eficaz. A principios del 2001, se empieza a trabajar el proyecto de la **Red Nacional de Promotores de Calidad**, y actualmente nos estamos consolidando gracias a tu importante colaboración. Así que si aún no has contestado, decídete a formar parte de los que siempre buscan oportunidades de desarrollo y de crecimiento personales y que por supuesto se reflejan en nuestro país.

Los antecedentes que se han plasmado en dicha Tesis permite presuponer que el Sistema Nacional de Salud en México se encuentra a un en vías de desarrollo, ingresando nuevas tecnologías, métodos, normas, reglamentos, procesos, etc para consolidarse y tener la fuerza que el mercado exige a través de una política de salud con cobertura universal, es decir, una atención integral que permita universalizar los derechos de los trabajadores asalariados-no asalariados, lo anterior permitiría que el gobierno evaluara de forma eficiente su política de salud con estándares diseñados para alcanzar la calidad de sus servicios. Actualmente México, presenta una segmentación social y geográfica en el tema de Salud, provocando problemas de deficiencias en la atención al paciente.

3.2. Presentación de la Metodología “Calidad de la Atención con perspectiva de Género”

Fue en la década pasada, cuando se puso más interés en el desarrollo de conceptos de calidad de la atención, derechos reproductivos y perspectiva de género. Como se comentó en el capítulo dos de este trabajo, los movimientos feministas a través de las organizaciones no gubernamentales abanderaron dichos temas, y fueron críticas al gobierno en turno en relación a política pública implementada del sector salud, lo que ha contribuido a un avance cualitativo más no cuantitativo en mejorar statu quo de políticas públicas; el reto es mayor día a día para conseguir que la calidad de la atención en el servicio sea interrelacionada con la perspectiva de género, es decir, incluyendo aspectos de derechos y equidad que ha sido la parte esencial de la demanda feminista.

El presente Instrumento metodológico, fue seleccionado por su contenido cualitativo-práctico, para utilizarse en una muestra local que pueda arrojar resultados importantes para los involucrados, así mismo recoge las opiniones de los personajes claves en un proceso de calidad (Usuario- Prestador del servicio y Directivos), lo cual nos ayuda a obtener un resultado integral sobre un subproceso del primer nivel de atención médica; subproceso enfocado a la salud sexual y reproductiva. La metodología es más útil cuando se pone en práctica de tal manera que las recomendaciones producidas puedan ser incorporadas en la implementación de un programa, esta puede ser utilizada en cualquier momento de la ejecución y puede servir de estudio de línea de base antes de iniciar a las actividades de perspectiva de género.

Este instrumento metodológico tiene como propósito conocer el grado y/o número de indicadores de calidad entre los más importantes se encuentran:

- La operacionalización de los conceptos de calidad de atención, equidad de género y derechos sexuales y reproductivos
- El grado de incorporación de la perspectiva de género en la institución
- El fortalecimiento de la capacidad del personal para dar una atención con calidad a las usuarias del servicio.

Este Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una perspectiva de Género³ ha sido elaborado para ayudar a Instituciones de Salud a tomar la decisión de llevar a cabo la evaluación, identificando los recursos necesarios, implementando la evaluación y utilizando los resultados para desarrollar un Plan de Acción.

La Metodología incluye tres instrumentos de medición:

1. Instrumentos de observación
2. Entrevista de Salida a Usuaris Externa
3. Entrevista a Prestadores del servicio (Usuaris Interna)
 - El Primero tiene como objetivo observar el aspecto físico del Hospital, es decir el mantenimiento. La observación del hospital se focaliza en la organización física general y mantenimiento del centro, la privacidad provista en las áreas de consulta y la disponibilidad y visibilidad de materiales educativos.
 - El segundo instrumento se refiere a la entrevista que se le aplica a las usuarias al término de la consulta y/o consejería que acude al Hospital, Por lo menos 100 mujeres a las cuales se les pregunta sus opiniones sobre acceso, tiempo de espera, temas discutidos, las relaciones interpersonales con el proveedor, la comodidad en general y otros aspectos.
 - El Tercer y último instrumento tiene como propósito entrevistar a los prestadores de servicio (usuario interno) sobre el rol de la institución en la salud reproductiva, el rol del proveedor dentro de la institución y el rol del proveedor como canalizador de la misión de la institución. Específicamente se les pregunta sobre la existencia de mecanismos para obtener aportes y sugerencias del personal y de las usuarias y el contenido de las sesiones de la consulta.

³ Este Manual esta diseñado para ser usada por instituciones de Salud, metodología de la Federación internacional de Planificación Familiar, New York, USA, Enero 2000.

Algunas definiciones utilizadas en este trabajo de Investigación.

Definiciones

Género se refiere a la manera en la cual los roles, actitudes, valores y relaciones que afectan a mujeres y hombres se construyen socialmente por el mundo. Casi inevitablemente estos modelos han funcionado de tal manera que subordinan y discriminan en contra de la mujer, en detrimento de su capacidad de ejercitar sus derechos humanos. Esta discriminación no sólo refleja en las relaciones individuales sino que también se inserta en las instituciones. Es así que, el tema de género es tanto político como institucional. Aunque se reconoce que el modelo social de los roles de género, actitudes y relaciones siempre existirán, el desafío debería ser para garantizar que estos modelos sean equitativos para ambos sexos y que un sexo no domine al otro.

Por lo tanto perspectiva de género es una visión que promueve la igualdad de género en políticas y prácticas así como la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva (UNIFEM, 1995)

Salud Reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social no solamente la ausencia de enfermedad en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994).

El enfoque de la **salud sexual** tiene el objetivo amplio de tomar en consideración la situación y la vida personal y no consiste solamente en la atención de las necesidades de la salud reproductiva.

Derechos Humanos de la Mujer, incluye el derecho al control de la propia sexualidad, incluyendo a salud sexual y reproductiva sin coerción, violencia y abuso de poder (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995)

**MUESTRA DE CEDULAS DE ENTREVISTAS
HGZ+MF No.1**

Componente de la Evaluación	objetivo	Muestra	Unidad de análisis
Observación Aspectos físicos Recepción de clientes	Observar los aspectos del Hospital Características	1	HGZMF No.1 IMSS
Entrevista a usuarias	Evalúa la percepción de las usuarias sobre la atención recibida	100	Usuaría
Entrevista a proveedores de Servicio	Evalúa el conocimiento del proveedor de salud sobre la misión, políticas, ambiente y contenido de la consulta	10	Proveedor de Salud

Cuadro No.2 muestra Estadística de las cedula de entrevistas

Equipo de Encuestadores: su tarea principal es la de aplicar las técnicas de entrevista y observación en forma correcta. El Grupo se formo con 10 estudiantes de la Carrera de Comunicación de la UABCS.

Tamaño y Selección de la Muestra:

El manual⁴ proporciona instrucciones detalladas para cada instrumento, estas incluyen los tamos de muestras recomendados y las técnicas para seleccionarla. Dependiendo del tiempo disponible y recursos, se pueden realizar ajustes en el procedimiento de muestreo en relación a las circunstancias particulares del servicio de salud.

⁴ Manual para evaluar la Calidad de atención desde una perspectiva de Género. Federación Internacional de Planificación Familiar. Región del hemisferio occidental, Inc. 2000

Algunas consideraciones, el periodo de aplicación de cuestionarios fue planeado como parte de la metodología se realizo en el mes de septiembre del año 2005, en dos semanas consecutivas el horario del servicio es de 8:00 a 17.00 hrs lo que permitió cubrir ambos turnos; con respecto a los prestadores de servicio, se realizaron en turno matutino y vespertino con el numero total de trabajadores, debido a que eran pocos, cabe resaltar que esta Manual te permite flexibilizar la muestra; de acuerdo a los estándares del hospital, sin alterar los tópicos de sus cuestionarios, únicamente adaptarlo a lenguaje local.

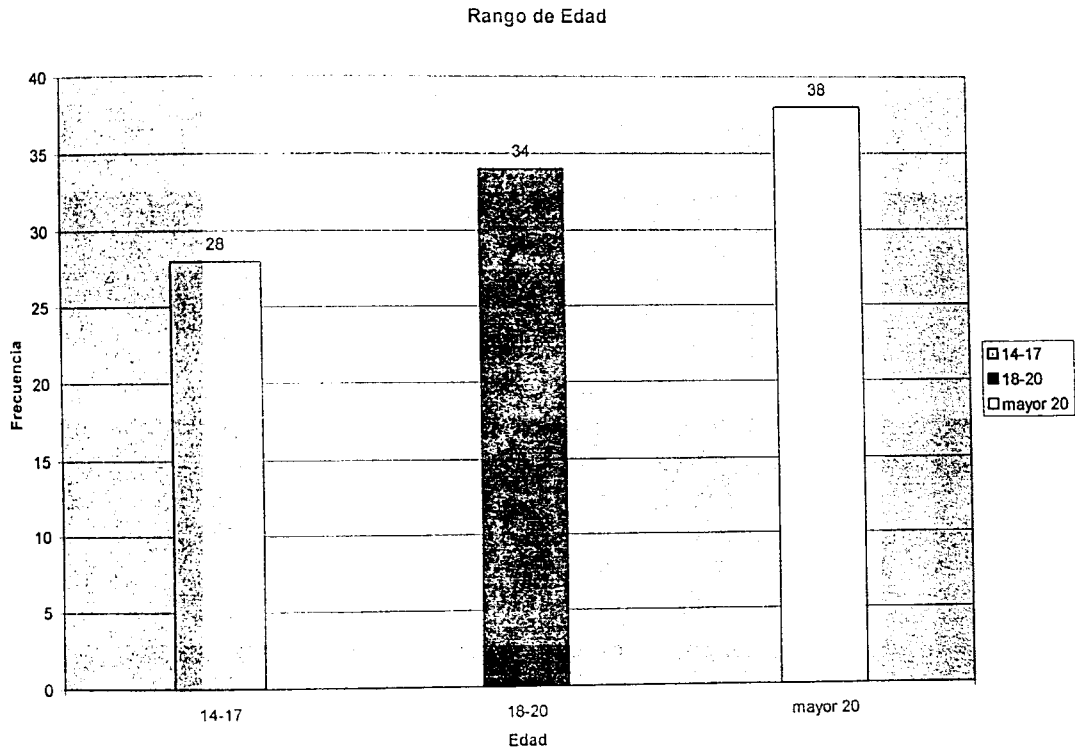
3.2.1. Información de la encuesta a usuarias

En el año 2005 se aplicaron cuestionarios a 100 usuarias de los servicios de Salud del Hospital General de zona + Medicina Familiar No.1 del IMSS en el servicio de Consulta Externa (Modulo Materno Infantil) con la finalidad de conocer su opinión con respecto a la Calidad de la Atención con Perspectiva de género que recibían. Lo anterior permitió que este trabajo cumpla su principal objetivo evaluar una política pública con enfoque de género en un programa de salud del Instituto Mexicano del Seguro social de Baja California Sur.

I. Datos Generales

Edad

Los resultados que arroja el grupo de madres adolescentes, mayores de 20 años es de 38% el más alto en los rangos seleccionados, entre los 18 a 20 años de edad es 34%, y el mínimo 14 a 17 años 28%; este rango de edad significa en la etapa de vida de un joven empezar su relación laboral y reproductiva.

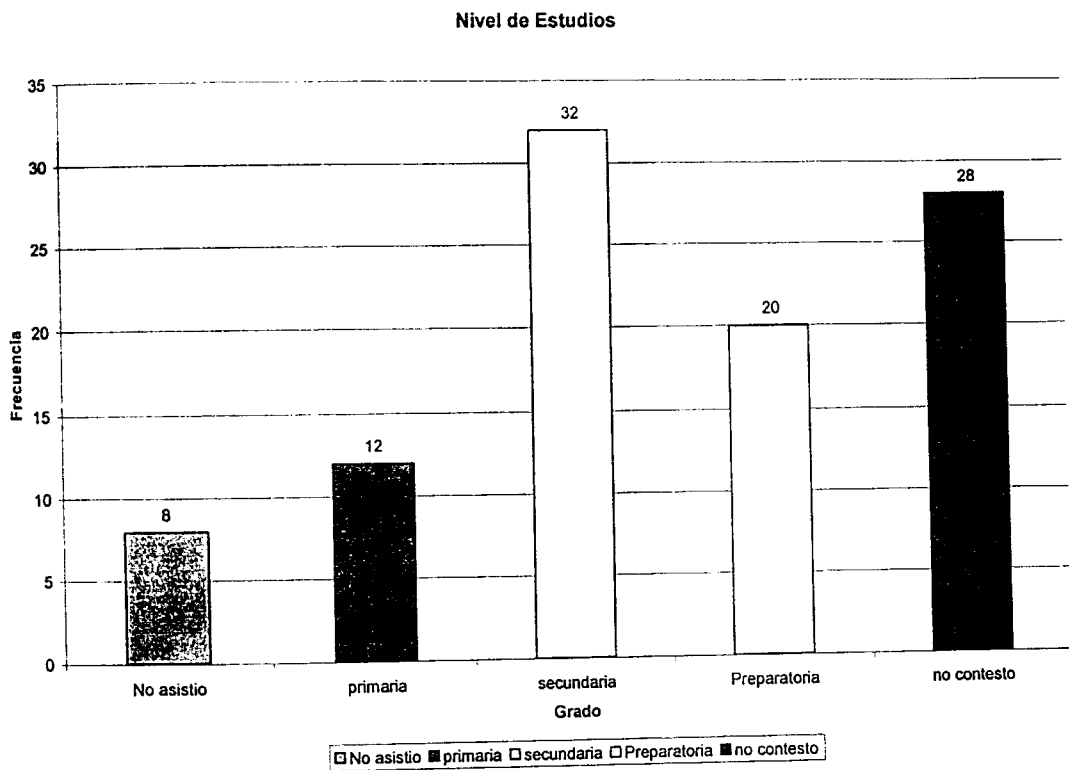


Gráfica 1 Datos generales de las entrevistadas

Cabe señalar que las beneficiarias hijas dentro del régimen del IMSS, no tendrán derechos a servicios obstétricos. Lo anterior significa, que un grupo considerable de mujeres adolescentes embarazadas no son atendidas en dicha Institución por situaciones administrativas.

