



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

00482
5

PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE AMERICA DEL NORTE
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ACATLAN

DESARROLLO DE UN MODELO PARA LA IMPLEMENTACION Y
EVALUACION DE LAS POLITICAS PUBLICAS EN SALUD A PARTIR DE
UN ESTUDIO DE CASO. EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION
Y CONTROL DEL CANCER CERVICOUTERINO (PNPCC).

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS POLITICAS Y
SOCIALES CON ORIENTACION EN
ADMINISTRACION PUBLICA
P R E S E N T A:
CORINA MARGARITA CUEVAS REAUD

COMITE TUTORAL:
DRA. PATRICIA DE LOS RIOS LOZANO (Tutora Principal)
DR. FERNANDO PEREZ CORREA
DR. RICARDO UVALLE BERRONES

INTEGRANTES DEL JURADO:
DRA. NADIMA SIMON DOMINGUEZ
DR. JOSE MANUEL LASTRA LASTRA
DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DRA. EMMA LEON VEGA



CIUDAD UNIVERSITARIA

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

La culminación de este trabajo de investigación fue posible gracias al compromiso asumido por académicos, prestadores de servicios, autoridades del Instituto Nacional de Cancerología, ciudadanos y alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México que participaron en su realización.

En primer lugar agradezco la orientación y dedicación de mi tutora principal, la Dra. Patricia de los Ríos Lozano, a quien primero conocí como profesora en la Universidad Iberoamericana ganándome mi admiración y respeto no sólo por sus conocimientos, también por el entusiasmo y responsabilidad que pone en la realización de todas sus tareas académicas, y más tarde por su apoyo y calidad humana que se han convertido en una buena amistad.

A los miembros de mi comité tutorial: el Dr. Fernando Pérez Correa y Dr. Ricardo Uvalle Berrones por sus acertados comentarios y valiosas observaciones, siempre bajo la óptica de mejorar el trabajo de investigación, durante más de tres años de trabajo responsable e institucional.

A la Dra. Nadima Simón Domínguez y el Dr. José Manuel Lastra Lastra por su disposición para participar con sus interesantes comentarios y sugerencias también encaminados a enriquecer la investigación.

Al resto de jurado, Dr. Juan José Sánchez Sosa y la Dra. Emma León Vega por su participación y comentarios como lectores del trabajo.

Al Lic. Vicente Oropeza Calderón por su disposición y responsabilidad para hacer la corrección de estilo del trabajo.

A todos ustedes mi agradecimiento y reconocimiento por su institucionalidad, y por tener el privilegio de contar con su amistad.

Autorizo a la Dirección General de Estadística de la
UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo de investigación.
NOMBRE: CORINA MARGARITA CUEVAS RENAUD
FECHA: 11 - Agosto - 2003
FIRMA: Corina Cuevas Renaud

B

ÍNDICE

Resumen.....	I
Abstract.....	li
Introducción.....	iii-viii
1 Visión institucional de la Administración Pública	1
1.1 Administración Pública.....	1-3
1.2 Las Ciencias de Políticas Públicas de la Democracia.....	3-5
1.3 Gestión Pública.....	5-6
1.4 Instituciones.....	6-10
1.5 Lo privado y lo público en un asunto de salud.....	11
1.5.1 Lo privado.....	11
1.5.2 Lo público.....	11-13
1.6 Las Cartas de Servicio.....	14-16
1.7 Bibliografía.....	16-17
2 La implementación de Políticas Públicas: estudios generacionales	18
2.1 Introducción.....	18
2.2 Primera generación (1970-1975). Tesis, evidencias y recomendaciones.....	19
2.2.1 Jeffrey Pressman y Aaron Wildavsky.....	19-25
2.2.2 Eugene Bardach.....	25-33
2.3 Segunda generación de estudios de implementación. Marcos conceptuales para la implementación de Políticas Públicas (1975-1980).....	33-34
2.3.1 Top-Down.....	34
2.3.1.1 Donald Van Meter y Carl Van Horn.....	34-37
2.3.1.2 Paul Sabatier y Daniel Mazmanian.....	37-40
2.3.1.3 George Edwards.....	40-41
2.3.2 Bottom-Up.....	41
2.3.2.1 Michael Lipsky.....	41-45
2.3.2.2 Walter Williams.....	46-48
2.3.3 Macro-Implementación y Micro-Implementación: Paul Berman.....	48-53
2.3.4 Síntesis y revisiones (1985-1987).....	53
2.3.4.1 Richard Elmore.....	53-55
2.3.4.2 Paul Sabatier.....	56-58
2.3.4.3 Malcolm Goggin.....	58-59
2.4 Hacia la tercera generación de estudios de implementación.....	59-60
2.4.1 Enfoque positivista.....	60-61
2.4.2 Enfoque postpositivista.....	61-64
2.5 Reflexiones.....	64-66
2.6 Bibliografía.....	67-69
3 Método.....	70
3.1 Planteamiento del problema.....	70-75
3.2 Objetivos.....	75
3.3 Hipótesis.....	75-76

3.4 Instrumentos y cuestionarios.....	76-78
3.5 Validez de los instrumentos.....	78-79
3.6 Confiabilidad de los instrumentos.....	79-80
3.7 Definición de variables.....	80
3.8 Muestreo.....	80-82
3.9 Delimitación temporal.....	82
3.10 Delimitación espacial.....	82
3.11 Tipo de estudio.....	82-83
3.12 Tipo de diseño.....	83
3.13 Procedimiento.....	83
3.14 Análisis de datos y resultados.....	84
3.14.1 Mujeres usuarias del PNPCCC: Evaluación sobre la calidad del servicio.....	84-91
13.14.1.1 Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM).....	91-95
3.14.2 Índices de bondad de ajuste del modelo de evaluación de la calidad del servicio y otros resultados.....	96-98
3.14.3 Instrumento actitudinal hacia el examen del Papanicolaou y el cáncer.....	99-107
3.14.4 Mujeres asintomáticas (población abierta).....	107-123
3.14.5 Análisis de regresión lineal simple.....	123-124
3.15 Resultados.....	124-126
3.16 Bibliografía.....	126-128
4 Participación pública en un asunto de salud.....	129
4.1 Introducción.....	129-130
4.2 Democracia participativa.....	130-132
4.3 Participación pública.....	132-136
4.3.1 Panel de ciudadanos y experiencias eficaces.....	137-141
4.3.2 Panel de ciudadanos sobre el PNPCCC.....	141-146
4.4 Carta de los Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica.....	146-151
4.4.1 Mecanismos de implementación de la Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica.....	151-152
4.4.2 Principales características y forma de operar de algunas Cartas de Derechos: Francia, Australia, Canadá, Estados Unidos, Holanda y Reino Unido.....	152-156
4.5 Reflexiones.....	156-157
4.6 Bibliografía.....	157-159
5 Decisiones, preferencias y conductas de salud.....	160
5.1 Introducción.....	160-163
5.2 Marco teórico.....	163
5.2.1 Utilitarismo.....	163-166
5.2.2 Preferencias y decisiones: tesis y evidencias.....	166-167
5.2.2.1 Teoría de la utilidad.....	167
5.2.2.2 Teoría de la utilidad esperada.....	167-169
5.2.2.3 Teoría de la utilidad esperada subjetiva.....	169-170
5.2.2.4 Las preferencias desde la perspectiva de Daniel Kahneman y Amos Tversky.....	170-185

D

5.3 Aplicación del modelo de Kahneman y Tversky a un problema de salud: cáncer cérvico uterino.....	185-188
5.3.1 Determinación del tamaño de la muestra.....	188-190
5.3.2 Resultados descriptivos.....	191
5.3.3 Planteamiento de hipótesis y su contrastación.....	191-193
5.3.3.1 Razón de momios.....	193-196
5.3.3.2 Análisis de correspondencias.....	196-203
5.4 Reflexiones.....	203-204
5.5 Bibliografía.....	204-206
6 El significado de hacerse el examen del Papanicolaou: un relato de vida.....	207
6.1 El paradigma cualitativo y sus principales tesis.....	207-212
6.2 Salud-Enfermedad en la mujer mexicana.....	212-214
6.3 Contextualización de los problemas públicos en salud.....	214-216
6.4 Etnometodología: el relato de vida de las prácticas ginecológicas de una mujer.....	216-217
6.4.1 Descripción general.....	217-218
6.4.2 El sistema de interacción (establecimiento de contratos).....	218-219
6.4.3 La estructura narrativa.....	219-220
6.4.3.1 Las secuencias.....	220-222
6.4.3.2 Los hitos.....	222-223
6.4.3.3 Los motivos.....	223
6.4.3.4 La causalidad.....	223-224
6.4.3.5 La adhesión a un orden moral.....	224
6.4.4 La construcción estética.....	224
6.4.5 Mitos asumidos durante el relato.....	224-226
6.4.6 Personajes asumidos durante la narrativa.....	226-227
6.4.7 El imaginaria y los sentimientos.....	227
6.5 Reflexiones.....	228-230
6.6 Bibliografía.....	230-231
7 Propuesta del modelo de implementación y evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC).....	232
7.1 Introducción.....	232-233
7.2 Supuestos del modelo.....	233-234
7.3 Teorías y elementos que subyacen al modelo.....	234
7.4 Modelo de implementación y evaluación del PNPCCC.....	234-235
7.4.1 Explicación del modelo.....	236-237
7.5 Evaluación.....	237-238
7.6 Reestructuración organizativa del PNPCCC.....	238-241
7.6.1 Características personales del Promotor-Guardián que preside el Comité del PNPCCC.....	242
7.6.2 Recursos que debe poseer el Promotor-Guardián del PNPCCC.....	242-243
7.6.3 Algunas acciones a realizar en el corto y mediano plazo por el Promotor-Guardián del PNPCCC.....	243-246
7.7 Reflexiones.....	246-247
7.8 Bibliografía.....	247-248

8 Consideraciones y reflexiones finales.....	249-252
Referencias bibliográficas.....	253-262
Anexo A. Instrumentos y cuestionarios actitudinales y sobre la calidad del servicio	
Anexo B. Cuestionario del Panel Ciudadano sobre el PNPCCC	
Anexo C. Panfleto sobre el cáncer cérvico uterino	
Anexo D. El PNPCCC (Diario Oficial de la Federación)	

RESUMEN

La implementación –el proceso de poner en acción una decisión política– la etapa más delicada del diseño de una política pública, ha sido y es objeto de estudio de la Administración Pública y de las Ciencias de Políticas Públicas.

En esta investigación se propone un modelo de implementación y evaluación aplicado a un asunto de salud (cáncer cérvico uterino), que a diferencia de los anteriores –que han hecho responsable a la Administración Pública de los pobres resultados de los programas sociales (enfoque positivista)– incorpora la participación del destinatario de una política pública en una doble dimensión (enfoque postpositivista):

- 1) como corresponsable de la Administración Pública en el proceso de implementación en un ejercicio de democracia participativa en los asuntos públicos; y
- 2) como ser humano inmerso en un mundo de símbolos y significados socialmente compartidos donde expresa libremente sus preferencias.

El modelo suma las aportaciones y teorías de diferentes enfoques, ciencias y académicos –como corresponde a la naturaleza de las Ciencias de Políticas Públicas– en un ejercicio de complementariedad, así como los resultados de los trabajos empíricos llevados a cabo. En esta perspectiva, la Administración Pública es la responsable de coordinar el trabajo de las Ciencias de Políticas Públicas y de la Gestión Pública para preservar la salud de la población con eficacia, eficiencia, calidad, equidad y dignidad, en donde el binomio implementación-evaluación es considerado como un proceso de aprendizaje y mejora continua.

El diseño y contenido de la Carta de Derechos y Deberes de la Mujer en Salud Ginecológica, la importancia que las preferencias informadas tienen en el proceso de toma de decisiones para preservar la salud, y la participación de autoridades, prestadores de servicios y ciudadanos en un panel que se llevó a cabo sobre el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC), son además del modelo algunos de los productos relevantes de este trabajo.

Palabras clave: Administración Pública, Carta de Servicios, Ciencias de Políticas Públicas, democracia deliberativa, enfoque postpositivista, evaluación, implementación, preferencias, Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino.

ABSTRACT

The implementation –the process to put in action a politic decision– is the more delicate stage in designing of Public Policy, it has been and is object of study to the Public Administration and the Policy Sciences.

In this research we propose a model of implementation and evaluation applicable to a health issue (cervix cancer), that in contrast to the previous – that they have made responsible to the Public Administration about the poor outcomes in public programs (positivist approach) – incorporates the participation of the recipient of a Public Policy in a double dimension (postpositivist approach):

- 1) like corresponsable of the Public Administration in the process of implementation in an exercise of participatory democracy in the public issues and
- 2) like a human being immersed in a world of symbols and meanings socially shared, where he or she expresses freely his or her preferences.

The model is the result of the contributions and theories of the several approaches, sciences and academics –as regards as the nature of the Policy Sciences– in an exercise of complementary as soon as the outcomes of the empiric works carried out.

In this perspective, Public Administration is responsible to coordinate the work of the Policy Sciences and the Public Management to preserve the health of the population with efficiency, efficacy, quality, equity and dignity, where the binomial Implementation-Evaluation is considered like a process of learning and continuous improvement.

The design and contents of the Citizen's Charter of Women in Gynecological Health, the relevance at the informed preferences have in the process of making decision to preserve the health, and the participation of authorities, public service workers and citizens in a panel that was carried out about the Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC), are besides the model some of the more relevant outcomes of this study.

Key words: Citizen's Chart, deliberative democracy, evaluation, implementation, postpositivist approach, preferences, Policy Sciences, Public Administration, Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC).

INTRODUCCIÓN

Los grandes descubrimientos en materia de ingeniería biológica y de comunicación, la instauración de una economía de libre mercado, la formación de bloques económicos y políticos en un mundo cada vez más democrático y globalizado, se han venido sucediendo de manera vertiginosa desde las últimas décadas del pasado siglo XX; han sido acompañados de daños ecológicos irreversibles al lugar que todos habitamos, la Tierra, a la aparición de enfermedades mortales para las cuales por el momento no hay cura, y a actos de gran violencia, barbarie y terrorismo como los que hemos presenciado en los primeros años de este siglo XXI. Muchos de ellos producto de la ambición, de la desigualdad económica y de los disensos políticos. Esta situación nos obliga a esforzarnos para reconocer lo que está mal, impulsar y mejorar lo que está bien, ser más creativos, buscar mecanismos y formas de actuar oportunamente para responder a estos acontecimientos, y los que surjan teniendo presente en todo momento el bienestar social.

En este contexto, sin duda alguna una de las principales preocupaciones de analistas de Políticas Públicas ha sido estudiar por qué a pesar de que éstas fueron cuidadosamente diseñadas, en el proceso de ponerlas en acción surgen una serie de situaciones y factores que dificultan o de plano impiden su adecuada implementación, de manera que el problema público que le dio origen no se soluciona con las implicaciones y los costos que esta situación generará.

Esto incide directamente en la Administración Pública porque es ella precisamente la encargada de dar cumplimiento a las decisiones políticas. Bastante se ha escrito y desde diversas ópticas se ha abordado el problema de la implementación, tal y como lo veremos en uno de los capítulos de este trabajo, por momentos pareciera que este asunto ya ha sido lo suficientemente abordado, y por ser tan complejo es imposible llegar a soluciones únicas ni de general aplicación y en este sentido no vale la pena dedicarle más tiempo y esfuerzo.

Para otros –quizás los menos– pensamos que hay costos sociales mayores a los económicos y políticos asociados a una mala implementación, como sería el incremento de enfermedades que pueden prevenirse, aumento de la pobreza y la violencia, y decremento en los niveles de educación, entre otros, que más lastiman a la sociedad y vale la pena seguir estudiando para buscar las mejores alternativas de solución. En esta perspectiva colocamos al ciudadano en el centro del estudio, más que continuar responsabilizando a la Administración Pública del fracaso de los programas implementados por ella.

Cuando se define un problema como público y se consigue por muy diversos medios –que pueden ir desde la argumentación hasta el conflicto– su ingreso a la agenda gubernamental, el resultado será una política pública encaminada a dar solución al problema que lo originó; y la responsabilidad de implementarla será de la Administración Pública, en este sentido es precisamente la implementación su objeto de estudio.

La Administración Pública desde una perspectiva institucional, incorpora las valiosas aportaciones que han desarrollado las Ciencias de Políticas Públicas y la Gestión Pública, y de menor importancia la Economía, las Matemáticas y la Sociología, entre otras, para dirigir un trabajo que vincule conocimientos y esfuerzos encaminados a dar las mejores soluciones a los problemas que aquejan a la sociedad. En este aspecto el proceso de implementación se convierte en el objeto de estudio no sólo de la Administración Pública, sino de las Ciencias de Políticas Públicas y la Gestión Pública.

El punto de convergencia entre las Ciencias de Políticas Públicas, la Gestión Pública y la Administración Pública, es precisamente lo público, es decir, el espacio donde los ciudadanos poseedores de derechos individuales o humanos, políticos y sociales expresan libremente sus necesidades dentro de sólidos marcos institucionales que garanticen su pleno respeto.

En esta convergencia se valora la importancia de la participación ciudadana en los asuntos públicos que los afectan y en este sentido lo público es mucho más que lo gubernamental, es el espacio donde sociedad y autoridades se vinculan mediante el diálogo en un ejercicio permanente de aprendizaje social y político, sumando y multiplicando esfuerzos para lograr el bien común, siendo la Administración Pública la responsable de crear los mecanismos para lograr la interacción y llevar a la acción los resultados que del proceso emanen, y ésta es precisamente su misión y lugar en la sociedad.

El reconocer que la Administración Pública ha dejado de ser una administración exclusivamente al servicio del gobierno, para dar paso a una administración que tiene como objetivo el mayor bienestar para la población, estará sin duda alguna en el camino correcto para conseguirlo.

La revalorización de lo público de la Administración Pública permeó el desarrollo de este trabajo, él cual se integra de ocho capítulos con sus respectivas reflexiones al final de los mismos, de tal suerte que permite un mejor seguimiento del trabajo en la lógica de que todo lo que se presenta es importante y permite la estructuración de los capítulos subsecuentes.

En el primer capítulo llamado *La visión institucional de la Administración Pública*, se expone la importancia que tiene la Administración Pública como la responsable de traducir en acciones una decisión política con un enfoque holístico, donde las Ciencias de Políticas Públicas y la Gestión Pública se vinculan en un eje rector llamado Administración Pública que actúa en el marco de instituciones sólidas. En este capítulo se definen los dos campos de estudio de las Políticas Públicas lo cual nos permite ubicar a la implementación –objeto de estudio de este trabajo– en el análisis de Políticas Públicas. Se propone el empleo de las *Cartas de Servicio* como un mecanismo que regula y vincula el trabajo de la Administración Pública con los usuarios de los programas o servicios.