Nivel de Estudio

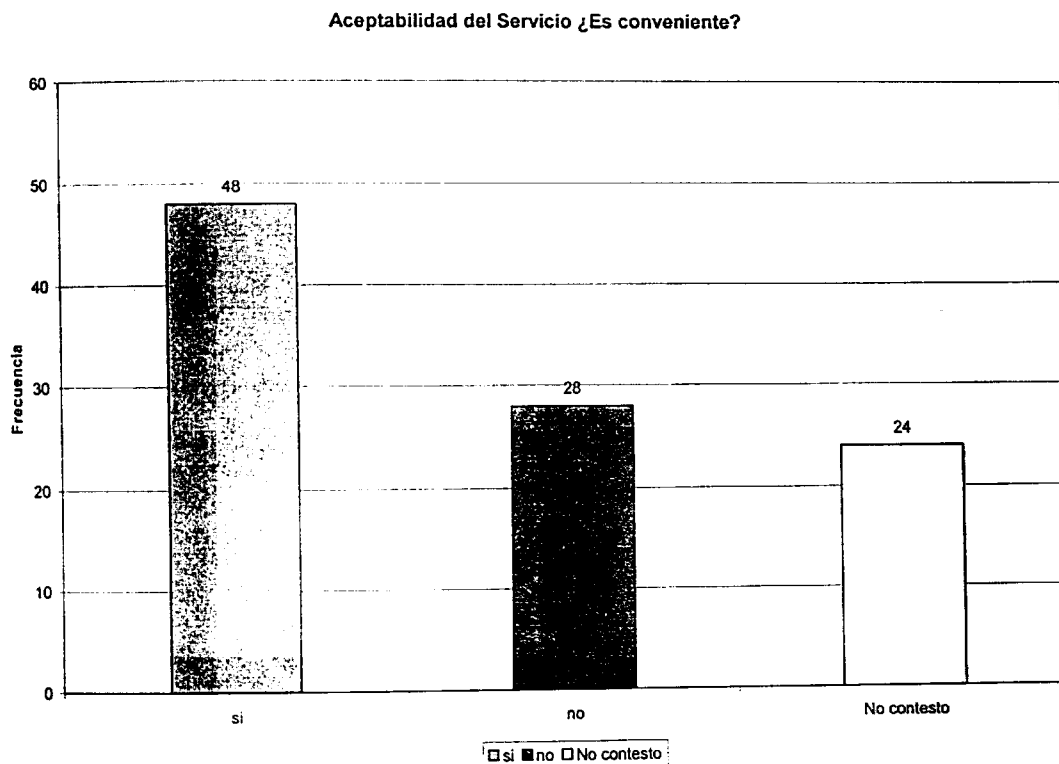
Este grupo etareo presenta los siguientes niveles de estudios el 32% de la muestra dijo haber estudiado el nivel de secundaria terminada; el 28% no contesto a dicho t3pico; el 20% significa haber cursado preparatoria incompleta; un 12% estudi3 primaria terminada; y solo un 8% de dicha muestra dice no haber asistido a la escuela.



Grafica 2 Nivel de Estudio de madres adolescentes entrevistadas

II. Tiempo de Espera

Respecto al tiempo de espera la aceptabilidad y la aceptación del servicio fue calificada por las mujeres adolescentes como conveniente en un 48%, sin embargo otras opinaron lo contrario en un 28% porque su espera casi siempre era prolongada, el restante 24% de las encuestadas prefirió no contestar.



Grafica 3 Aceptabilidad del Tiempo de Espera

Al preguntarles cuánto tiempo había esperado para ser atendida, las mujeres adolescentes dijeron en su mayoría 25% más de una hora; un grupo de encuestadas que representaba el 22% dice haber esperado un 22%; otras opinaron que su espera fue breve en menos de 15 minutos fue atendida, lo que representa el 20% de las encuestadas; un 8% dijo que su espera fue de 30 a 60 minutos en sala; y el 25% restante se abstuvo de contestar.

¿Cuánto tiempo espero para ser atendida?

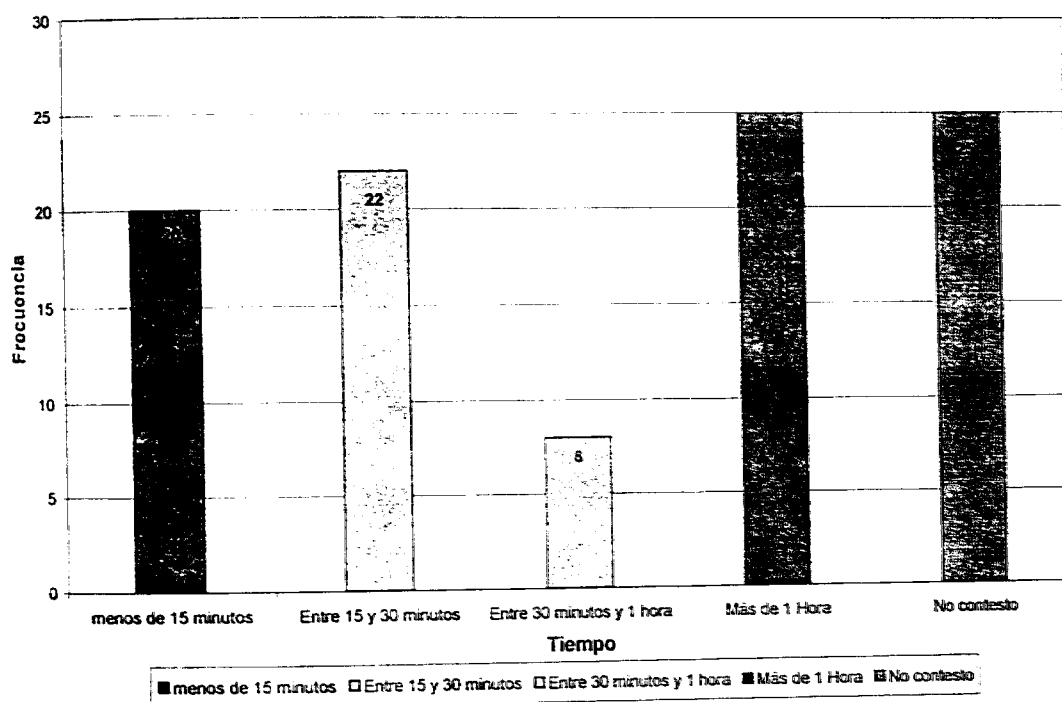


Grafico 4 ¿cuánto tiempo espero para ser atendida?

III. Sugerencias

Durante el cuestionario se les preguntó si existía alguna sugerencia para mejor uso del tiempo en sala de espera, estas fueron las más frecuentes:

Sillones más cómodos	25%
Que se tengan revistas, periódicos, tv premedida, y radio salud	25%
Mejor horario	15%
Música relajante	10%
Lugar más cómodo	10%
Sacrificar a cualquier hora	10%
No contestó	5%

Sugerencias Para mejor uso del Tiempo

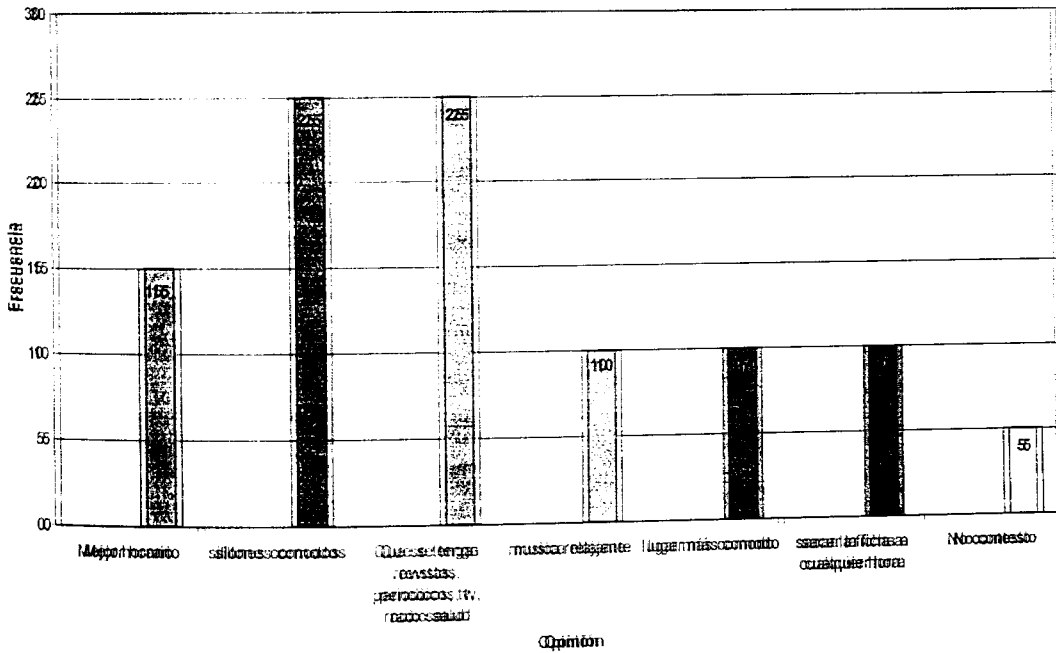
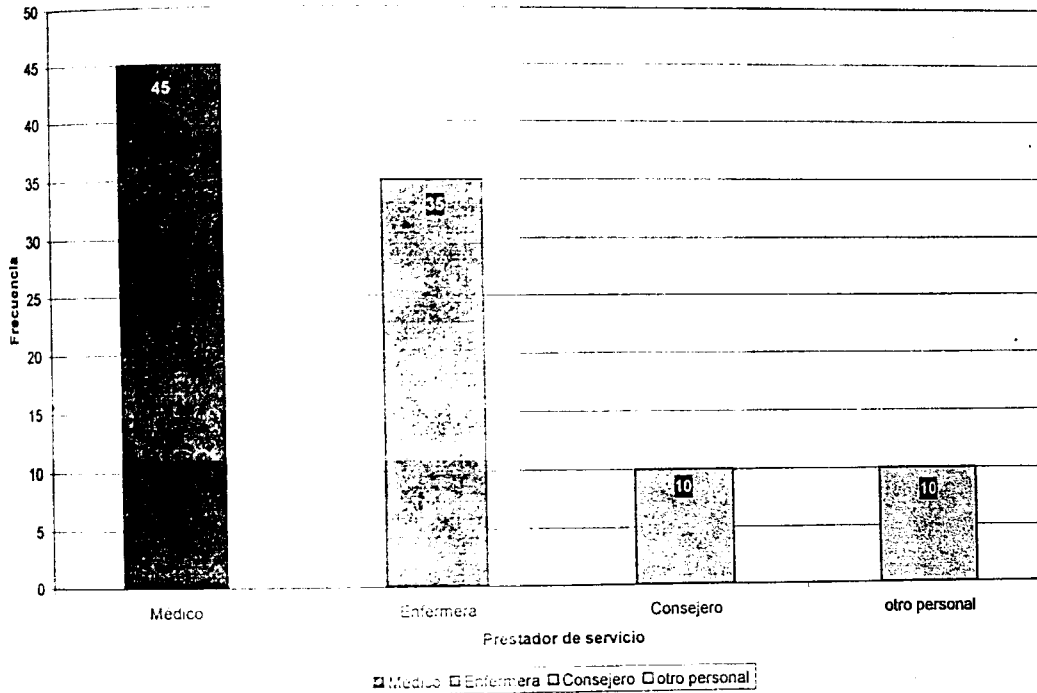


Gráfico 5 Sugerencias de las madres adolescentes respecto al tiempo de espera

IV. Información sobre la Consulta

Al preguntar a las mujeres adolescentes sobre el tipo de personal que les atendió el 45% fue médico; el 35% correspondió al personal de enfermería, y un 20% a otro personal.

Tipo de Personal que le atendió



Grafica 6 Personal de salud que atendió en esta visita a la madre adolescente

UNIVERSIDAD

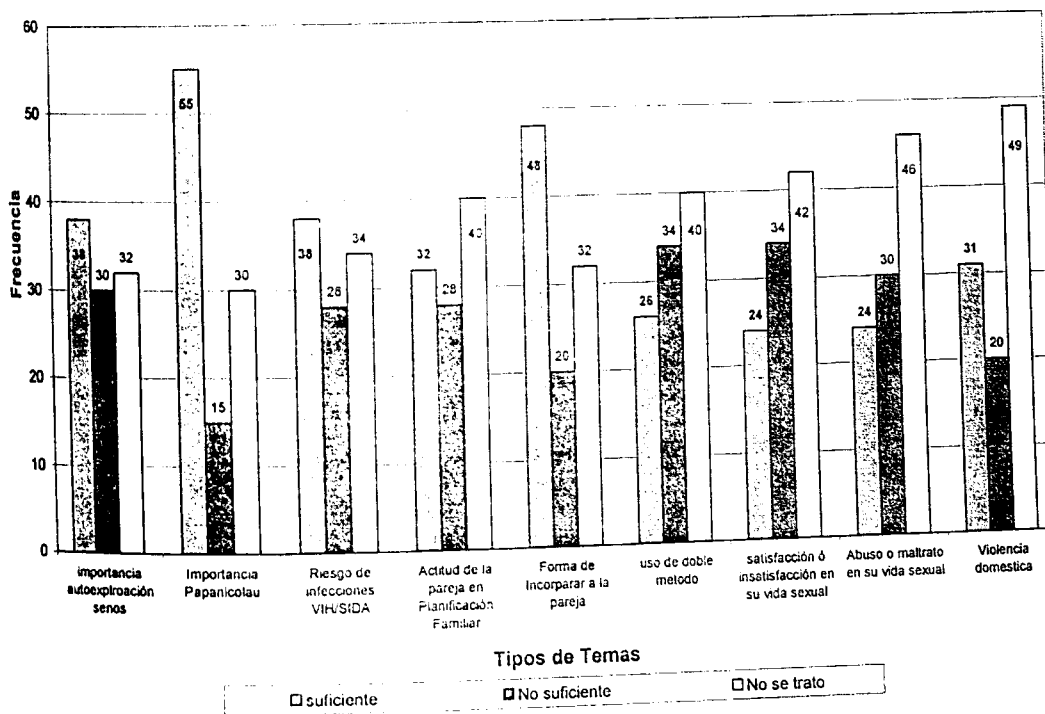
Contenido de la Consulta

Los Temas abordados durante la consulta fueron en el siguiente orden:

Importancia del papanicolau 55%, formas de incorporar a la pareja a la planificación familiar en un 48% abordado de forma suficiente; y en 38% la importancia de la autoexploración de los senos.

Según se muestra en los resultados de dicha encuesta las usuarias comentan que el personal de Salud no abordó de forma suficiente los siguientes temas: uso del doble método (protección de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual, así como VIH al mismo tiempo) en 34%; El tema de la satisfacción e insatisfacción sexual 34%; Abuso o maltrato en su vida sexual 30%. Riesgo de infecciones ETS o VIH/SIDA en 28%; Dentro de este tópico el No tratar dichos temas en la consulta o consejería muestra las siguientes resultados: un 49% de las mujeres adolescentes manifiesta que el tema de violencia familiar no lo trata el personal de salud; un 46% dijo que el tema de abuso o maltrato en su vida sexual no lo menciona el personal de salud.