En el capítulo dos *La implementación de Políticas Públicas: estudios generacionales*, se presenta la semblanza histórica y lo que postulamos es el debate actual de la implementación. En los estudios de la primera generación llamada de los "estudios de caso" o la "fracasonomía" se presentan las tesis, evidencias y recomendaciones de Jeffrey Pressman y Aaron Wildavsky; y Eugene Bardach. En la segunda generación los esfuerzos por entender cómo opera el proceso de la implementación se encaminan a la construcción de modelos y marcos conceptuales, se revisan tres de ellos: 1) "Top-down" y sus principales exponentes: Donald Van Meter y Carl Van Horn, Paul Sabatier y Daniel Mazmanian, y George Edwards; 2) "Bottom-up" y sus principales exponentes: Michael Lipsky y Walter Williams, y 3) "Macro-Implementación" y "Micro-Implementación", su principal exponente Paul Berman, así como las aportaciones de Richard Elmore, Paul Sabatier y Malcolm L. Goggin.

Se presenta en este capítulo los dos enfoques que, al parecer, se perfilan para ocupar la tercera generación de los estudios de implementación: el enfoque positivista a ultranza y el enfoque postpositivista, este último encabezado principalmente por Frank Fischer y Peter deLeon que busca recuperar la esencia de Harold Lasswell cuando creó las Ciencias de Políticas Públicas Democráticas, dándole mayor énfasis a la participación de la sociedad en los asuntos públicos y con ello al paradigma cualitativo. En este trabajo proponemos la incorporación de la Democracia Deliberativa y el uso de la metodología cuantitativa y cualitativa en un ejercicio de complementariedad, para dar respuesta a los problemas y las demandas de la sociedad en el marco del reconocimiento, y la realización de la dignidad humana no sólo en la teoría sino en los hechos.

En el capítulo tres *Método* se presenta el trabajo de campo del estudio de caso, el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC). El marco teórico en el que se plantearon las hipótesis fue el estudio de Michael Lipsky sobre la calidad del trabajo de los prestadores del servicio y en las dificultades de implementar una política del tipo "Top-down", donde se ignora al destinatario del programa. También se estructuraron, en función de los resultados poco afortunados en nuestro país, de implementar este tipo de programas, abordados desde la perspectiva de la medicina y orientados fundamentalmente en la visión técnica.

Para la contrastación de dichas hipótesis se realizó un estudio en tres grupos de mujeres: 1) usuarias del PNPCCC que asistían al Instituto Nacional de Cancerología (INCan) sede del programa en el DF, a quienes se les aplicaron dos instrumentos: a) evaluación de la calidad en la prestación servicio y b) actitud hacia el examen del Papanicolaou; 2) mujeres del Distrito Federal y zona conurbada que alguna vez se hicieron el examen del Papanicolaou, a quienes se les administraron solamente el cuestionario actitudinal; y 3) mujeres que no se han hecho el examen del Papanicolaou, a quienes también sólo se les aplicó el cuestionario actitudinal. Los resultados expresan que la calidad del servicio fue evaluada de buena a excelente y 99.8% recomendarían al INCan para practicarse este examen. Con esta información se construyó el modelo de *ecuaciones estructurales lineales* de la calidad del servicio, en donde los cuidados y la

delicadeza con la que se practicaba el examen del Papanicolaou, fueron las variables o factores latentes que tuvieron mayor peso en la construcción del mismo. Las actitudes en general fueron desfavorables hacia la práctica del examen.

Ante las evidencias estadísticamente significativas, de que no era la calidad en la prestación del servicio lo que determinaba que una mujer no acudiera a hacerse el examen; y si constatar que las actitudes desfavorables hacia el examen del Papanicolaou en cuestiones del significado, miedos, temores, así como lo que a una mujer le simboliza hacerse el examen, el enfoque postpositivista de Políticas Públicas cobró mayor relevancia para el desarrollo del siguiente capítulo *Participación pública en un asunto de salud*, donde la democracia deliberativa se constituyó en el corazón del mismo. Se llevó a cabo un *panel de ciudadanos* en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), con autoridades y prestadores del servicio del propio instituto sobre el PNPCCC con resultados satisfactorios para los usuarios, al conseguir incrementar el número de exámenes que diariamente se practican, así como lograr el ingreso a la agenda de la Junta de Gobierno del INCan y la ampliación del horario de atención para los sábados. Antes de la realización del panel se les pidió a los asistentes (121 ciudadanos: mujeres y hombres) que contestaran un instrumento en relación con sus expectativas sobre los resultados del panel, sus recomendaciones y sugerencias para que un mayor número de mujeres participara en el programa. Se llevó a cabo la grabación del mismo en una videocasete.

Como un resultado adicional que generó el panel proponemos el diseño y contenido de la Carta de los Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica, así como algunos mecanismos para conseguir tenga el carácter legal y de esta manera garantizar su cumplimiento, producto de la revisión de algunas Cartas de los Ciudadanos en países como Francia, Reino Unido, Canadá y Australia entre otros.

Conscientes que la implementación del PNPCCC es muy compleja porque hay procesos de toma de decisiones de la población objetivo del programa, se desarrolló el capítulo cinco *Decisiones, preferencias y conductas de salud* donde se destaca de manera preponderante los supuestos que subyacen al modelo desarrollado por Daniel Kahneman y Amos Tversky sobre preferencias y decisiones. Con base en este modelo se elaboró un panfleto que contiene información sobre el cáncer cérvico uterino donde se expone lo siguiente: en qué consiste el examen, quiénes deben practicárselo, en dónde se lo pueden realizar y la gratuidad del mismo en los centros del sector salud pública. Además se incluyó información estructurada en tres modalidades: 1) lo que ganarían si se realizaban el examen; 2) las pérdidas asociadas a no realizarse el examen y 3) neutro, es decir, no había información expresada en términos de pérdidas o ganancias de hacerse el examen. Se seleccionaron aleatoriamente mujeres del Distrito Federal y zona conurbada que a la fecha no se han hecho un solo examen, o bien, que tienen más de dos años de no hacérselo, las cuales a su vez fueron asignadas al azar a cada uno de las tres modalidades. Los resultados manifestaron que cuando

se proporciona información en términos de ganancias o pérdidas, contra no incluir información estructurada, la proporción fue de 5:1 (cinco a uno) y 6:1 (seis a uno) respectivamente. En este sentido se debe reconocer que la mujer mexicana es adulta y capaz de tomar sus propias decisiones, siempre y cuando le demos información completa y estructurada en términos de ganancias o pérdidas.

En un esfuerzo por determinar la utilidad esperada, medida en términos no monetarios, asociada a tomar la decisión de hacerse y a la decisión de no hacerse el examen del Papanicolaou, se construyó un pequeño instrumento que se administró a una muestra no probabilística e intencional de 384 mujeres, encontrándose resultados que concuerdan parcialmente con el modelo desarrollado por Kahneman y Tversky, que confirman lo complejo de las preferencias cuando no se trata de ganancias monetarias.

El capítulo seis *El significado de hacerse el examen del Papanicolaou. Un relato de vida*, se desarrolló desde la perspectiva postpositivista de la implementación, reconociendo lo importante que es abordarla más desde la visión cualitativa, es decir, lo que le simboliza a una mujer hacerse este examen. Para ello se llevó a cabo el relato de vida de una mujer en relación con esta práctica de salud, en donde fue posible observar los sentimientos, los valores y los mitos socialmente compartidos por la población femenina mexicana.

Para la reconstrucción e interpretación del relato de vida se incorporaron las aportaciones teóricas de Pierre Bourdieu, Daniel Bertaux, Alain Coulon, Carlos Piña, Clifford Geertz y Talcott Parsons principalmente, así como las reflexiones de Susan Sontag en relación con el cáncer. Se incluyó también una pequeña revisión del binomio salud-enfermedad de la mujer mexicana y los programas de salud en México para lograr una mejor contextualización del mismo.

En el relato fue posible reconstruir el simbolismo asociado a la práctica del examen, lo que permitió comprobar en los hechos las tesis del enfoque postpositivista, en el sentido de que no es suficiente que los prestadores del servicio hagan bien su trabajo, sino que hay que trabajar también con las necesidades derivadas de miedos y significados de los destinatarios de las Políticas Públicas, sobre todo cuando el éxito de las mismas depende en mayor grado de su participación, tal y como sucede con los programas de salud.

En el capítulo siete *Propuesta del modelo de implementación y evaluación del PNPCCC* se desarrolló en la lógica del proceso del diseño de una política pública (definición del problema, estructuración de la agenda, implementación y evaluación) teniendo dos ejes fundamentales: democracia deliberativa y complementariedad de los paradigmas cuantitativo y cualitativo. De la revisión bibliográfica sobre el tema de implementación y las experiencias del trabajo de campo, y dentro de la perspectiva de la Gestión Pública del programa, se propone el cambio de estructura orgánica en donde la presencia del *promotor-guardián* (llamado por Bardach *fixer*) del programa tiene un papel relevante, expresando las características que serían deseables tuviera, así como algunas de sus funciones.

En el modelo que proponemos asumimos que se trata de la construcción de una realidad muy compleja, y que por lo tanto es un tipo ideal, pero si reconocemos que éste requiere de la suma de conocimientos, aciertos y correcciones resultado de un trabajo conjunto, dicho modelo incrementalmente va a ir progresando, de tal manera que el actual es superior al anterior y así sucesivamente en un proceso de aprendizaje y mejora permanente hasta alcanzar el óptimo.

En el último capítulo *Consideraciones y reflexiones finales* se presenta una serie de análisis y razonamientos resultado del trabajo en su conjunto.

En los anexos de este trabajo se incluyen los diversos instrumentos desarrollados para la realización del trabajo empírico, el panfleto que se diseñó sobre el examen del Papanicolaou, y el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Finalmente, quiero dejar constancia del invaluable apoyo que recibí del Departamento de Trabajo Social y del director de la Clínica de Displasias del INCan Dr. Solorza, así como, de mis alumnos de la Facultad de Contaduría y Administración, de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México en la aplicación de algunos de los cuestionarios de este trabajo. De esta manera la UNAM reafirma su compromiso con la sociedad mexicana en la búsqueda de soluciones a problemas públicos para alcanzar mejores niveles de bienestar, particularmente de la población menos favorecida.

CAPÍTULO 1 VISIÓN INSTITUCIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Administrar e implementar tienen grandes semejanzas, y mientras que los investigadores de la implementación tienden a destacar las políticas antes que la organización, como lo hacen los investigadores de la administración pública, en todo estudio de la implementación se utilizan en gran medida las ideas clásicas y contemporáneas de la administración pública.
Helen Ingram

1.1 ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

En el marco de los acelerados cambios en materia económica, política y social, de avances tecnológicos inusitados sobre todo en el campo de la biología y las comunicaciones en un mundo cada vez más democrático y globalizado, la Administración Pública ha tenido que responder a ello dejando de ser un conjunto de organizaciones y procesos del gobierno en acción, a otra dimensión donde reconoce que al ciudadano le asiste el derecho de participar conjuntamente con ella en la consecución del bien común.

En este sentido, los integrantes de la sociedad sabiéndose poseedores de derechos civiles, sociales y políticos dejan de ser objetos de la Administración Pública para erigirse en sujetos de la misma.

El ciudadano de un régimen democrático ejerce su derecho de participar en las acciones del gobierno, en todos aquellos asuntos que lo afectan; por lo que las políticas gubernamentales serán públicas, es decir, efectivamente darán respuesta a sus necesidades y problemas.

Desde la perspectiva económica, la génesis del Estado es el resultado del acuerdo entre los ciudadanos, de que parte de las ganancias resultado de su trabajo sean destinadas para que otro se encargue de vigilar, promover y garantizar que los individuos puedan llevar a cabo sus proyectos dentro de un marco institucional (*homo economicus*). Ese otro es precisamente el Estado.

Cuando el Estado no cumple con las funciones para las cuales los ciudadanos lo "contrataron", o bien, los servicios que proporciona cada vez son de menor calidad, entra en una dinámica peligrosa que puede ser fácilmente detectada por reclamos y manifestaciones de muy diversa índole, como el incremento de empresas privadas, de grupos organizados de ciudadanos y de comunidades nacionales e internacionales que toman bajo su responsabilidad las funciones públicas y sociales que no está llevando a cabo y para las cuales se le está retribuyendo mediante el pago de impuestos. En este sentido Hirschman (1977: 11) expresa lo siguiente:

PAGINACION

DISCONTINUA

Toda sociedad aprende a vivir con cierta cantidad de comportamiento antifuncional o malo, pero para evitar que el mal comportamiento se alimente a sí mismo y conduzca al decaimiento general, la sociedad debe reunir en su interior fuerzas que hagan volver al mayor número posible de actores de mal comportamiento a la conducta requerida para el buen funcionamiento de la sociedad.

Y dice más adelante que la administración puede descubrir sus fallas de dos maneras: 1) la salida de sus clientes y 2) la voz¹, acción política por excelencia, expresión de la insatisfacción, ya sea a quien ofrece los servicios o a alguna autoridad con respecto a la mala calidad de los mismos o del producto. La primera pertenece al campo de la Economía, la segunda al de Política.

Lo público² de la Administración Pública implica que los propios ciudadanos, ya sea de manera individual u organizada sean también los sujetos de la Administración Pública, encargándose de la gestión de aquellos asuntos públicos que los afecten directamente mediante la cooperación, la promoción, la supervisión y evaluación de las acciones llevadas a cabo por el gobierno.

La Administración Pública ha llegado a reconocer que la opinión y la participación ciudadana son indispensables para que su desempeño sea evaluado como eficiente, eficaz, de calidad y equitativo. Que al ciudadano le asiste el derecho de plantear y definir los problemas que le aquejan; de intervenir en la estructuración de la agenda gubernamental; de participar activamente en la implementación de una decisión política y de evaluar el impacto de la misma en un proceso de aprendizaje y mejoramiento mutuo.

En una visión institucional, la Administración Pública ha incluido como parte de sus actividades profesionales a dos disciplinas que la renuevan y revalorizan para dar respuesta a los asuntos públicos que le impone la sociedad del siglo XXI: 1) las Ciencias de Políticas Públicas y 2) la Gestión Pública³. Porque también ellas

¹ "(...) Definimos aquí la voz como un intento por cambiar un estado de cosas poco satisfactorio, en lugar de abandonarlo, mediante la petición individual o colectiva a los administradores directamente responsables, por la apelación a una autoridad superior con la intención de forzar un cambio de administración, o por medio de diversos tipos de acciones y protestas, incluyendo las que tratan de movilizar la opinión pública (...) La opción de la voz es la única forma en que los clientes o miembros insatisfechos pueden reaccionar siempre que no exista la opción de la salida" (Hirschman, 1977 36, 39)

² Bazúa y Valenti (1993a 23-24) expresan que lo público tiene una doble dimensión 1) descriptiva y 2) valorativa. La primera de ellas está relacionada a: individuos, derechos, colectivos, procesos, problemas, situaciones, espacio y autoridad. Para la segunda dimensión, la valorativa, lo público se vincula con el bienestar público y los derechos públicos, es decir, los derechos humanos. Desde la visión económica lo público se refiere a los bienes (utilidades) y males públicos (costos) indivisibles que sólo pueden producirse para todos

³ Barry Bozeman (1998 37-39) manifiestan que hay dos enfoques sobre el concepto gestión pública. El primero de ellos el enfoque P, que se ha centrado en la gestión de políticas de alto nivel, en donde los aspectos políticos ocupan un lugar muy importante y el paradigma de investigación es el análisis de los estudios de caso a partir de los cuales derivan reglas

convergen en recuperar y reconocer la importancia que la participación ciudadana tiene en la acción gubernamental y administrativa.

Ante ello y de manera institucional y estratégica la Administración Pública abandona explícitamente la noción de que debe ser separada de la Política y del ciudadano, al reconocer que su trabajo se encamina a conseguir el bien común y dignificar al ciudadano como ser humano.

Woodrow Wilson (en Weimer y Vining, 1992: 7) expresó la concepción básica de lo que se consideraba era la Administración Pública:

(...) la administración descansa fuera de la esfera política. Los asuntos administrativos no son asuntos políticos. Aunque la política decide las tareas de la administración, esto no debiera permitir la manipulación de sus deberes. Lo ideal es un servicio civil libre de interferencia política y dedicada a la implementación y administración eficiente de los programas de acuerdo a los principios de la administración -la ciencia de la administración aislada del arte de la Política.

La Administración Pública reconoce que el conflicto se neutraliza con la cooperación de los actores, para que se produzca una discusión libre, abierta y argumentada de los asuntos públicos, en donde la razón y la Política pueden converger en el bien común. Al respecto Frederickson (en Weimer y Vining, 1992: 8) ha expresado lo siguiente "La nueva Administración Pública busca no sólo llevar a cabo los mandatos legislativos tan eficiente y eficazmente como sea posible, sino influir e implementar las políticas que mejoren la calidad de vida de todos."

1.2 LAS CIENCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA DEMOCRACIA

A fines de la década de los años cuarenta del siglo pasado, el período de la posguerra, Harold Lasswell propuso a las Ciencias Sociales, la creación de un campo interdisciplinario para producir conocimiento útil a la solución de problemas públicos, que llamó Ciencias de Políticas Públicas de la Democracia.

Lasswell lo hizo pensando que con ellas sería posible alcanzar los niveles más altos de la dignidad humana tal y como lo expresa en la siguiente declaración (Lasswell, 1996: 103): "(...) En una palabra, se pone todo el énfasis en las ciencias de políticas de la democracia, cuya meta última es la realización de la dignidad humana en la teoría y en los hechos."

Es esta concepción se identifican dos campos de estudio de las Políticas Públicas: 1) Análisis de Políticas Públicas (*Policy Analysis*): se refiere a la discusión sobre la mejor manera de atender un problema. Es el aquí y el ahora de un problema público, en relación a cuál es la mejor opción desde una perspectiva técnica no ideológica, lo que Lasswell denominó *conocimiento en* el asunto o problema. Su naturaleza es prescriptiva.

prescriptivas, sin teorías ni empleo de metodología cuantitativa. El segundo es el enfoque B, cercano a la Administración Pública tradicional con fuerte influencia de la escuela de administración de empresas, orientado a procesos en donde el diseño de organizaciones, recursos humanos, finanzas, presupuestación, producción y mercadotecnia, entre otros, son los temas centrales

2) Estudio de Políticas Públicas (*Policy Studies*): es el análisis de las políticas en el pasado, una actividad de investigación académica, la parte científica que busca dar respuesta a la siguiente pregunta ¿cómo y por qué se tomaron tales o cuáles decisiones?, *conocimiento de* el problema o asunto en la visión de Lasswell. Su naturaleza es explicativa.

Ambos campos de estudio están vinculados por un mismo objetivo: la atención de los problemas públicos desde diferentes enfoques, en esta perspectiva el análisis de Políticas Públicas se nutre del estudio de éstas.

El campo en el que se desarrollan las Ciencias de Políticas Públicas es el científico, construye un discurso científico-técnico para el público no para el Estado; con implicaciones de orden político no ideológico, en este sentido el razonamiento está constituido por valores reales.