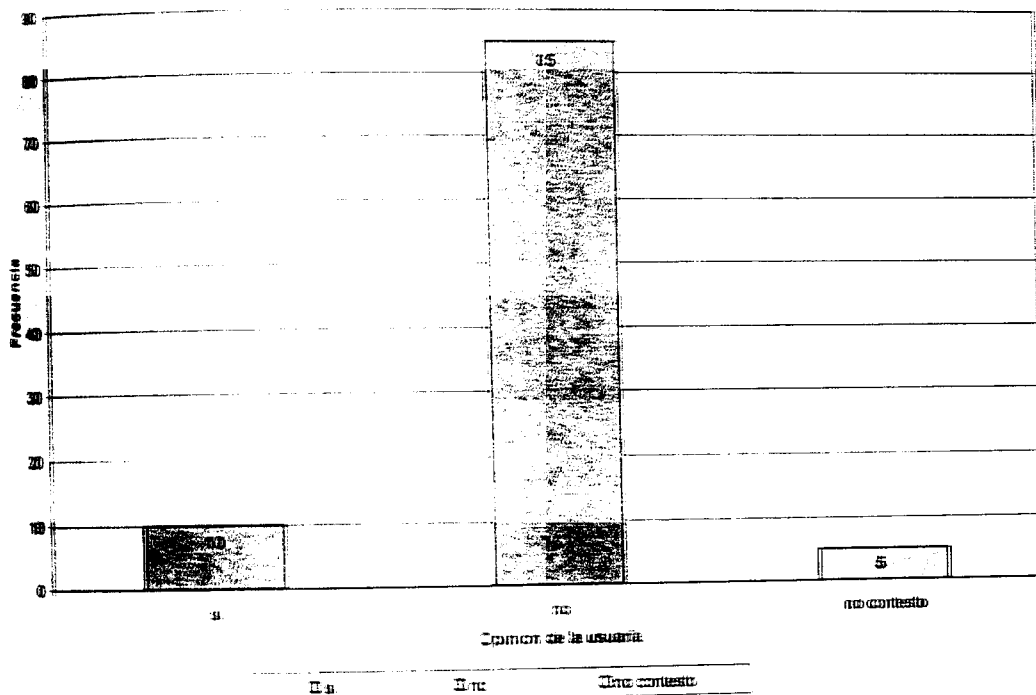
Temas que abordaron durante la Consulta



Grafica 7 Principales temas atendidos en la consulta

Por otro lado, al preguntarles sobre si se sintió incomoda al hablar de los temas anteriores, el 85% comentó que No, que le interesaba tener más información sobre su salud, solo un 10% respondió afirmativamente al tratarse de las más jóvenes, y un 5% no contesto a dicha pregunta.

Se sintió incomoda al hablar de los temas?



Gráfica 8 Opinión sobre la consulta, respecto a la comodidad de los temas tratados

11/11/2019

V. Relaciones Interpersonales

Al cuestionar el trato que reciben del personal de salud las mujeres adolescentes comentan lo siguiente; en general las usuarias califican en un 85% que el trato que reciben es casi siempre amable; respecto a las categorías y/o tipo de personal se comenta que el médico es el que mejor les trata en la consulta en un 90%; le sigue el personal de Enfermería de mejor a buen trato, posteriormente califican a otro personal como Trabajadora social y/o administrativo como amable en su trato; finalmente comentaron que el personal que No es amable en un 90% es la Asistente Médica y/o recepcionista;

¿Cómo fue el Trato del Prestador del Servicio

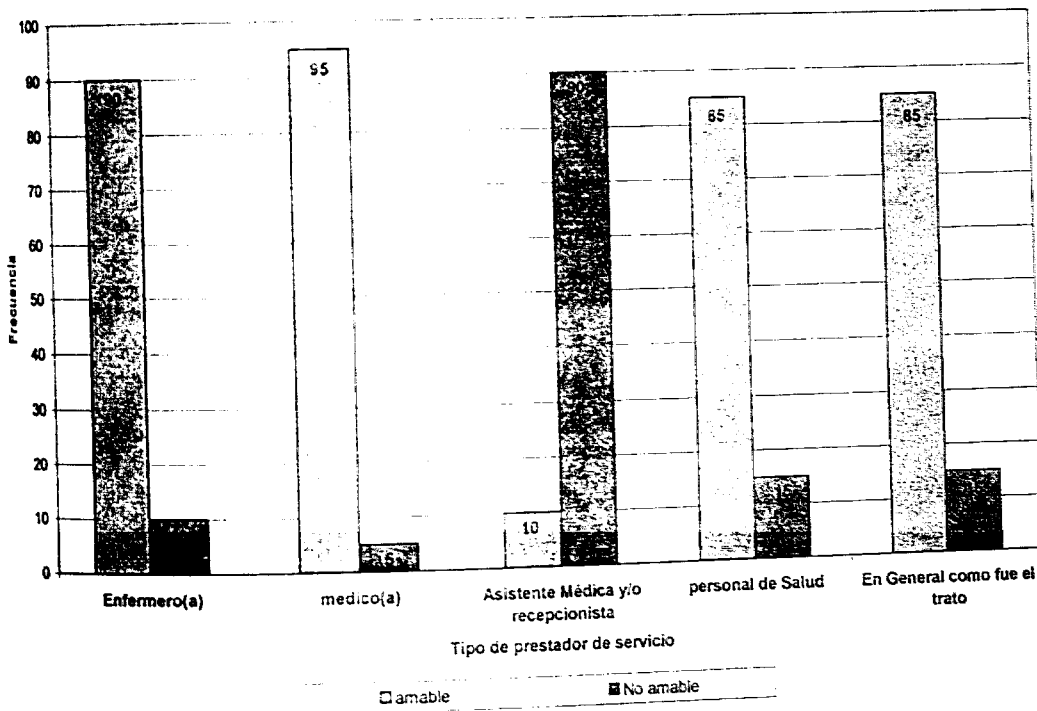


Grafico 9 Trato que reciben las madres adolescente del personal de salud

Respecto a la información que se les proporciona en la consulta, las usuarias en un 82% comentaron que son de fácil entendimiento; no así el 8% de madres adolescentes que no entendieron por el lenguaje técnico del personal de salud.

¿Las explicaciones que le dieron en la consulta fue fácil de entender?

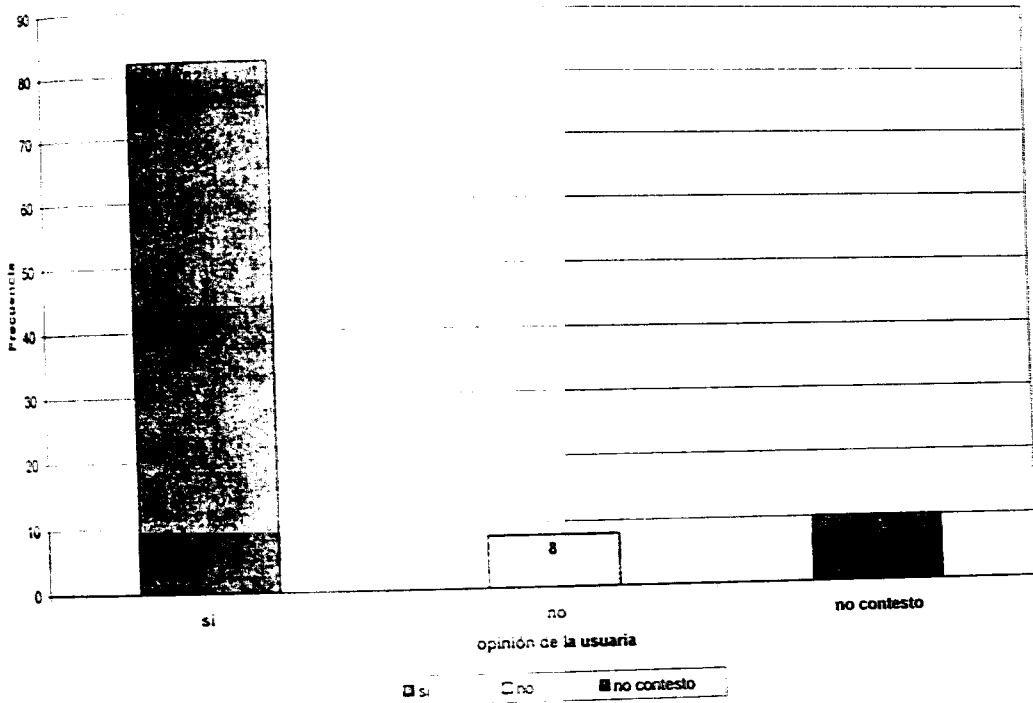


Grafico 10 Opinión sobre la información fue sencilla y entendible

1121191010

3.2.2. Información de la Encuesta a Prestadores de Servicio

En este cuestionario se busca si existe conocimiento del prestador del servicio sobre la misión y las políticas de la organización, el ambiente institucional, y el contenido de la consulta y consejería. También tiene como propósito el evaluar la perspectiva del proveedor de servicios sobre el rol de la institución en la salud reproductiva, el rol del proveedor dentro de la institución y el rol del proveedor como canalizador de la misión de la institución. Estos tres roles son explorados en el marco de la perspectiva de género. Específicamente se pregunta a los prestadores del servicio sobre la existencia de mecanismos para obtener aportes y sugerencias del personal y de las usuarias de las sesiones de consulta. Por otro lado un criterio de la entrevista es realizar dicho cuestionario a trabajadores que por lo menos tengan un año en la plaza y/o servicio de planificación familiar, y se entrevistará a menos de 2 personas por categoría. Por lo anterior, se entrevistaron al total de la plantilla del servicio sin afectar los dos criterios anteriores.

En la aplicación de dicha encuesta tuvimos algunos problemas de tipo institucional al acudir al Hospital General de Zona + Medicina Familiar No.1 IMSS, las autoridades de dicho nosocomio no permitieron que se siguiera con la aplicación de la encuesta sin un permiso respectivo; por lo anterior acudimos con el jefe de prestaciones Médicas el Dr. Guillermo Ruiz García para manifestarle nuestro interés en contar con el documento ya mencionado para realizar nuestro trabajo, obteniendo la aprobación de dicha autoridad y el oficio respectivo.

A continuación se desprenden los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta a prestadores de servicio:

I. Datos Generales

Del personal encuestado el más participativo fue el de enfermería, se entrevistaron a las dos enfermeras de ambos turnos(matutino y vespertino) con el 20%; siguiendo el personal de medicina con un 20%; en este mismo porcentaje se entrevistaron a dos Jefes de Departamento Clínico; a dos Trabajadoras sociales; y por último a dos asistentes médicas, estas últimas se mostraron apáticas a la entrevista, sin mucha participación en preguntas abiertas;

Por lo que respecta al personal de Atención y orientación al Derechohabiente solo una trabajadora se encuentra laborando en el turno matutino y no existe dicho personal por la tarde; por último entrevistamos al Coordinador Delegacional del Salud Reproductiva siendo el único conocedor de algunas políticas Institucionales que más tarde abordaremos.

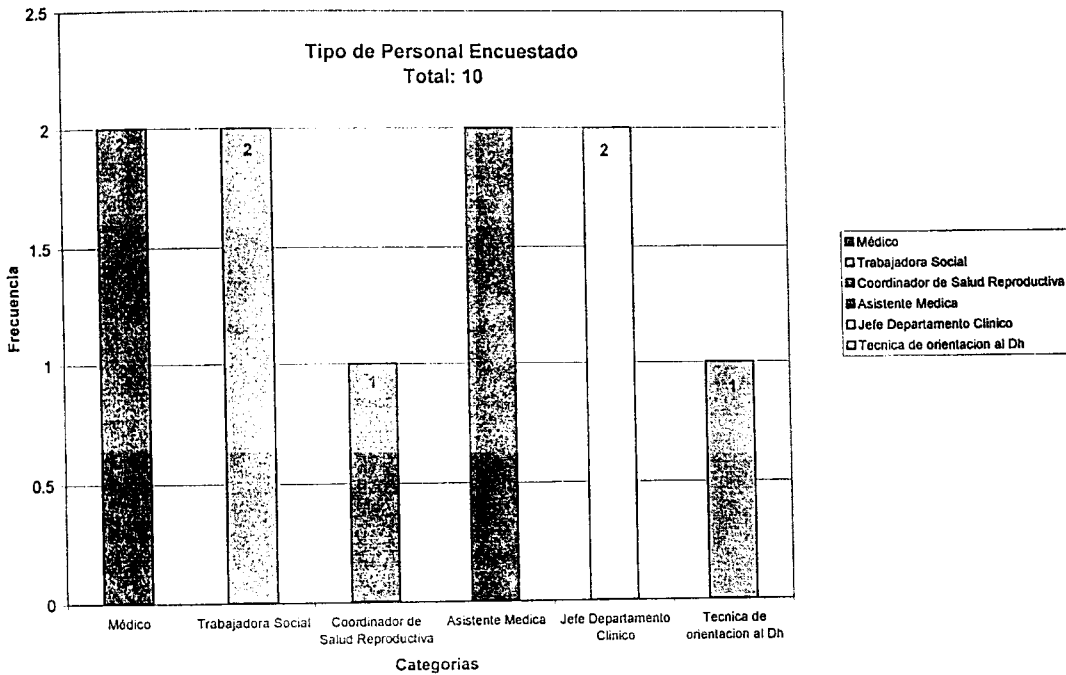


Grafico 11 Categoría y frecuencia de personal de salud entrevistado

Al preguntarles acerca del conocimiento de los programas el 90% de los entrevistados manifestaron conocerlos y enunciaron en el siguiente orden: salud reproductiva, planificación familiar y salud sexual; solo una personal nos dijo desconocerlos y fue la Asistente médica.