Las Políticas Públicas son todos los planteamientos de solución pública, defendibles y presentados por cualquier ciudadano. Tienen las siguientes características:

- 1) Se desarrollan en un campo multidisciplinario –considera los enfoques teóricos de todas las disciplinas para abordar y discutir la mejor forma de resolver un problema– que estudia los problemas públicos y los mecanismos que la sociedad tiene para enfrentarlos.
- 2) El poder de argumentar en público es la piedra angular de las Políticas Públicas.
- 3) Su *publicidad*, responde al interés nacional y estratégico de un asunto, no se da por hecho, se sostiene públicamente mediante debate, votaciones, plebiscito y referéndum. En esta perspectiva el asunto se decide solamente por el público.
- 4) Implica el diseño de modelos de las situaciones en donde al menos hay tres actores: a) decisor, b) grupos vinculados a la toma de decisiones y c) público.
- 5) Visión hacia el futuro, es decir, se decide qué se va a hacer hoy para mañana.

Las Políticas Públicas se definen en un espacio bidimensional: 1) argumentando, es decir, materializando aquello que se considera de interés público, y 2) debatiendo y votando.

En esta perspectiva Majone (1996) expone que en el proceso de una política pública hay más que decisiones, existe deliberación pública, actividades de información y argumentación explicativa basadas en evidencia empírica; y argumentación justificadora referida a valores, mediante las cuales se ofrecen al ciudadano las razones por las que un gobierno decidió hacer una cosa y no la otra, al escoger ciertos objetivos, metas, instrumentos y operadores, y no otros. Los ciudadanos u organizaciones civiles, políticas y académicas e incluso sus representantes en las cámaras debaten los asuntos públicos que les interesan cara a cara, entre ellos y con las autoridades en un ejercicio de deliberación pública.

La materia prima de las Políticas Públicas son los problemas compartidos por amplios sectores de la sociedad, que pueden ser definidos como el estado de

cosas en el mundo social, son considerados indeseables por el ciudadano, en otras palabras, que sería deseable se redujeran sus efectos. Constituyen lesiones al bienestar material o espiritual de todos o casi todos los ciudadanos. Una acción pública en un Estado democrático es a la vez una acción de gobierno y una acción colectiva o de los ciudadanos intencional y organizada.

Los valores de equidad, eficiencia, eficacia, calidad y dignificación del ciudadano permean el proceso de las Políticas Públicas, la sociedad sólo podrá acceder a ellos si los individuos tienen garantizados el respeto a sus derechos humanos, sociales y políticos, en esta perspectiva la eficiencia deja de ser el único valor que le interesa a la sociedad. Al respecto Weimer y Vining (1992: 31) expresan lo siguiente:

(...) La dignidad humana, la oportunidad económica, y la participación política son valores dignos de consideración junto con la eficiencia. Los tomadores de decisiones de políticas públicas o nosotros, como miembros de la sociedad, podemos desear que se considere alguna eficiencia económica para proteger la vida humana, hacer que la distribución final de bienes sea más equitativa, o promover que el proceso de distribución de bienes sea más justa. Como analistas de políticas públicas también tenemos la responsabilidad de confrontar estos valores múltiples así como los conflictos potenciales entre ellos.

1.3 GESTIÓN PÚBLICA

El resultado de vincular la eficiencia administrativa con la argumentación, la deliberación y la acción ciudadana de los asuntos públicos es la Gestión Pública. La Gestión Pública, abre al público la Administración Pública en su nombre, hay una revalorización de lo público en las acciones que el gobierno lleva a cabo, y a diferencia del concepto empleado en las empresas privadas, su objeto de estudio son las organizaciones públicas. En este sentido Bozeman (1998: 13, 14) dice lo siguiente:

La gerencia pública se orienta por los principios de la eficiencia, la ciudadanía y lo público, la gerencia pública buscó encontrar desde un principio la satisfacción de las demandas de la sociedad desde una perspectiva radicalmente práctica, orientada a los problemas específicos, bajo una actitud estratégica...

Podríamos decir que las características de la Gestión Pública son las siguientes:

- 1) Se orienta hacia resultados en términos de eficiencia, eficacia y calidad del servicio (OCDE, 1997).
- 2) Su objeto de estudio son las organizaciones públicas (Bozeman, 1998: 13).
- 3) La organización jerarquizada y fuertemente centralizada de la Administración Pública es substituida por una organización descentralizada, en donde las decisiones referentes a la distribución de los recursos y la prestación de los servicios están más cercanas a los usuarios y las decisiones se toman considerando la opinión y sugerencias de los usuarios (OCDE, 1997).

4) Incorpora al igual que las Políticas Públicas las aportaciones de diversos campos del conocimiento para buscar la eficiencia, eficacia, equidad y calidad en las acciones emprendidas en un proceso de reingeniería administrativa.

5) Promueve el trabajo conjunto de las instituciones prestadoras de servicios y de los ciudadanos usuarios de las mismas para mejorar su calidad, con énfasis en la búsqueda de otras alternativas distintas a la prestación directa de los servicios por parte del Estado (OCDE, 1997).

6) Los ciudadanos no sólo son considerados clientes o usuarios del servicio sino dueños de los mismos, por lo que conjuntamente con el gobierno trabajan para mejorar el desempeño de las tareas públicas y la prestación de los servicios para el bienestar de la población.

En suma, la Gestión Pública podemos conceptualizarla como un modelo que diseña espacios y formas de acción humana, cuyo objetivo es mejorar la calidad de las acciones gubernamentales que coadyuvan al bienestar de la sociedad.

1.4 INSTITUCIONES

Las instituciones producen un marco sólido donde la eficiencia, la eficacia, la equidad y la calidad puede traducirse en bienestar para la población. Son precisamente quienes garantizan la observancia de los derechos individuales públicos y no permiten que se produzcan males públicos, es decir, todo aquello que no genere utilidad⁴. Son las "reglas del juego" que hacen posible la convivencia social, tal y como lo ha expresado North (1995: 14, 16):

Las limitaciones institucionales incluyen aquello que se prohíbe hacer a los individuos y, a veces, las condiciones en que algunos individuos se les permite hacerse cargo de ciertas actividades. Tal como las definimos aquí constituyen, por consiguiente, el marco en cuyo interior ocurre la interacción humana.

Las instituciones pueden contribuir a subsanar las fallas del mercado⁵. Una de ellas es la información asimétrica o incompleta que poseen los individuos.

⁴ Para Olson (en Ayala, 2000: 1) el Estado que logre incluir a la mayoría de los individuos, que rechace los intereses o privilegios de las minorías a costa de las mayorías y ambas cosas las haga de manera permanente promoverá el crecimiento.

⁵ Es posible decir que hay cuatro condiciones llamadas *fallas del mercado* en las que éste no es eficiente en el sentido *paretiano* y en esta perspectiva se justifica la intervención del Estado: a) *monopolios* sean estos naturales o no si no se regulan, los productores restringen la producción para elevar el precio ocasionando un costo en el bienestar social, es decir, no hay un óptimo de Pareto, b) *bienes públicos*, existen algunos bienes que o no son suministrados por el mercado, o si lo son, la cantidad suministrada es insuficiente y se llaman *bienes públicos puros*. Tienen dos propiedades básicas: 1) no cuesta nada que otra persona más disfrute de sus ventajas (por ejemplo, la seguridad nacional) y 2) en general es difícil o imposible impedir que se disfrute del bien público (por ejemplo, el aire puro). El mercado, o bien, no suministra estos bienes o no los distribuye en cantidades suficientes. Para la iniciativa privada casi siempre los beneficios o utilidades son menores que los costos, c) *externalidades*, existen muchos casos en los que los actos de una persona o de una empresa afectan a otros, de manera que se imponen costos a otros y no los compensa, o una empresa genera un beneficio a costa de otras y no reciben ninguna restitución a cambio (por ejemplo, la contaminación del aire y del agua). Las externalidades negativas se producen por ejemplo cuando una persona conduce un automóvil, ya que reduce la

Ésta se hace evidente cuando los ciudadanos tienen dificultades para decidir si hacen uso o no de los servicios públicos que se les ofrecen, en el sentido de que no pueden claramente reconocer los beneficios o los efectos negativos que sobre su persona y sus bienes ocurrirán, por lo tanto prefieren no participar. En este sentido las acciones que llevan a cabo los seres humanos están estrechamente influenciadas por las instituciones.

Es precisamente en este momento, cuando, por ejemplo, en los programas de promoción para la salud, donde la participación de los ciudadanos es indispensable para alcanzar los objetivos que se plantearon ésta no ocurre. En este sentido North (1995: 16) expresa lo siguiente "La función principal de las instituciones en la sociedad es reducir la incertidumbre estableciendo una estructura estable (pero no necesariamente eficiente) de la interacción humana."

El modelo económico de libre mercado que actualmente rige para casi todo el mundo, en donde las leyes de la oferta y la demanda lo sustentan, hoy por hoy, no ha logrado reducir las desigualdades. Existen amplios sectores de la sociedad, que no pueden realizar sus preferencias sobre bienes básicos o primarios (comida, educación, vivienda y ciertos servicios de salud, entre otros), distribuidos por el sector privado, su supervivencia depende de su consumo.

Para poder tener acceso a ellos hay que concurrir al mercado y tener qué intercambiar. Una gran mayoría de ciudadanos lo único que poseen es su fuerza de trabajo. Las Políticas Públicas al diseñar programas que mejoran la educación, la salud, la capacitación, la alimentación y la vivienda coadyuvan a incrementar su participación en amplios sectores en el mercado de consumo, realizando de esta manera sus preferencias.