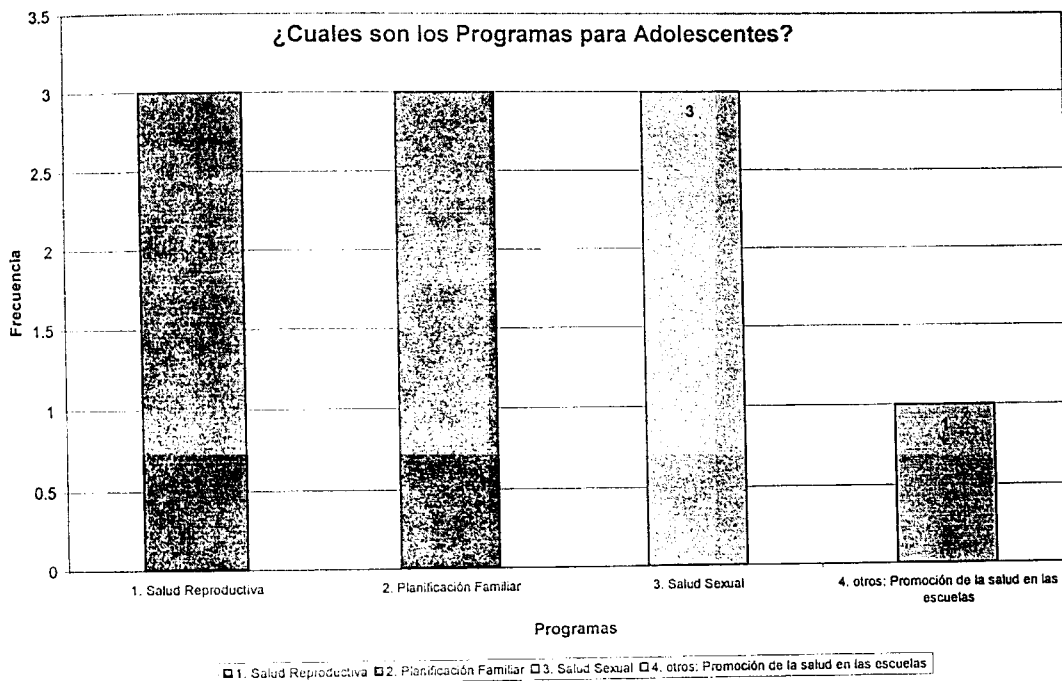


Grafico 12 conocimiento sobre los programas de atención a madres adolescentes de la Institución

Al ser cuestionado sobre que opinaban de dichos programas, la mayoría manifestaron que eran buenos y/o excelentes para Prevención.

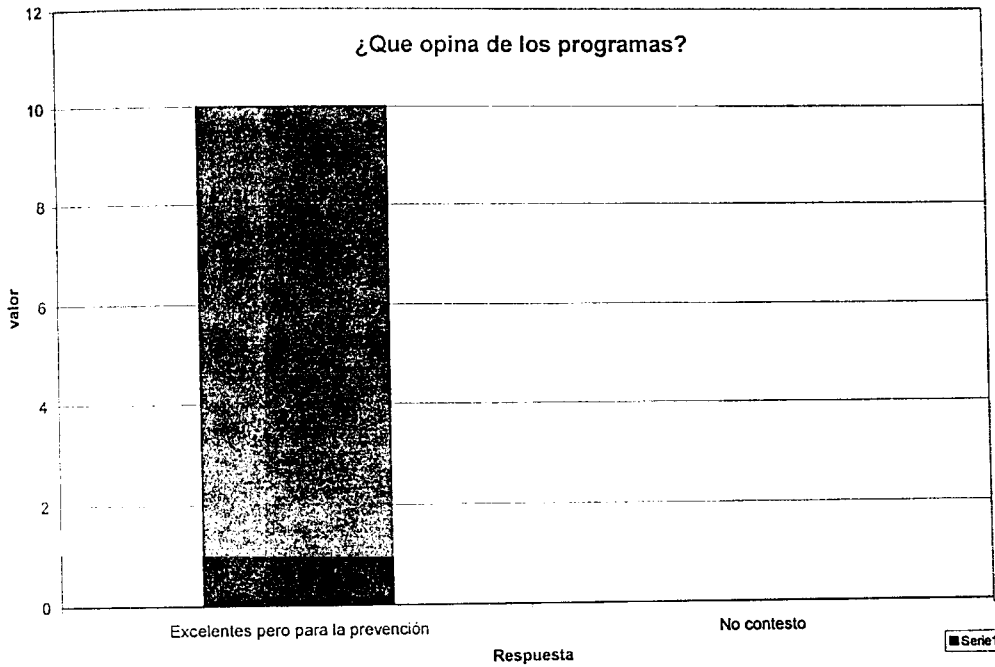
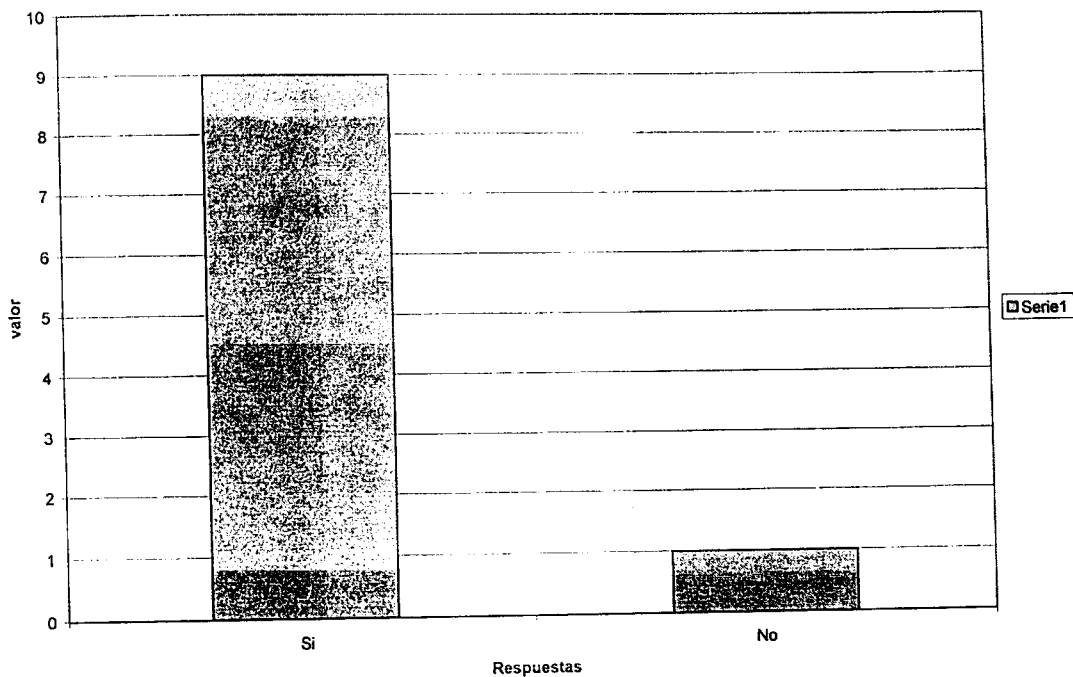


Grafico 13 Opinión sobre los programas que se operan en la Institución para las madres adolescentes

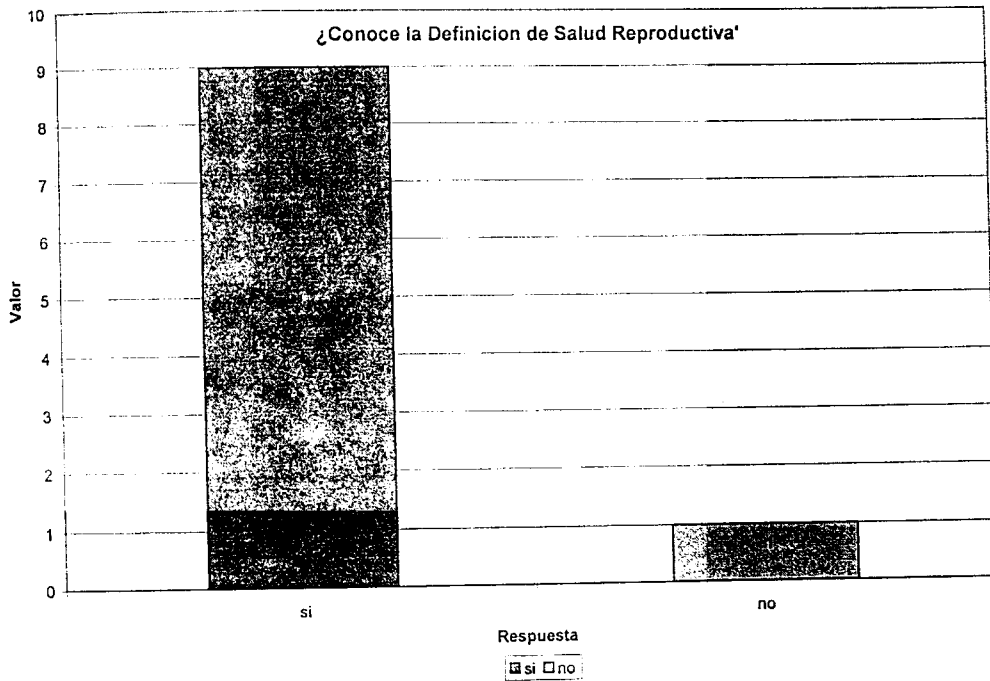
Quando les preguntamos a cerca de que si estaban actualizados dichos programas para el adolescente, el 90% de los trabajadores manifestaron que si; solo un trabajador de la categoría de Asistente Médica menciono que No.

¿Se encuentran actualizados los programas p/ Adolescentes?



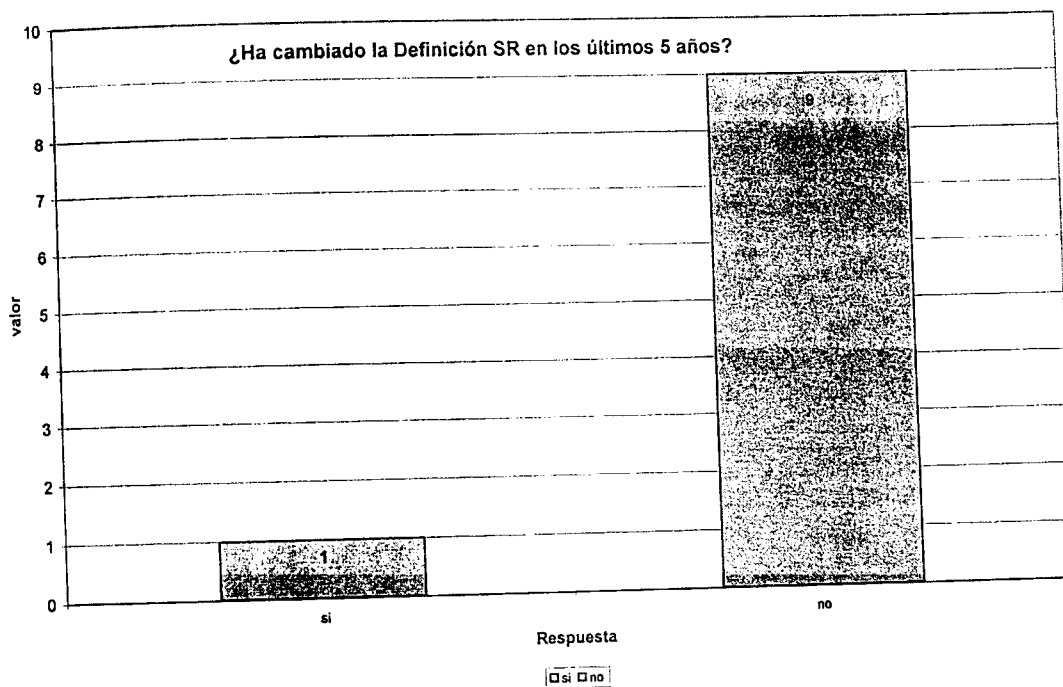
Grafica 14 Opinión a cerca de las actualizaciones de programas para las adolescentes

Al cuestionarles acerca de si conocen el concepto de Salud Reproductiva, el 90% respondió que Si, y el resto que No, esta última persona corresponde a la categoría de Asistente Médica.



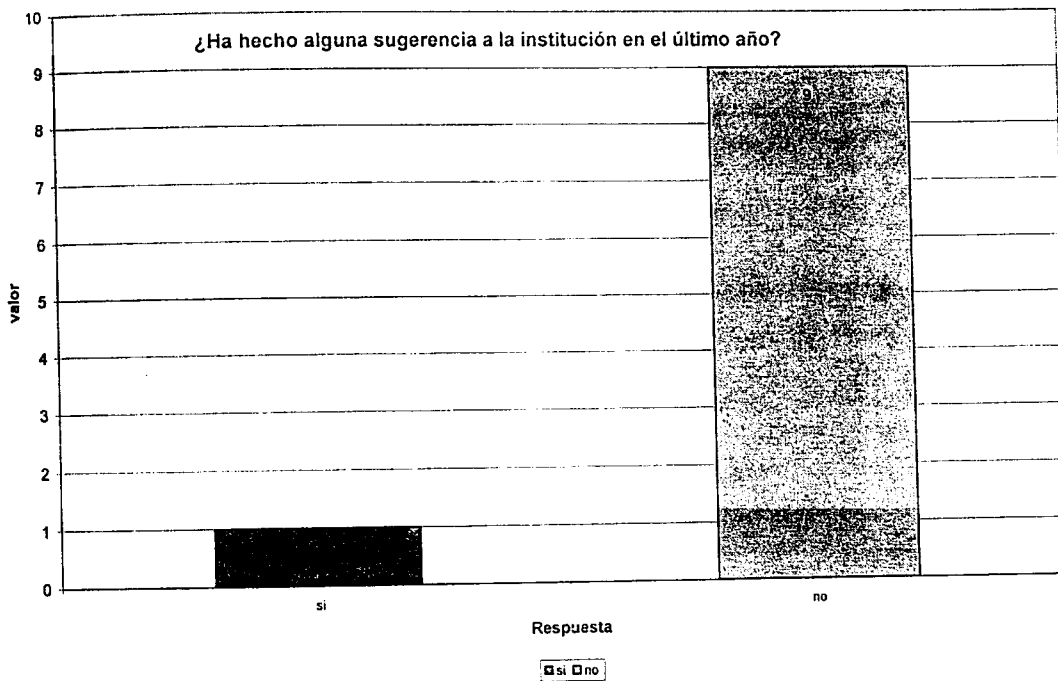
Grafica 15 conocimiento sobre salud reproductiva

Así mismo se les pregunto si esta definición de Salud Reproductiva ha sufrido cambios en los últimos cinco años, a lo que el 90% dijo que No. Y un 10% dice que Si.



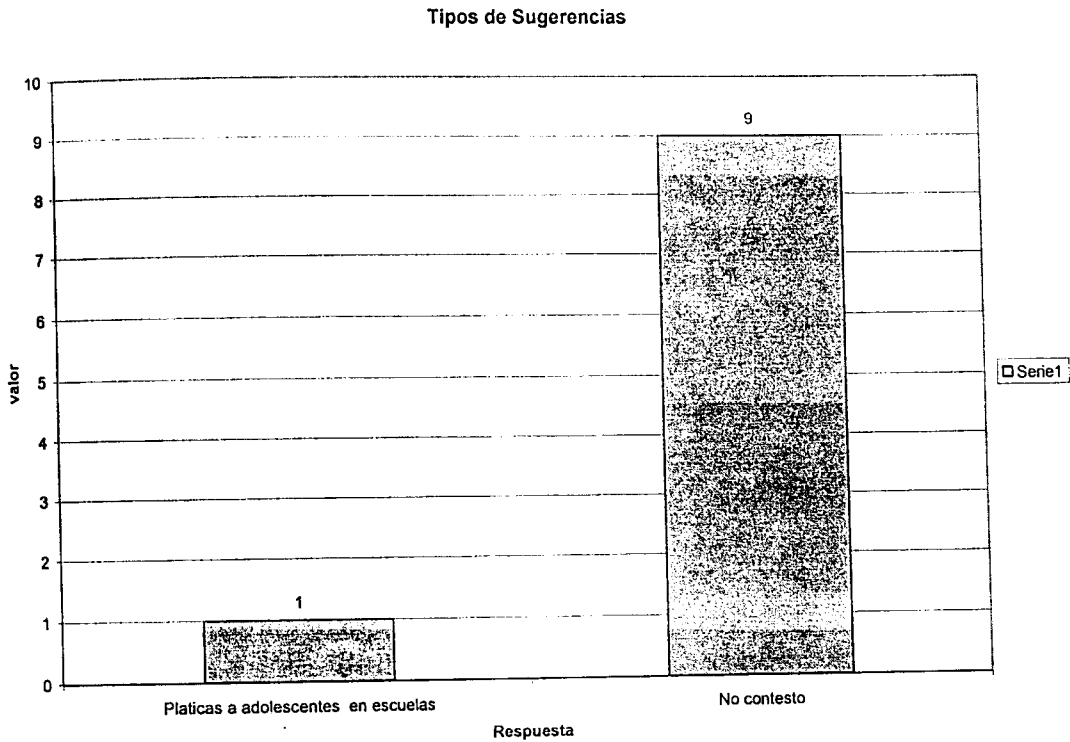
Grafica 16 Opinión sobre actualizaciones del concepto de salud reproductiva en los últimos 5 años.

Por lo que Respecta a la participación del Prestador del Servicio con las sugerencias, el 90% dice que no ha hecho ningún tipo de sugerencia y/o recomendación a la Institución, y el 10% dice que Si.



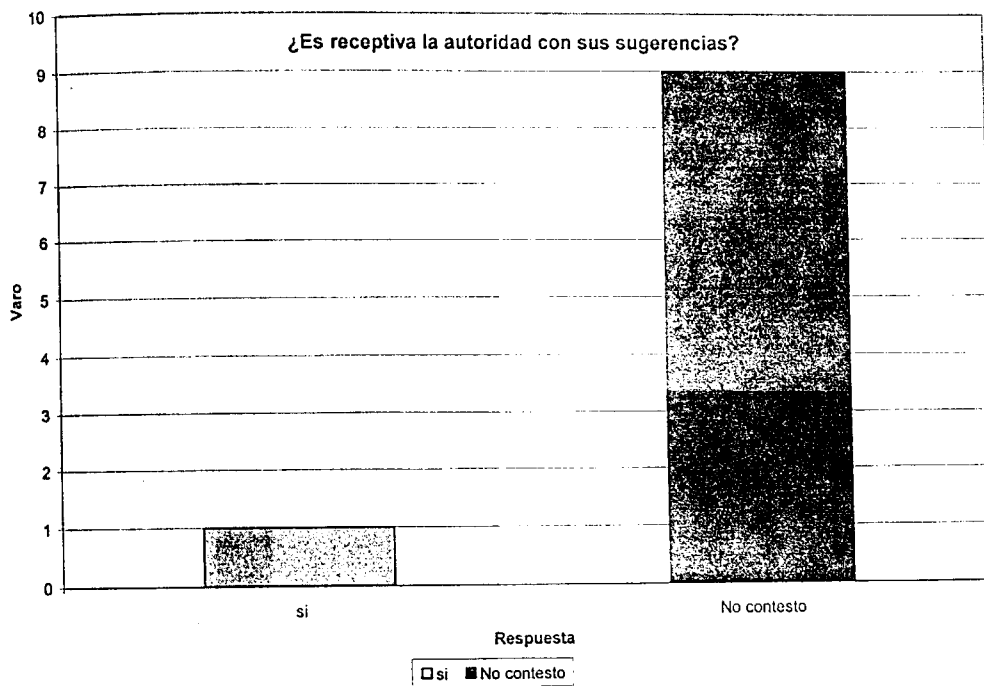
Grafica 17 Ha realizado sugerencias a las autoridades sobre el servicio de Salud a madres adolescentes

A la persona que nos contesto, que SI ha hecho alguna sugerencia, se le pregunta cual y nos dijo que platicas a adolescentes en escuelas, con monitores juveniles. Cabe destacar que fue una aportación del Jefe de Departamento Clínico.



Grafica 18 cuales son las sugerencias que ha realizado

Al preguntarles si la autoridad es receptiva con las sugerencias, solo el 10% dijo que Si, llama la atención que el 90% haya expresado que No.



Grafica 19 Las autoridades son receptivas con sus sugerencias

Para despejar cualquier duda, el cuestionario contempla lo siguiente ¿las autoridades motivan al personal a opinar sobre sus servicios? El 50% dice que Si, y el resto que No. Se dividen las respuestas en relación a este tópico.

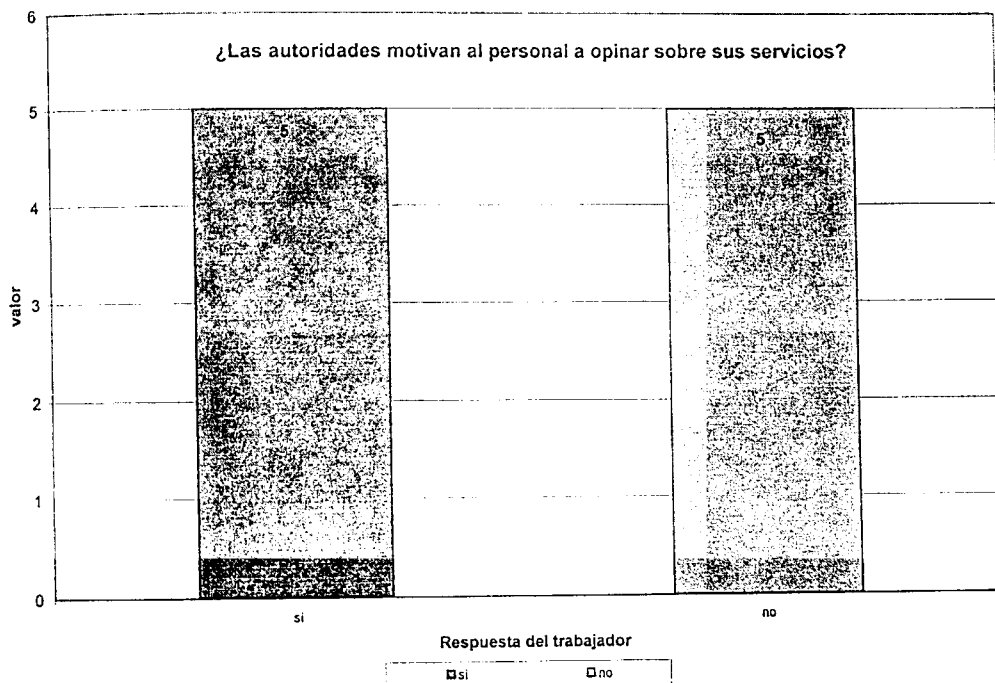
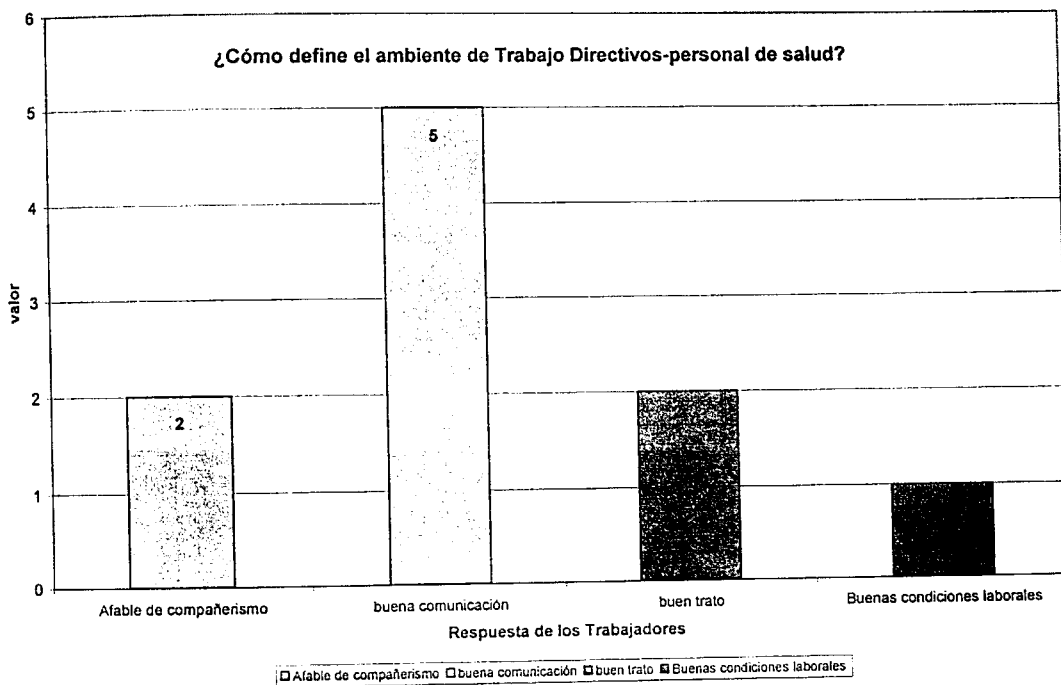


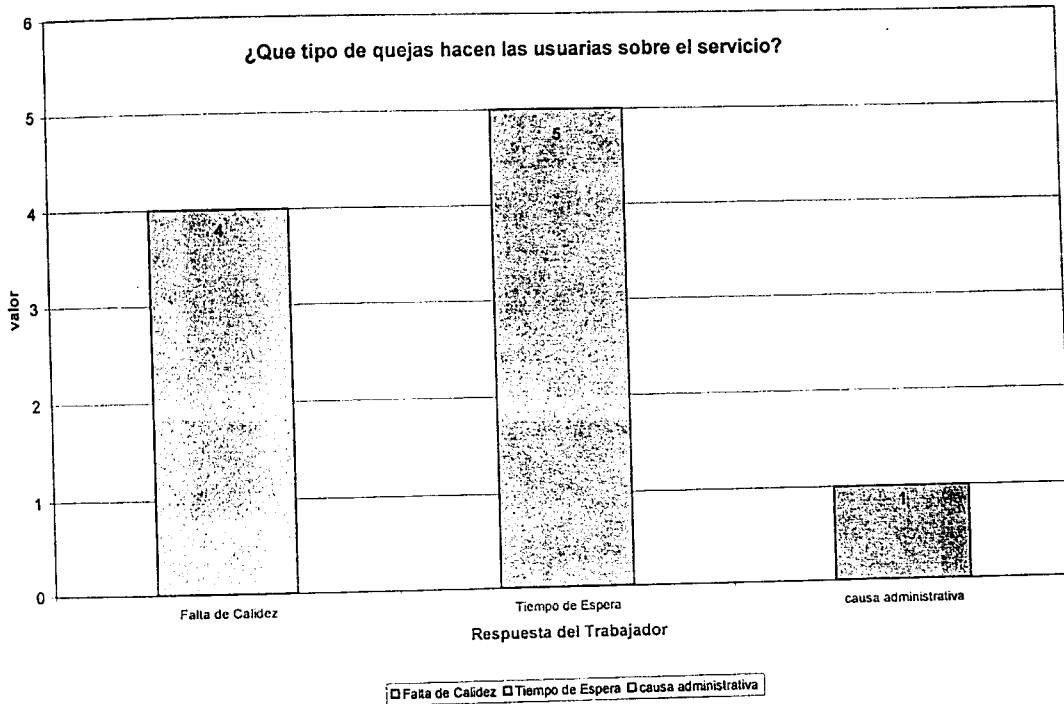
Grafico 20 ¿las autoridades motivan la participación del personal de salud en mejorar los servicios?

Al cuestionar a los trabajadores sobre el ambiente de Trabajo entre sus directivos y ellos, el 50% dice que existe una buena comunicación; un 20% comento que el compañerismo es afable, un 20% que hay un buen trato; y un 10% que existen buenas condiciones laborales.