La dignidad humana incluye valores tan importantes como la libertad, que posibilita a cada ciudadano poder realizar sus preferencias de la manera que él quiera, así como vivir de la forma que elija, respetando la dignidad de los otros. Una buena sociedad debe contar con los mecanismos para asegurar que

calidad del aire: una planta química que vierte sus desechos a un río cercano impone costos a los usuarios del agua, quienes seguramente tendrán que pagar una cuantiosa suma de dinero para purificarla y poder consumirla. Siempre que hay actividades que generan externalidades de ese tipo, la asignación de los recursos que realiza el mercado puede no ser eficiente. El control genera externalidades positivas, si el Estado no interviene el control sería insuficiente. Por ejemplo, las autoridades gubernamentales expresan a los poseedores de automóviles los máximos de emisión de hidrocarburos para reducir la contaminación y de manera similar lo hace con las empresas que tiran sus desechos al agua. En esta perspectiva aplican sanciones (multas) por las externalidades negativas y se premian o retribuyen las positivas, este sistema de precios consigue que la gente se dé cuenta del costo que impone a otros y reconozca los beneficios que le genera, d) *información asimétrica*, algunas actividades del Estado se justifican porque los consumidores tienen información incompleta y por la convicción de que el mercado suministra poca información. Va más allá del establecimiento de medidas de protección al consumidor. La información es, en muchos aspectos, un bien público, ya que suministrar información a una persona más no supone reducir la cantidad que tienen otras. La eficiencia requiere que se difunda gratuitamente o, con más precisión, que sólo se cobre el costo real de transmitirla.

En suma, el mercado privado a menudo suministra información insuficiente, lo mismo que distribuye cantidades inadecuadas de ciertos bienes públicos por lo que se justifica la intervención del Estado (Stiglitz, 1995: 74-83).

cualquier ciudadano pueda realizar sus preferencias, que ningún otro interfiera con las elecciones de los otros; en esta perspectiva el Estado debe promover y alentar ampliamente la participación de las instituciones, quienes determinan la asignación eficiente de los recursos escasos y deben proporcionar información completa a los ciudadanos, tal y como expresa Olson (en Ayala, 2000: 1): "El papel del Estado es clave para entender por qué prosperan, o no, las sociedades. El Estado provee de instituciones, entre una de ellas muy importante la defensa contra la propia predación del Estado. Este debe evitar el riesgo a la confiscación de la propiedad."

Las instituciones son claves para reducir costos y mejorar la economía de un país. Los programas de salud pública implican una inversión muy importante de recursos, si no hay cooperación y corresponsabilidad entre ciudadanos, prestadores del servicio y autoridades muy probablemente éstos fracasarán. En este sentido North (1995: 24) dice que la conducta cooperativa se da bajo tres premisas: 1) cuando los individuos interactúan repetidamente; 2) cuando tienen mucha información recíproca y 3) cuando el grupo está caracterizado por pocos participantes. Los juegos que se establecen entre ciudadanos e instituciones son complejos, generalmente la información que poseen es incompleta, de ahí que sus decisiones las tomen en condiciones de incertidumbre, asignándoles probabilidades subjetivas que generalmente se traducen en irracionales. Es por ello que las instituciones como estructuras de la interacción humana, juegan un papel determinante para que los individuos tomen cada vez mejores decisiones, es decir, decisiones informadas.

Haciendo una adaptación al campo de las Políticas Públicas en relación con lo que North (1995: 141) ha expuesto, como las condiciones de información e institucionales necesarias para un intercambio económico eficiente, expresamos lo siguiente:

- 1.- La población objetivo de las Políticas Públicas debe tener la información y el modelo correcto para conocer en qué medida el programa derivado de la misma les afecta o beneficia y en este sentido evaluar sus ganancias y pérdidas.
- 2.- Los resultados de este ejercicio serán dados a conocer al analista de Políticas Públicas o sus representantes, quien o quienes actuarán de acuerdo con lo que previamente se discutió y acordó.
- 3.- El modelo será implementado en un ejercicio de cooperación entre instituciones y ciudadanos, en un juego donde se maximicen las utilidades y se minimicen los costos de ambos, es decir, una estrategia en donde el valor esperado de la utilidad sea mayor que los costos de no haberlo hecho. En esta perspectiva, los indicadores no económicos que se traducen en bienestar como serían el nivel educativo alcanzado y el incremento en la esperanza de vida al nacer son valores sociales cuantificables.

Las instituciones requieren de un sistema legal y de un orden político que garantice el cumplimiento de los contratos y los pactos acordados, son el marco de actuación de la Administración Pública.

Las funciones que deben llevar a cabo las instituciones son las siguientes:

- ✓ Asignar los recursos limitados a actividades que produzcan el mayor bienestar a la población.
- ✓ Vincularse con la sociedad para crear un ambiente de cooperación que propiciará el crecimiento económico y el bienestar común.
- ✓ Establecer mecanismos para asegurar que los recursos se destinen al bienestar de la población (salud, educación y alimentación, entre otros), apoyando a los grupos más vulnerables con lo cual la sociedad sale ganando.

La tabla 1 resume las principales características de las Ciencias de Políticas Públicas y la Gestión Pública en un ejercicio comparativo y de complementariedad a fin de apreciar su convergencia en el buen ejercicio de la Administración Pública.

DISCIPLINA	OBJETIVO	"CLIENTE O USUARIO"	MARCO DE ACTUACIÓN	DEBILIDADES
ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	CONSTRUIR LOS ARGUMENTOS SOBRE LAS FORMAS MÁS ADECUADAS, LAS POSIBILIDADES DE POLÍTICA PARA RESOLVER PROBLEMAS PÚBLICOS	UN TOMADOR DE DECISIONES ESPECÍFICO O TOMADORES DE DECISIONES COLECTIVOS	PRODUCE CONOCIMIENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO, MÁS TÉCNICO QUE CIENTÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> • LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN ES UN PROCESO MUY COMPLEJO. • SOLO TOMA EN CUENTA AL CIUDADANO. • SIEMPRE SE TRABAJA BAJO LA PRESIÓN DEL TIEMPO.
ESTUDIO O INVESTIGACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	ESTUDIAR LAS RELACIONES CAUSA-EFECTO DE LAS POLÍTICAS, DECISIONES Y ACCIONES LLEVADAS A CABO POR LAS AUTORIDADES ESTATALES CON OBJETO DE EVALUAR SU IMPACTO (POSITIVO O NEGATIVO) EN LA POBLACIÓN Y EVENTUALMENTE PROPONER	LOS ACTORES EN LAS ARENAS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: REGULATORIAS, DISTRIBUTIVAS Y REDISTRIBUTIVAS ⁶	EMPLEO DE METODOLOGÍA FORMAL CON FUERTE ÉNFASIS EN LOS MÉTODOS CUANTITATIVOS PRODUCIENDO CONOCIMIENTO CIENTÍFICO-TÉCNICO, MÁS CIENTÍFICO QUE TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> • ES UN TRABAJO MÁS DE ORDEN ACADÉMICO QUE DIFÍCILMENTE FORMARÁ PARTE DE LA AGENDA GUBERNAMENTAL

⁶ Lowi (1996: 101-117) expresa la necesidad de identificar el ámbito del poder así como las elites, las estructuras de poder y las realidades similares dentro de cada uno de los espacios donde se definen y discuten los asuntos o problemas públicos. Identifica tres arenas de Política: 1) distributivas, 2) regulatorias y 3) redistributivas siendo estas últimas las que mayor conflicto generan entre las elites.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	OTRAS POLÍTICAS CUANDO EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FUE NEGATIVO.			
GESTIÓN PÚBLICA	MEJORAR EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES PÚBLICAS Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS	PÚBLICO CIUDADANO (USUARIO)	SE GUÍA POR LOS PRINCIPIOS DE EFICIENCIA, EFICACIA, CIUDADANÍA Y LO PÚBLICO CON UNA VISIÓN ESTRATÉGICA	<ul style="list-style-type: none"> • PROBLEMAS DE VINCULACIÓN ENTRE ADMINISTRADORES PÚBLICOS Y CIUDADANOS, LA COLABORACIÓN ENTRE AMBOS ES COMPLEJA. • LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA ES ESTRICTAMENTE ADMINISTRATIVA DONDE LA EFICIENCIA Y LA RESPONSABILIDAD DEL GOBIERNO ES LO IMPORTANTE.

Tabla 1 Análisis comparativo y complementario entre las Ciencias de Políticas Públicas y la Gestión Pública.

En suma, la Administración Pública será evaluada por los resultados de sus acciones, por lo que debe dirigir su atención hacia los asuntos del ciudadano en una dinámica de participación, deliberación, cooperación y corresponsabilidad mutua. De esta manera sociedad, autoridades y prestadores de servicios trabajan dentro de sólidos marcos institucionales que garantizan el cumplimiento de las decisiones que en este proceso participativo e incluyente se tomen.

En la figura 1 podemos representar la relación entre los conceptos antes expresados: Administración Pública, Ciencias de Políticas Públicas, Gestión Pública e Instituciones.

TRES CON
 FALTA DE ORIGEN

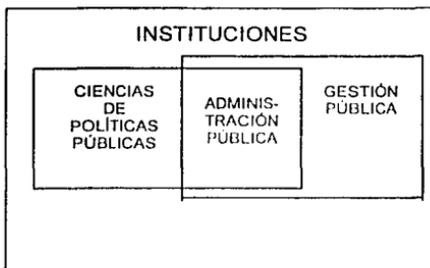


Figura 1. Universo de lo público e intersección de las Ciencias de Políticas Públicas y la Gestión Pública en la visión estratégica de la Administración Pública.