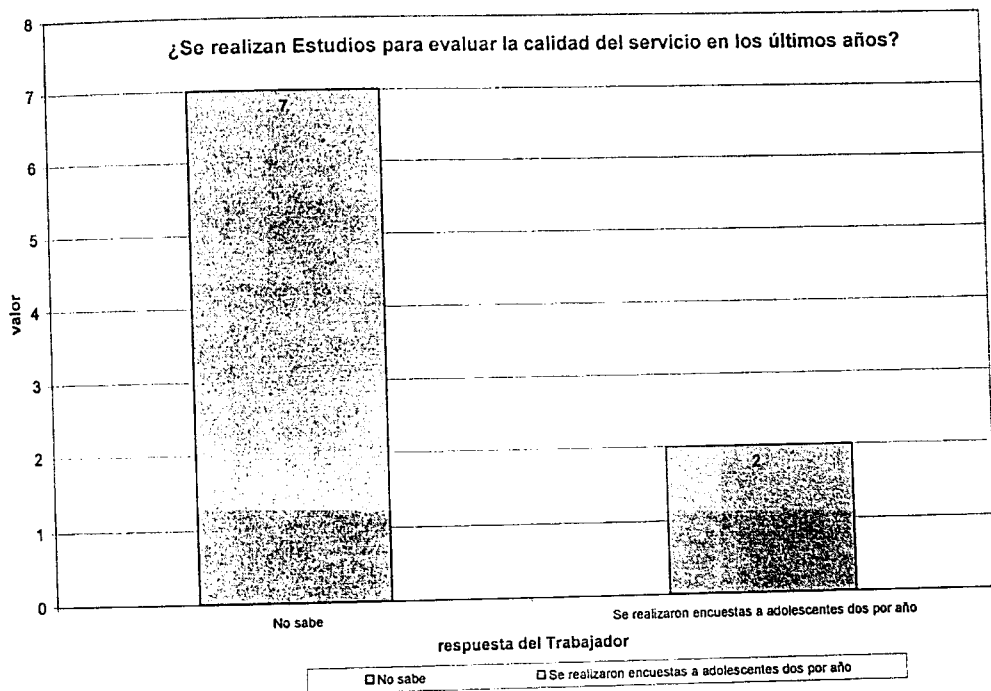
Grafica 21 como es el ambiente de trabajo entre el personal operativo y el personal directivo

Una de las preguntas que más arroja un dato interesante, es respecto a los tipos de quejas que hacen las usuarias sobre el servicio, el 50% dice que el tiempo de espera, el 40% la falta de calidez especialmente de la Asistente Médica, y un 10% causas administrativas (extravío de expediente clínico)



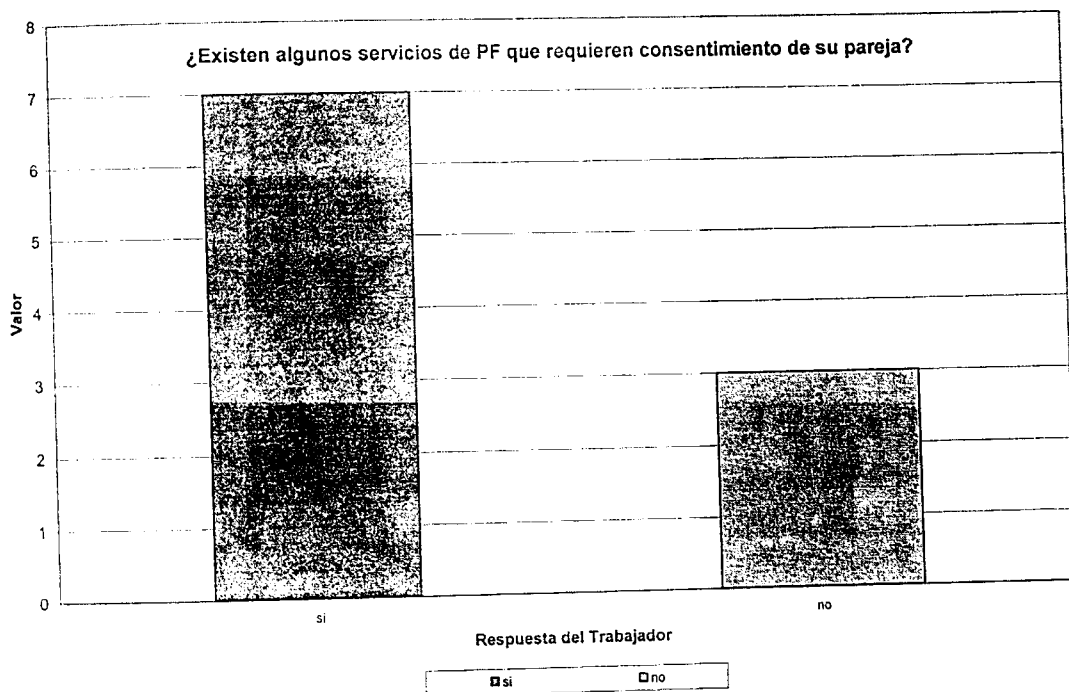
Grafica 22 Tipo de Quejas que realizan las madres adolescentes sobre el servicio

Otras de las interrogantes relacionadas con la calidad, fue ¿se realizan estudios para evaluar la calidad del servicio en los últimos años; el 70% dice que No Sabe, y el 20% restante que si se realizaron dos por año; un 10% No contesto.



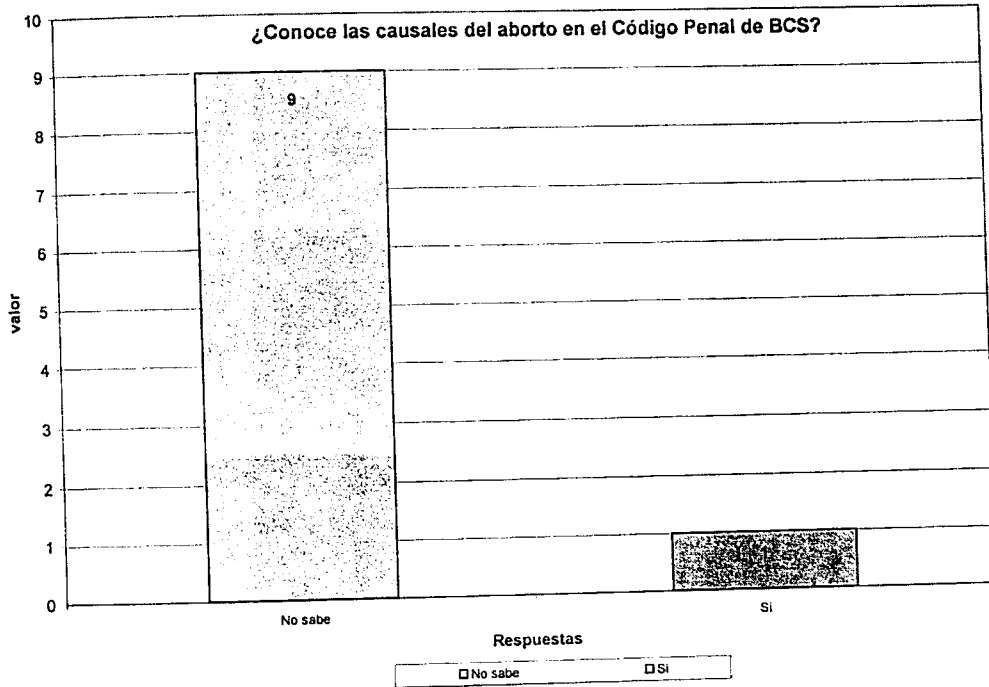
Grafica 23 ¿La institución ha realizado monitoreo o evaluación de sus programas de calidad en los últimos años?

Cuando se les pregunto a los trabajadores si existen algunos servicios de Planificación Familiar que requieran consentimiento de su pareja, el 70 % de ellos dicen que SI, el resto nos dijeron que No. De lo anterior, se desprendió que los servicios involucrados son: Planificación Familiar, Cirugía en Quirófanos y Hormonales orales (pastillas).



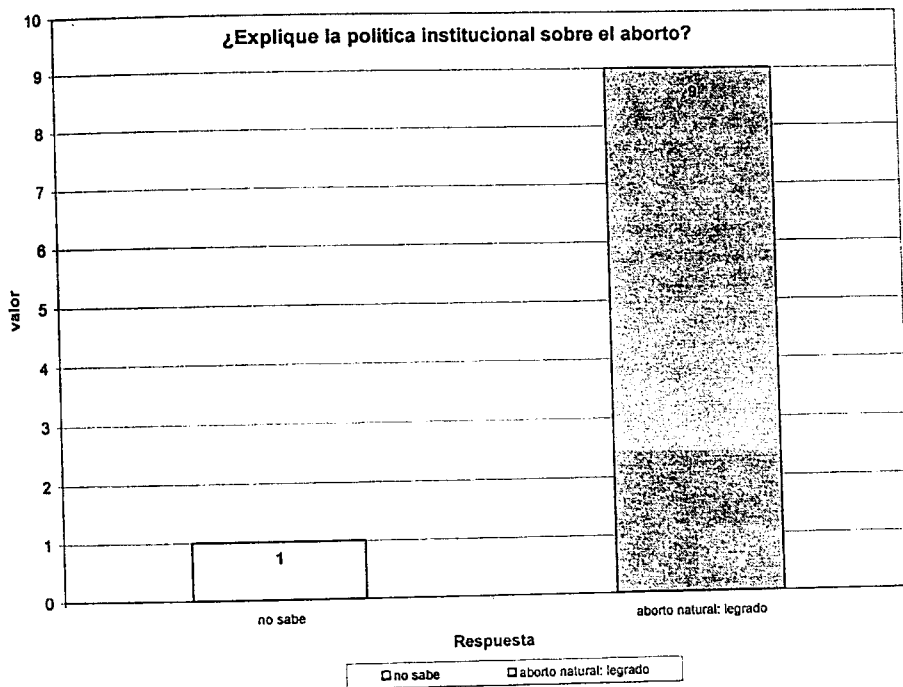
Grafica 24 ¿Qué servicios de planificación requieren consentimiento de la pareja?

Una de las preguntas claves en esta Metodología fue si conocen las causales del aborto en el código penal de B.C.S. EL 90% de los y las trabajadores comentaron que No; solo una persona comento que Si, nos referimos al Coordinador Delegacional de Salud Reproductiva, mostrándonos el documento.



Grafica 25 ¿conoce las causales del código penal de B.C.S. respecto al aborto?

Cuando se les cuestiona sobre la política institucional sobre el aborto, el 10% dice no saber nos referimos a la Asistente Médica, y el 90% si nos explicó de manera detallada el aborto natural o necesario (legrado).



Grafica 26 ¿Conoce usted las causales del aborto que contempla el código penal en B.C.S.

Temas de la Consulta y/o consejería

Una de las preguntas en relación a un método polémico y de modo, fue que Opinión tiene los entrevistados respecto a la píldora de un día después o método de emergencia. El 90% de los entrevistados están de acuerdo, porque se evitan embarazos No deseados, solo un 10% se abstuvo de emitir opinión. Asimismo el personal de salud dice en este mismo porcentaje que lo recomiendan ampliamente y con una explicación detallada.

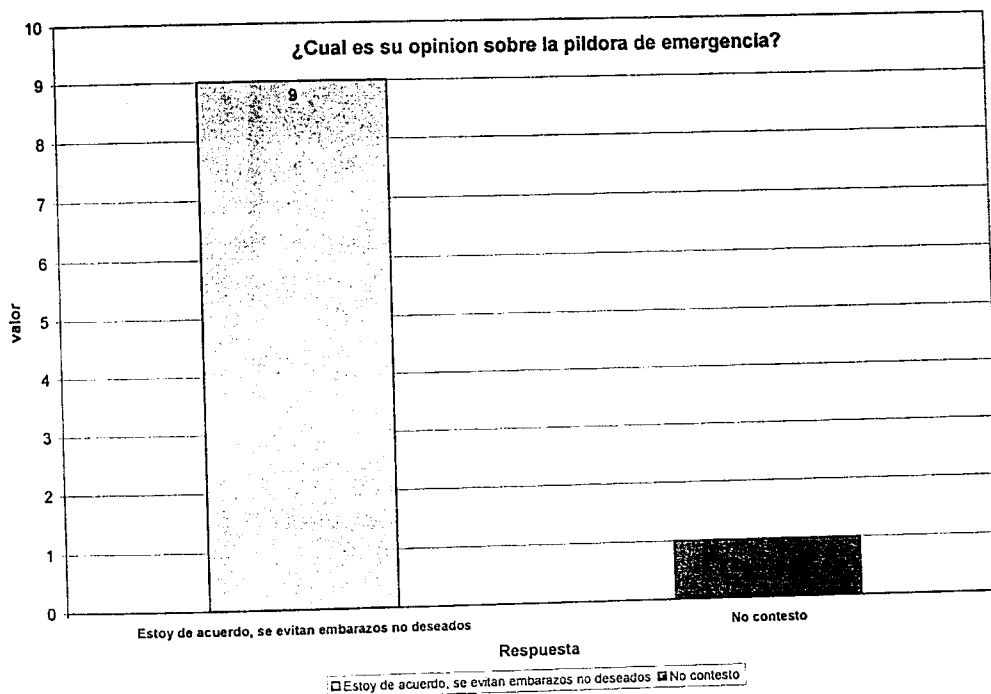
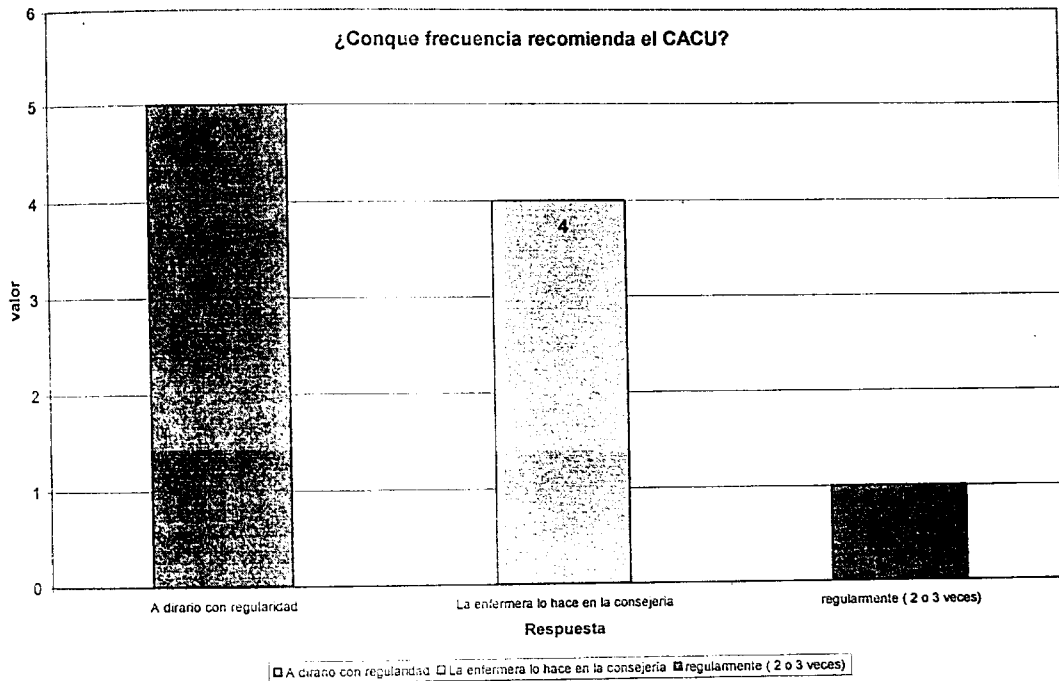


Grafico 27 ¿Esta de acuerdo con el método anticonceptivo de la píldora de un día después?

Este Método anticonceptivo "Hormonales Orales" se encuentra en el cuadro básico, de la Institución es decir, lo tiene el IMSS en su Farmacia y es proporcionado a toda persona que lo solicita, no importando si es derechohabiente o No.

Al preguntar a cerca de los exámenes preventivos para la mujer, el 50% dice recomendar a diario el examen de Cerviño uterino. El 40% dice que la enfermera lo realiza en su consejería; y 10% regularmente.



Grafica 28 ¿Recomienda los exámenes preventivos como el Cáncer Cervico uterino a la mujer, en las consultas médicas?

Ahora cuando se les cuestiona en que circunstancia mencionan el examen del papanicolau, el 40% dice a pacientes de alto riesgo de padecer *cacu*; el 40% dice que en cada consulta, solo el 20% lo hace regularmente es decir, cuando se lo preguntan.

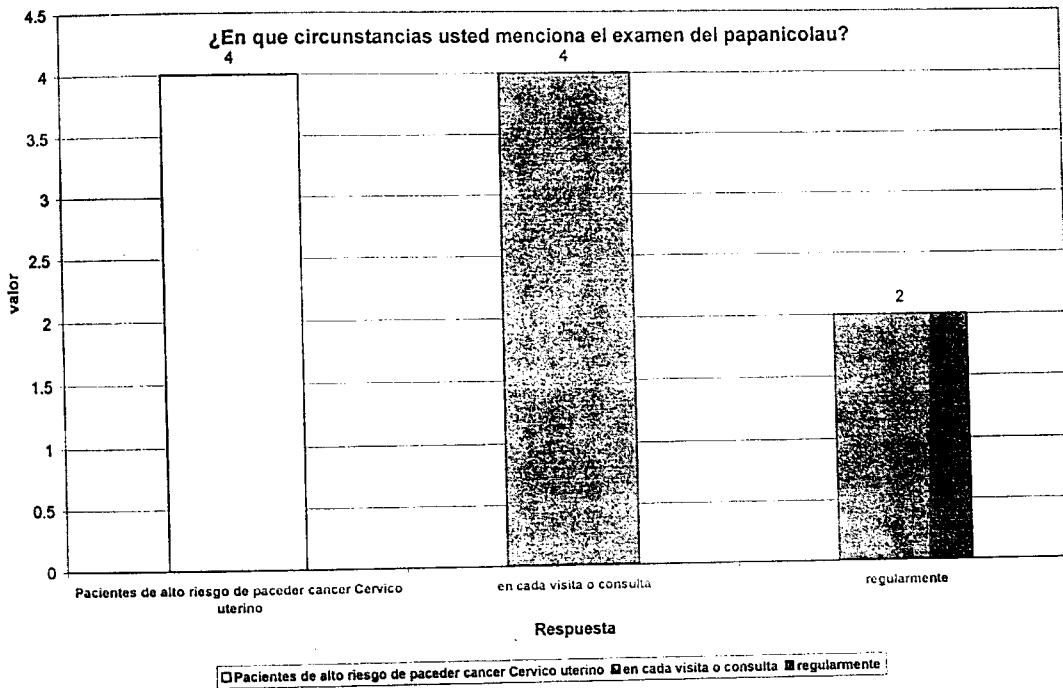


Grafico 29 ¿En que circunstancias recomienda el examen de cáncer Cervico uterino?

Respecto a la frecuencia de autoexamen de los senos, el 40% dice que a diario; el 40% regularmente y 20% No opino.

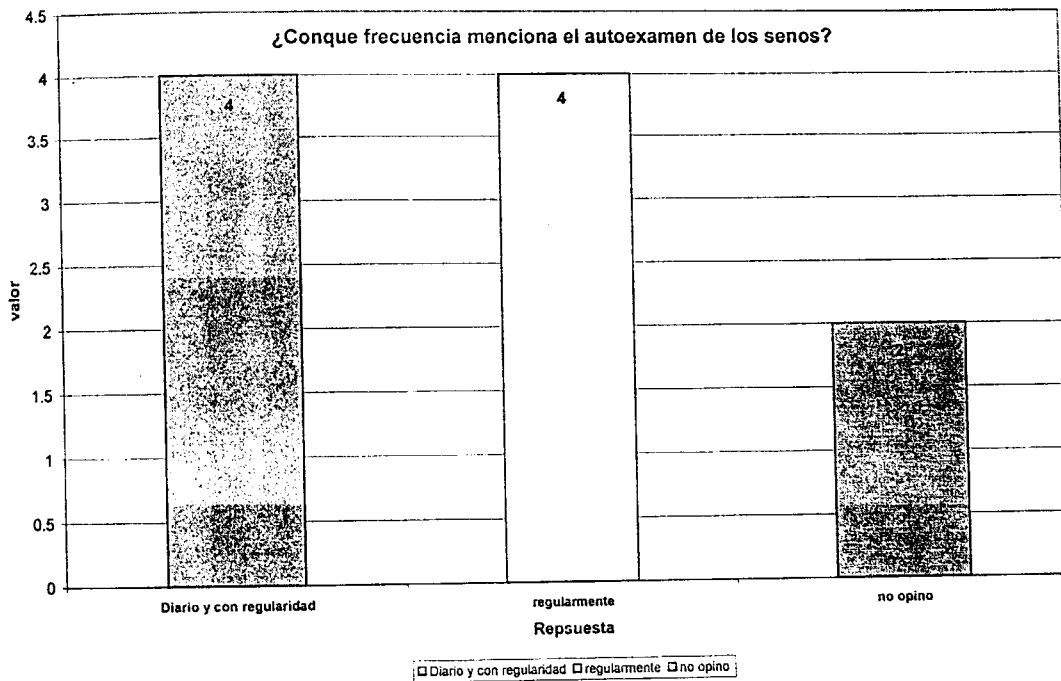


Grafico 30 ¿con que frecuencia recomienda el examen preventivo de mama?

Una de las preguntas más importantes en dicha metodología esta relacionada con el conocimiento de la Norma oficial Mexicana 190⁵, y el 100% de los y las entrevistadas dicen que NO.

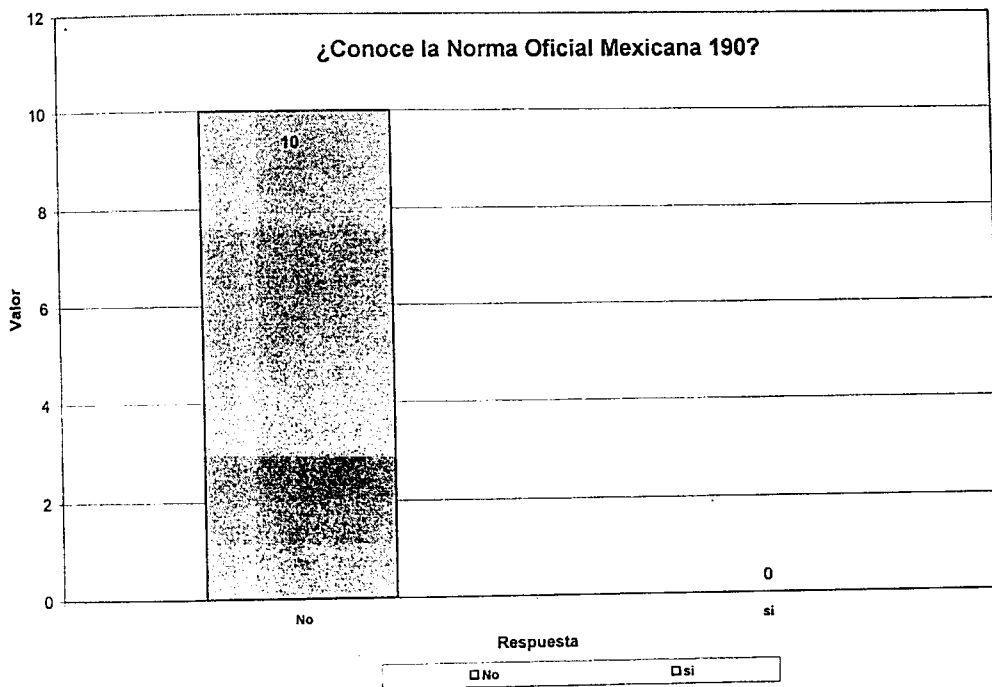


Grafico 31 ¿conoce usted el contenido de la NOM 190?

⁵ Norma Oficial Mexicana NOM 190SSA11999, que se refiere a la prestación de Servicios de Salud y que establece los Criterios para la Atención Médica de la Violencia Intrafamiliar. Este instrumento sirve para que los médicos tengan el cuidado de identificar rasgos, indicios o situaciones ostensibles de violencia, presumibles derivadas de relaciones familiares, y que se ponga esta situación en conocimiento de la autoridad persecutora de los delitos.

Cuando se les preguntó a cerca de que es una Política de salud con perspectiva de género, el 100% de la muestra contesto No saber.

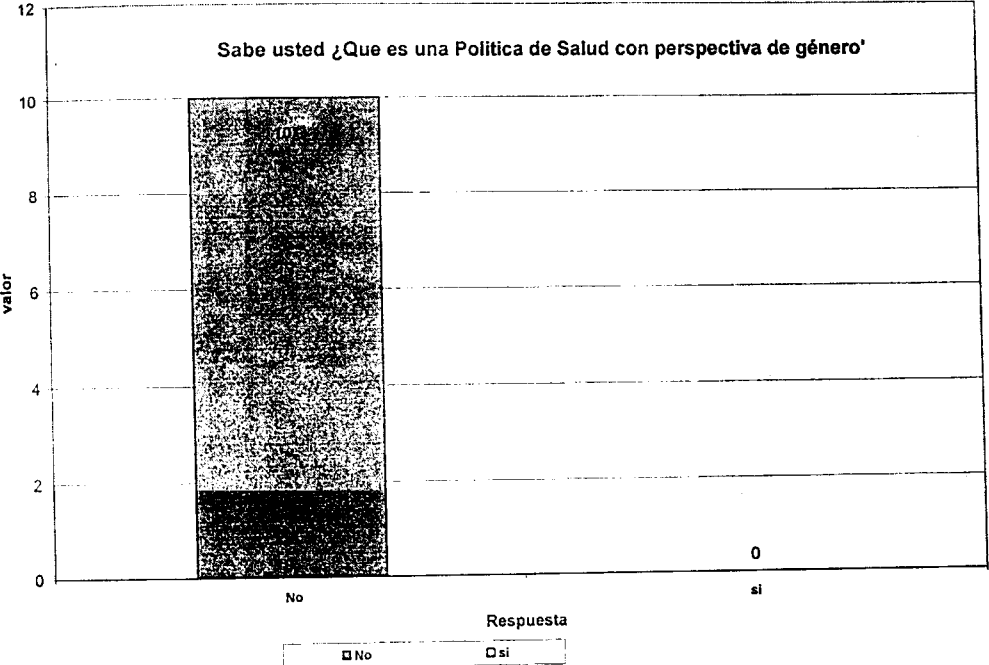
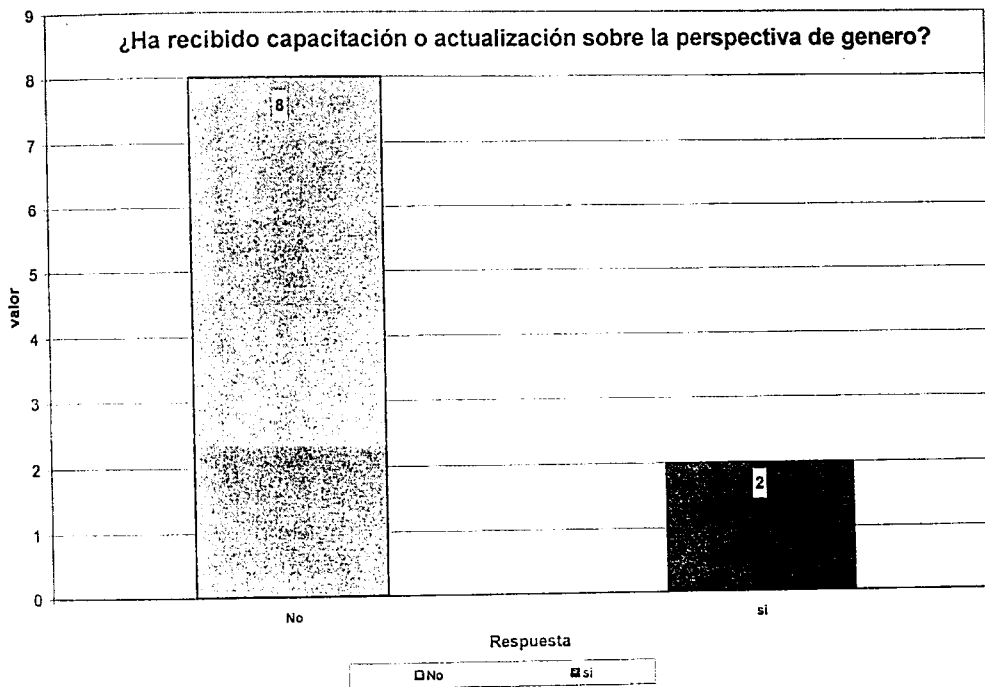


Grafico 32 ¿conoce usted la perspectiva de genero implementada en este hospital?

Y cuando se les pregunto a cerca de si ha recibido capacitación o actualización sobre la perspectiva de género, el 80% dice que No específicamente era personal operativo; el resto dice que Si solo en una ocasión y fueron directivos.



Grafica 33 ¿Ha recibido de parte de las autoridades capacitación o información sobre la política de perspectiva de género?

Finalmente, al preguntarles a cerca de la opinión de las políticas públicas con perspectiva de género, el 80% no quiso opinar; el 20% restante dice que en México son muy necesarias.

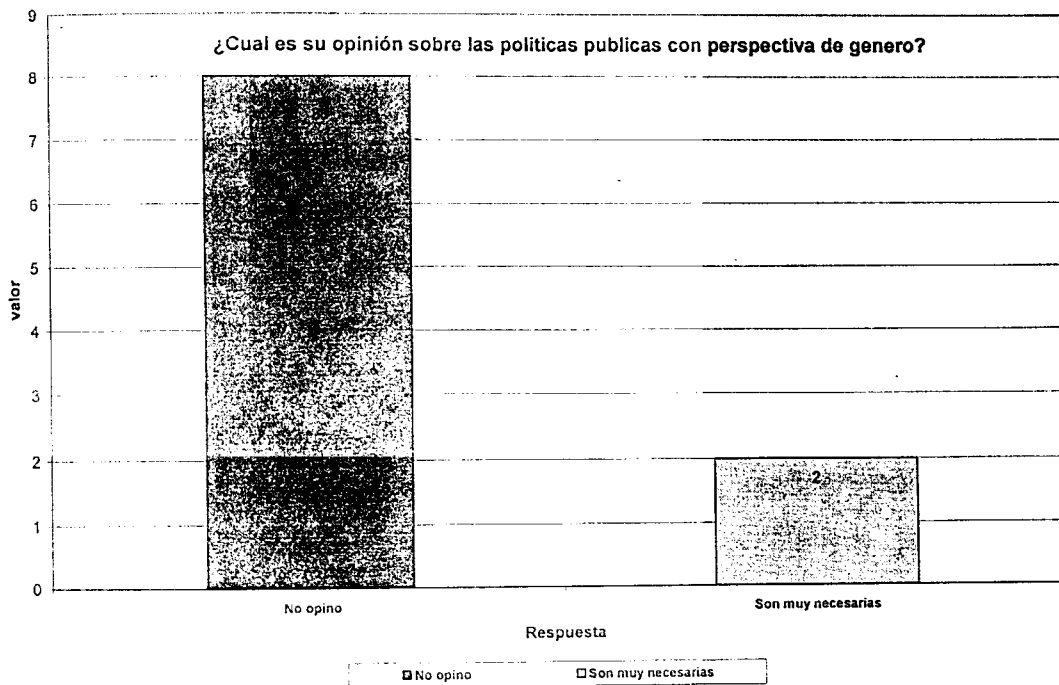


Grafico 34 ¿Qué opina acerca de la implementación de la política de perspectiva de género en México?