1.5 LO PRIVADO Y LO PÚBLICO EN UN ASUNTO DE SALUD

1.5.1 LO PRIVADO

La práctica médica de diversos exámenes como los que se llevan a cabo para detectar cáncer cérvico uterino, cáncer de pecho, cáncer en los testículos y próstata, entre otros, tienen una enorme carga de significados y de prejuicios socialmente compartidos.

Es el cuerpo y lo que éste simboliza un asunto que se ubica en la esfera de lo privado, diríamos de lo muy privado.

1.5.2 LO PÚBLICO

El Estado debe hacerse cargo de la salud de toda su población, tal como lo expresa el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La salud ingresa en los cálculos de la macroeconomía. Las enfermedades, las necesidades de los mexicanos en este ámbito, la salud, los grupos, los centros de salud públicos y privados forman parte de las alternativas de cobertura, acceso, financiación y, en consecuencia, de políticas reguladoras y distributivas que, como expresa Lowi (1996: 104-108) son entendidas como cooptación y presencia de intereses no comunes, materia de conflictos y disputas políticas.

En esta perspectiva el binomio salud-enfermedad no sólo tiene que ver con los profesionales de la medicina, sino con toda la sociedad, con los expertos de otras disciplinas, con los políticos y los gobernantes (Lolas, 1992 en Fernández, N. 2002: 5-6).

Desafortunadamente en nuestro país, hay una clara ausencia de liderazgo en salud pública, antes eran los colegios, las asociaciones de profesionales de universidades, los hospitales públicos y las instituciones del sector salud con probada y reconocida autoridad, quienes establecían el rumbo que habría de

seguirse. Actualmente cada centro o entidad de salud funciona casi de manera autónoma, con limitados mecanismos de control, quedando en muchas ocasiones en manos de la Economía y de los organismos internacionales las decisiones que corresponden fundamentalmente al sector salud.

En esta perspectiva y en una visión más local, es importante considerar que en los servicios de salud intervienen los siguientes actores con diversos intereses y expectativas (Vuori, 1988 en Fernández, N. 2002: 16-17):

- 1.- pacientes o beneficiarios
- 2.- trabajadores de la salud
- 3.- administradores de los servicios
- 4.- dirigentes o dueños de los servicios

Los primeros (pacientes o beneficiarios) se ubican en la esfera de lo privado y los restantes en la esfera de lo público, entonces, cómo establecer un mecanismo que permita no sólo conciliar divergencias sino encontrar elementos comunes a partir de los cuales se pueda empezar a construir una estructura mínima para trabajar hacia un objetivo común: reducir los índices de morbilidad y mortandad por enfermedades que pueden ser detectadas a tiempo.

Un elemento fundamental en esta estructura es la calidad del servicio, que debe concebirse como un proceso de mejora continua, en donde se brindan los servicios administrativos y médicos de manera accesible y equitativa con un nivel de actuación óptimo, que se retroalimenta con las opiniones y experiencias de los usuarios para lograr no sólo la satisfacción de sus necesidades, sino su adhesión a los programas de diagnóstico y prevención.

En este sentido, la gestión en salud no es un asunto exclusivamente biológico, las experiencias y puntos de vista de los usuarios de los servicios, y de los prestadores de los mismos, son de vital importancia para comprender de mejor forma los procesos y realidades a que se enfrentan estos actores.

En la figura 2 podemos representarlo de la siguiente manera:

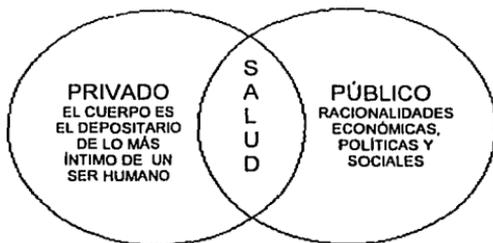


Figura 2. Convergencia de lo privado y lo público.

Un único compromiso entre ambas esferas: la salud.

Son precisamente los integrantes de la esfera pública, quienes tiene que atraer a la ciudadanía hacia este objetivo, estableciendo con ellos relaciones eficaces, productivas y duraderas. The Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD por sus siglas en inglés) ha expresado que para conseguirlo, se requieren de tres elementos (2001: 15):

- 1) Información
- 2) Consultas
- 3) Participación activa

En cuanto al primer elemento la OECD (*Ibidem*) ha dicho, que cuando el gobierno da a conocer sus iniciativas sobre Políticas Públicas, o bien da a conocer las demandas ciudadanas, está generando información.

En ambos casos, ésta fluye esencialmente en una dirección, es decir, del gobierno a los ciudadanos, unidireccional.

Para el segundo elemento, las consultas, igualmente la OECD (*Ibidem*) expresa que el gobierno establece un sistema de retroalimentación ciudadana en el proceso del diseño de Políticas Públicas. Se establece una relación bidireccional entre el gobierno y los ciudadanos.

En el tercer y último elemento, la participación activa, la OECD (*Ibidem*) menciona que son los propios ciudadanos quienes toman parte en el proceso de la elaboración de las Políticas Públicas proponiendo, por ejemplo, opciones o alternativas de políticas, en donde la atribución de formularlas y tomar las decisiones finales es responsabilidad del gobierno.

De esta manera, al fomentar la participación de los ciudadanos en el proceso de Políticas Públicas se establece una relación bidireccional que compromete a ciudadanos y gobierno a un trabajo conjunto basado en principios de interés y bienestar social.

En esta perspectiva es el gobierno quien tiene que buscar este acercamiento con los ciudadanos. Fundamentalmente por dos motivos (OECD, 2001: 18):

- 1.- Tendrá mejores bases para diseñar Políticas Públicas al considerarlas como un proceso de aprendizaje y mejora continua que se traducirá en una implementación efectiva, "(...) como ciudadanos llegamos a estar bien informados acerca de las Políticas y a tomar parte en su desarrollo." (OECD, 2001: 18)
- 2.- La participación pública fortalece la democracia.

En suma, si hay participación ciudadana mediante diversos mecanismos como paneles, grupos de trabajo, foros, trabajo con grupos de expertos y diálogo, entre otros, permitirá no sólo el surgimiento de buenas propuestas para el diseño de Políticas Públicas, sino también la cooperación ciudadana en una de las etapas más delicadas del proceso: la implementación.

En este sentido, proponemos que un primer paso y en fase de experimentación, en un centro de salud del Distrito Federal se elabore la Carta de Servicios en Salud Ginecológica para posteriormente ser implementada y evaluada.

Así son las autoridades quienes dan el primer paso al comprometerse a proporcionar los servicios con calidad, eficiencia, eficacia y equidad por medio de las Cartas de Servicios.

1.6 LAS CARTAS DE SERVICIOS

La misión fundamental de las Cartas de Servicios (empleadas en los países miembros de la Unión Europea) es mejorar la calidad de los servicios públicos mediante la definición y difusión de los compromisos que asume la Administración Pública, a fin de dar respuesta a los requerimientos del ciudadano/usuario/cliente, así como realizar un seguimiento (evaluación) de estos compromisos y comunicar los resultados (rendición de cuentas).

El contenido de una Carta de Servicios sería recomendable el siguiente:

- 1.- Información general
- 2.- Indicadores de calidad
- 3.- Compromisos de calidad
- 4.- Sugerencias y reclamaciones

Para el primer elemento, la información general, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE por sus siglas en español) (1997: 258) expresa que el usuario de un servicio de salud necesita saber, entre otras cosas, lo siguiente:

- ✓ los diferentes tratamientos disponibles, sus resultados y efectos secundarios, las posibilidades de éxito, los períodos de espera y tratamiento, el dolor, costos, cambio temporal en la apariencia personal, entre otros, y
- ✓ diferencias entre los distintos prestadores de servicios; qué es lo que puede proveer cada uno de ellos y cómo.

Debemos recordar que en salud, los bienes no son evaluados de manera inmediata por los usuarios, es decir, tiene que transcurrir cierto período de tiempo para ello, de ahí la importancia de contar con información completa y de calidad, de tal forma que el usuario pueda tomar la mejor decisión. Tal como lo expresa la OCDE (1997: 258) sería muy recomendable que para tener una visión completa, se incluya en esta información las alternativas que existen, además de la institución o sistema médico establecido. Es decir, la información va más allá de lo clínico.

Para definir indicadores de calidad es importante que se establezca una metodología que sería un proceso conformado por las siguientes etapas:

- 1.- Conocer los requerimientos del cliente.
- 2.- Identificar las características del proceso que afecta a los requerimientos.
- 3.- Definir un indicador que mida esas características.
- 4.- Determinar los objetivos.
- 5.- Aportar los medios que permitan la medición.
- 6.- Medir.
- 7.- Hacer un seguimiento de los resultados.

Por ejemplo, un indicador de calidad en salud para el examen del Papanicolaou, sería el siguiente:

Denominación: Tiempo promedio de entrega de resultados.

Son precisamente los integrantes de la esfera pública, quienes tiene que atraer a la ciudadanía hacia este objetivo, estableciendo con ellos relaciones eficaces, productivas y duraderas. The Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD por sus siglas en inglés) ha expresado que para conseguirlo, se requieren de tres elementos (2001: 15):

- 1) Información
- 2) Consultas
- 3) Participación activa

En cuanto al primer elemento la OECD (*Ibidem*) ha dicho, que cuando el gobierno da a conocer sus iniciativas sobre Políticas Públicas, o bien da a conocer las demandas ciudadanas, está generando información.