Capítulo IV

Conclusiones y recomendaciones:

A partir del marco teórico, el modelo de evaluación utilizado en esta investigación y los resultados obtenidos, una conclusión general es la siguiente:

La calidad de la atención a la salud de madres adolescentes no se encuentra permeada por la sensibilización con sesgo de género por parte de la institución y los prestadores de servicio, lo anterior tomando como puntos de referencia los convenios y acuerdos internacionales y nacionales, marco regulatorio y programas establecidos con esta intención; en otras palabras, no existe ningún tipo de intersección entre la calidad del servicio y la condición de género y edad de las usuarias –madres adolescentes–.

Si bien las opiniones de las usuarias y prestadores de servicio varían según el tema a evaluar, se aprecia asimetría entre unas y otros, sobre todo por lo que atañe a temas como derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes. Lo anterior constituye una oportunidad para que las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Clínica Hospital estudiado, realicen en el corto plazo cambios sustanciales que se traduzcan en cambios cualitativos para el beneficio de las usuarias.

Las oportunidades de mejora se pueden realizar a medida que exista la voluntad política y la racionalidad técnica en aplicar la implementación de atención de calidad con perspectiva de género; en la etapa de la aplicación del levantamiento de encuestas, tuvimos serios problemas para el acceso al Hospital General de Zona, uno de los principales factores que provocó la suspensión del cuestionario, fue el rechazo por parte del Jefe del Departamento Clínico, asimismo, las autoridades de vigilancia nos pidieron abandonar el nosocomio. Posteriormente, solicitamos a las autoridades delegacionales el permiso para aplicar el cuestionario a las madres adolescentes, contando con la aprobación del Delegado del Instituto Mexicano del Seguro Social así como el Jefe Delegacional de Servicios Médicos.

Cabe mencionar que las usuarias no rechazaron la encuesta y se mostraron interesadas en opinar sobre la atención recibida, caso contrario, del personal operativo de la Institución que por su horario de trabajo y la saturación de los servicios médicos, nos cancelaron en más de dos ocasiones las entrevistas.

Una de las debilidades observadas en el personal médico fue que desconocen las normas oficiales del sector salud, por lo anterior nos parece que si existe un vacío en la aplicación de la norma vigente, el servicio a madres adolescentes, será indiferentes ante situaciones sociales reales como el maltrato y/o violencia intrafamiliar. Por otro lado, un personaje que no participa de manera directa en el servicio de Planificación Familiar es la Psicóloga profesional de la salud, que necesita abordar problemas de adolescentes embarazadas que acuden al Hospital solo por control prenatal pero con grandes desordenes psicológicos derivado de un embarazo no deseado.

En los últimos años el tema de la equidad de género en la provisión de los servicios de salud ha sido estudiado de diferentes visiones, México no es la excepción porque tenemos grandes diferencias sociales, emocionales, psicológicas, y niveles de bienestar. Lo anterior, es el resultado de las inequidades sexuales, niveles socioeconómicos, etnicidad, edad, región geográfica, y orientación sexual; en otras palabras, de la cultura institucional que se resiste al cambio en los estereotipos de género prevalecientes en nuestra sociedad patriarcal.

Otro gran reto para los servicios de Planificación Familiar, será proveer mayor información a sus usuarios sobre métodos anticonceptivos, porque la mayoría están dirigidos al sexo femenino; lo que implica que el varón quede excluido de dicho programa y se fomente su irresponsabilidad. Asimismo, derivado del trabajo de investigación el grupo vulnerable de madres adolescentes no presenta demanda activa en el IMSS y en otros nosocomios, por lo anterior será tema de mejora en los servicios médicos; cabe destacar que con el programa *Prevenimos* (2000) se han realizado diversas estrategias de acercamiento de los servicios de salud a dicha población.

Históricamente el Hospital General de Zona + Medicina Familiar, se han realizado diversos ejercicios en materia de calidad de la atención médica, con antecedentes de veinte años, sin embargo, el impacto no ha resultado del todo satisfactorio para los actores principales, porque más que cumplir con la premisa de satisfacción del cliente, se ha cubierto un requisito para premios, metas e indicadores internos, resultados cuantitativos más no cualitativos, el impacto ha sido parcial según manifestaciones de personal de salud, usuarias y directivos. De igual forma el grado de calidad es una percepción institucional que lejos de legitimarse con los clientes externos al recibir un servicio con oportunidad, calidez y satisfacción no logra obtener el reconocimiento de las usuarias y usuarios de dichos servicios. Por otro lado, la política pública en su modalidad de Perspectiva de género, no se ha implementado en la parte operativa del Hospital General de Zona + Medicina Familiar No.1 de Baja California Sur del IMSS, un tema que hoy en día se ha defendido por organismos no gubernamentales y gobierno federal como un avance por lograr la equidad de género en cualquier Institución Pública, por lo anterior enunciaremos las limitaciones respecto a la Calidad de la Atención Médica con perspectiva de género de madres adolescentes de dicho caso de estudio:

- 1) No se cuenta con un análisis de género de las situaciones de salud-incluyendo datos desagregados por sexo, y desarrollo de "indicadores de género" para vigilancia y evaluación como: causas de mortalidad/morbilidad femenina y masculina; tasa de mortalidad infantil por sexo y causa; tasas de mortalidad materna; acceso de las mujeres a la atención pre y postnatal; proporción de mujeres y hombres empleados en diferentes niveles/áreas del sector salud; acceso de mujeres y hombres a diferentes métodos de planificación familiar, entre otros.
- 2) La capacitación de trabajadores de salud para integrar la perspectiva de género, no responde apropiadamente a las necesidades de salud diferenciadas de las mujeres y hombres, existe una desinformación de temas relacionados con la perspectiva de género.

- 3) La difusión de información para la sobre genero y salud, a nivel local son nulas.
- 4) Las y los usuarios de los servicios de salud tienen expectativas muy bajas respecto a la atención médica, no conocen sus derechos y obligaciones como usuarias del servicio.
- 5) Aumentar la participación de las mujeres; la definición de las prioridades de salud; la planificación de soluciones, políticas y/o programas, y la responsabilidad. La equidad de género en salud es un componente fundamental del mandato de la organización Panamericana de la Salud (OPS) "salud para todos", deberá ser una meta central para todo el sistema nacional de salud.

Ahora bien, la opinión de diversos actores tales como Secretarios de Salud han argumentado que si el sistema nacional de salud en México logrará universalizar el acceso a los servicios de salud, permitirá lograr que los indicadores de calidad sean más confiables, eficientes y eficaces. Esto es, que muchos de los indicadores serían más estandarizados, y las usuarias tendrían más conocimiento y puntos de referencia en los servicios proporcionados.

Por otro lado, cabe destacar que las y los usuarios de los servicios de salud tienen expectativas muy bajas respecto a la atención médica; por ejemplo, para ser atendidas en una consulta programada, el tiempo de espera que regularmente hacen es de una hora; y no lo califican como malo sino como una necesidad para atenderse. Sin embargo, al citar las sugerencias para mejorar el uso del tiempo en sala de espera, estas nos indicaron que mejoren los horarios, y adapten la sala de espera más cómoda. Esto influye en que las instituciones miden sus percepciones a través de programa permanente y de poca resolución inmediata para las usuarias. Es decir, el sistema Nacional de Salud responde unilateralmente a sus expectativas sin considerar al Usuario(a) como el principal elemento de sus servicios.

Paralelamente el personal de Salud que realice sus actividades con las y los usuarios deberá conocer las políticas públicas con enfoque de género, para que

desempeñe eficientemente sus funciones; cabe destacar que en este ejercicio de encuestas a prestadores de servicios resalto la desinformación por parte de dichos trabajadores, que desconocen en su totalidad la NOM 190, indicadores de calidad, atención a adolescentes etc.... normas y reglamentos que rigen el buen desempeño de los programas sensibles al género, por lo anterior es necesario que se involucren a todas las categorías: enfermeras, jefes de departamentos, médicos, trabajadoras sociales, orientadoras, asistentes médicas para cumplir con el marco legal de la política pública sensible al género.

La Política Pública e institucionalización de programas sensibles al género constituye un mandato; responder a información oportuna, veraz y suficiente por tanto supone capacitar al personal de servicios médicos, esto incluye a todo el Sistema Nacional de Salud (*IMSS, ISSSTE, SSA*) lo cual permitirá que sus procesos de calidad sean reconocidos por sus demandantes, lo cual se traducirá en indicadores de calidad que serán las herramientas del cambio organizacional a corto, mediano y largo plazo.

Bibliografía:

Aguilar Villanueva, Luis F. El estudio de la políticas Públicas, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México, 1992.

Aguilar Villanueva, Luis F. La hechura de las Políticas Públicas, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México 1992.

Aguilar Villanueva, Luis F. La implementación de las Políticas, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México 1993.

Ames, Barry: "Political Survival", politicians and public policy in Latin America, university of California Press.

Ariño. "Economía y Estado", Editorial Abeledo cryptot, pág. 237. Edición 1992.

Barrig, Maruja (1992) "violence and Economic Crisis: The Challenges of the womens movement in Peru", Conference on women and the Transition from Authoritarian Rule in Latin America and Eastern Erupe, Berkeley, 3-4 December.

Bell, Daniel: "Las contradicciones culturales del capitalismo", Alianza Editorial Mexicana, Edición 1977.

Buchanan James and Tullock Gordon, "El cálculo del consenso", Editorial Planeta, 1993.

Bruce Judith. Un sistema de Medición de la Calidad de los servicios de Salud desde una perspectiva de género. 1989.

Cabrero Mendoza Enrique (2003) gobiernos Locales Trabajando, "*Un recorrido a través de programas municipales que funcionan*". CIDE. 2003. MÉXICO

Cabrero Mendoza Enrique: "usos y costumbres en la hechura de la políticas publicas en México". Gestión y Política Pública. Vol. IX Núm.2. México II Semestre. Revista CIDE.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Dahl Robert (1999), La democracia. Una guía para los ciudadanos, Editorial Taurus, Buenos Aires, pp. 45-162.- 165-212.

Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina. UNFPA.

Encuentros y desencuentros en Salud Reproductiva (Políticas Públicas, Marco Normativo y Actores Sociales).

"Evaluación de Avance de los Indicadores de Resultado". México Salud 2000. Secretaría de Salud, México, D.F., Abril 1999. pp. 1-10

French, W. Wendell y Bell Cecil H., Desarrollo Organizacional. Aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización, Ed. Pearson/Prentice-Hall, México, 1996.

Flisflish, Angel: "Teoría de las políticas Públicas", Red Iberoamericana de Instituciones de Formación e Investigación en Gerencia Pública, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo -CLAD- Santa Cruz Sierra, Bolivia.

Friedrich A. Hayek: "Camino de servidumbre", Alianza Editorial, p+ag. 143 Edición, 1978.

Glendini, Carolina y Jane Millar (1991) "poverty: The forgotten English woman-reconstructing research and policy on Poverty" en mavis maclean y Dulcie Groves, comps. Women sigues in social Policy, Londres y Nueva Cork, Routledge.

Inchaustegui y Martínez "Las políticas sociales. Tendencias actuales" 61-74 del libro "políticas sociales de México en los años noventa". 1998 .México. D.F. La Calidad de la Atención a la Salud. FUNSALUD. Julio 2000.

León Samuel "Reflexiones sobre la reforma en México" 201-234 del libro de "Políticas sociales de México en los años noventa". 1998. México. D.F.

Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.1973

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado.

Milliband Ralph. "El Estado en la sociedad capitalista", siglo XXI Editores, Pág.141-142, 1991.

Mills Weight: "La Elite del Poder", Ed. Fondo de Cultura Económica, Pág.15, 1964.

Moser, Carolina (1991), "la planificación de género en el Tercer Mundo; enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género" en Virginia Guzmán, Patricia Portocarrero y Virginia Vargas, Comp. Una nueva lectura de género en el desarrollo, Lima Perú.

Motta Paulo Roberto: "La perspectiva organizacional en la formulación e implementación de la política pública: inferencias sobre la realidad de América Latina", para el seminario de formulación y gestión de políticas públicas, Instituto Centroamericano de Administración Pública, págs. 4-6 Costa Rica. 1985

O'Donnell Guillermo: "El Estado Burocrático autoritario", Fondo de Cultura Económica. Pág. 263. Edición 1982.

Orloff, Ann Shola (1993) "Gender and the Social Right of citizenship: The comparative Analysis of gender relations and welfare status", *American sociological Review*, vol.58 junio, pp.303-328.

Oszlack Oscar: "políticas Públicas y reglamentos políticos. Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas" *Estudios CEDES*, Vol.3, Pág. 30. No. 1980.

Plan Estatal de Desarrollo 2000-2006 en Baja California Sur.

Phillips Anne (1999), *La política de la presencia. La reforma de la representación política en Soledad García y Steven Lukes (comps) Ciudadanía: Justicia social, identidad y participación Siglo XXI*, Madrid, pp.235-256.

Perez Agote Poveda. "Globalización, crisis del Estado y anomia. La Teoría social visita Europa". *Centro de Investigaciones sociológica*.

Ruiz de Chávez M., et al. *Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. Salud Pública de México* 1990; 32:156-169.

Reinberger Setephen J." *Reforming Policies in the 1980. Changing circumstances and shifting parameters*", en *Public choice Policy change, The Political Economy of reform in developing countries*, chapter 8, The John Opkins University press, 1990.

Rojas Soriano Raúl. *Guía para realizar investigaciones Sociales*. 6ª Edición Plaza y Valdés. México. 1981. P-271

Sartori Giovanni (2003); *¿Qué es la democracia?*, Edit. Nueva Imagen, México pp. 3-25 y pp. 115-134.

Sartori Giovanni (1997), *Partidos y sistemas de partidos*, Alianza Editorial, Madrid, pp.17-58 y 149-162

Schmukler, Beatriz (1994) "las mujeres y la democratización social" *Estudios sociológicos*, núm.37. México. Colegio de México.

Schmuckler, Beatriz del capítulo "Actores y clientelas de las políticas sociales" 349-364 del libro "*Políticas Sociales de México en los años noventa*". 1998. México.D.F.

Subirats Joan, *Análisis de Políticas Públicas y Eficacia en la Administración*, Ministerios para la Administraciones Públicas, Madrid, 1992.