En ambos casos, ésta fluye esencialmente en una dirección, es decir, del gobierno a los ciudadanos, unidireccional.

Para el segundo elemento, las consultas, igualmente la OECD (*Ibidem*) expresa que el gobierno establece un sistema de retroalimentación ciudadana en el proceso del diseño de Políticas Públicas. Se establece una relación bidireccional entre el gobierno y los ciudadanos.

En el tercer y último elemento, la participación activa, la OECD (*Ibidem*) menciona que son los propios ciudadanos quienes toman parte en el proceso de la elaboración de las Políticas Públicas proponiendo, por ejemplo, opciones o alternativas de políticas, en donde la atribución de formularlas y tomar las decisiones finales es responsabilidad del gobierno.

De esta manera, al fomentar la participación de los ciudadanos en el proceso de Políticas Públicas se establece una relación bidireccional que compromete a ciudadanos y gobierno a un trabajo conjunto basado en principios de interés y bienestar social.

En esta perspectiva es el gobierno quien tiene que buscar este acercamiento con los ciudadanos. Fundamentalmente por dos motivos (OECD, 2001: 18):

- 1.- Tendrá mejores bases para diseñar Políticas Públicas al considerarlas como un proceso de aprendizaje y mejora continua que se traducirá en una implementación efectiva, "(...) como ciudadanos llegamos a estar bien informados acerca de las Políticas y a tomar parte en su desarrollo." (OECD, 2001: 18)
- 2.- La participación pública fortalece la democracia.

En suma, si hay participación ciudadana mediante diversos mecanismos como paneles, grupos de trabajo, foros, trabajo con grupos de expertos y diálogo, entre otros, permitirá no sólo el surgimiento de buenas propuestas para el diseño de Políticas Públicas, sino también la cooperación ciudadana en una de las etapas más delicadas del proceso: la implementación.

En este sentido, proponemos que un primer paso y en fase de experimentación, en un centro de salud del Distrito Federal se elabore la Carta de Servicios en Salud Ginecológica para posteriormente ser implementada y evaluada.

Así son las autoridades quienes dan el primer paso al comprometerse a proporcionar los servicios con calidad, eficiencia, eficacia y equidad por medio de las Cartas de Servicios.

1.6 LAS CARTAS DE SERVICIOS

La misión fundamental de las Cartas de Servicios (empleadas en los países miembros de la Unión Europea) es mejorar la calidad de los servicios públicos mediante la definición y difusión de los compromisos que asume la Administración Pública, a fin de dar respuesta a los requerimientos del ciudadano/usuario/cliente, así como realizar un seguimiento (evaluación) de estos compromisos y comunicar los resultados (rendición de cuentas).

El contenido de una Carta de Servicios sería recomendable el siguiente:

- 1.- Información general
- 2.- Indicadores de calidad
- 3.- Compromisos de calidad
- 4.- Sugerencias y reclamaciones

Para el primer elemento, la información general, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE por sus siglas en español) (1997: 258) expresa que el usuario de un servicio de salud necesita saber, entre otras cosas, lo siguiente:

- ✓ los diferentes tratamientos disponibles, sus resultados y efectos secundarios, las posibilidades de éxito, los períodos de espera y tratamiento, el dolor, costos, cambio temporal en la apariencia personal, entre otros, y
- ✓ diferencias entre los distintos prestadores de servicios; qué es lo que puede proveer cada uno de ellos y cómo.

Debemos recordar que en salud, los bienes no son evaluados de manera inmediata por los usuarios, es decir, tiene que transcurrir cierto período de tiempo para ello, de ahí la importancia de contar con información completa y de calidad, de tal forma que el usuario pueda tomar la mejor decisión. Tal como lo expresa la OCDE (1997: 258) sería muy recomendable que para tener una visión completa, se incluya en esta información las alternativas que existen, además de la institución o sistema médico establecido. Es decir, la información va más allá de lo clínico.

Para definir indicadores de calidad es importante que se establezca una metodología que sería un proceso conformado por las siguientes etapas:

- 1.- Conocer los requerimientos del cliente.
- 2.- Identificar las características del proceso que afecta a los requerimientos.
- 3.- Definir un indicador que mida esas características.
- 4.- Determinar los objetivos.
- 5.- Aportar los medios que permitan la medición.
- 6.- Medir.
- 7.- Hacer un seguimiento de los resultados.

Por ejemplo, un indicador de calidad en salud para el examen del Papanicolaou, sería el siguiente:

Denominación: Tiempo promedio de entrega de resultados.

Finalidad: Disminuir el tiempo promedio que una usuaria tiene que esperar para conocer el resultado y/o iniciar tratamiento clínico.

Objetivo: 95% en 15 días.

Responsable: Clínica de Displasias.

Fórmula: $\text{Min}(t_i - t_f)$

donde

Min = Mínimo de la función.

t_i = tiempo inicial (día de la fecha del examen)

t_f = tiempo final (día en que los resultados están listos)

Periodicidad: Mensual.

Forma de medirlo: Sistema automatizado.

Las Cartas de Servicios son precisamente uno de los indicadores de calidad en la Administración Pública.

La Carta de Servicios y su relación con la Administración Pública podríamos esquematizarla en la figura 3:



Figura 3 Carta de Servicios

Estas Cartas de Servicio bien podríamos considerarlas como el preámbulo de una propuesta más ambiciosa: la Carta de Derechos y Obligaciones de las Ciudadanas en Salud Ginecológica que será expuesta en el capítulo 4 de este trabajo

En suma, esta propuesta busca unir esfuerzos de usuarios, autoridades y prestadores de servicio, para que entre ellos surjan relaciones estrechas, y duraderas que permitan no sólo preservar la salud de muchas mujeres, sino revalorizar el papel que la Administración Pública tiene en la dimensión que más preocupa a la ciudadanía: la calidad, la equidad, la eficiencia y la eficacia en la gestión sanitaria.

En la medida que la Administración Pública además de disponer de un conjunto de instrumentos que le permiten saber el estado de salud de su población, conozca

más de cerca sus necesidades y trabaje conjuntamente con ella, estará en condiciones sin duda alguna, de diseñar Políticas Públicas que promuevan la salud de sus ciudadanos desde una perspectiva holística, es decir, en un enfoque que va más allá del diseño de campañas y programas de detección y prevención de una u otra enfermedad a cargo de unos cuantos, que hasta ahora han tenido poco impacto en la población y costos muy altos.

El diseño de las Políticas Públicas sigue un proceso, la etapa más compleja es la implementación. Para comprender la magnitud de tal complejidad, en el siguiente capítulo se presentan las tesis y evidencias de los dos primeros estudios generacionales de la implementación, así como los de la ya inminente tercera generación, que busca recuperar la esencia original de Harold Lasswell y cuyas componentes centrales son: democracia participativa, orientación postpositivista y una visión más realista de lo que realmente podemos esperar en la implementación de una política pública.

1.7 BIBLIOGRAFÍA

- Bazúa, F. y Valenti, G. (1993a) *¿Cómo hacer del Estado un bien público?* Sociológica, año 8, número 22. Lo público y lo privado. Mayo-agosto de 1993.
- _____ (1993b) *Hacia un Enfoque Amplio de Política Pública.* Revista de Administración Pública (RAP), Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), No. 84
- Bozeman, B. (1998) *La Gestión Pública su situación actual.* Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C., Universidad Autónoma de Tlaxcala y Fondo de Cultura Económica (FCE), México.
- _____ (1998) *Todas las Organizaciones son Públicas. Tendiendo un puente entre las teorías corporativas privadas y públicas.* Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C., Fondo de Cultura Económica (FCE), México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (2003), Ediciones Fiscales ISEF, México.
- Hirschman, A. (1977) *Salida, voz y lealtad. Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y Estados.* FCE, México.
- Ingram, H. (1999) *La implementación: una reseña y un marco que se sugiere en Administración Pública. El estado actual de la disciplina,* Lynn, M y Wildavsky, A. (compiladores). Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. y FCE, México.
- Lasswell, H. (1996) *La orientación hacia las políticas* en Aguilar, L. (1996) *La hechura de las Políticas,* Miguel Ángel Porrúa, México.
- Lolas, F. (1992) *Proposiciones para una teoría de la medicina.* Universitaria de Chile en Fernández, N. (2002) *Calidad de la atención médica.* Fascículo 1, *Nuevas formas de organización y financiación de la salud.* Madrid.
- Lowi, T. (1996) *Políticas públicas, estudios de caso y teoría política* en Aguilar, L. (1996) *La hechura de las Políticas,* Miguel Ángel Porrúa, México.
- Majone, G. (1996) *Los usos del análisis de políticas* en Aguilar, L. (1996) *La hechura de las Políticas,* Miguel Ángel Porrúa, México.

- North, D. (1995) *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Olson, M. (2000) *Power and Prosperity. Outgrowing communist and capitalist dictatorships*. Basic Book, New York. En Ayala, J. (2000) copias del resumen libre del texto.
- Stiglitz, J. (1995) *La Economía del Sector Público*. Antoni Bosch, editor, Barcelona.
- Vuori, H. (1988) *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Masson, Barcelona, en Fernández, N. (2002) *Calidad de la atención médica*. Fascículo 1, *Nuevas formas de organización y financiación de la salud*. Madrid.
- Weimer, D. y Vining, A. (1992) *Policy Analysis. Concepts and Practice*. Prentice Hall, United States of America.

PUBLICACIÓN DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

- OECD (2001). *Citizens as Partners*. Francia.

CAPÍTULO 2 LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTUDIOS GENERACIONALES

Designamos como implementación el grado en que han ocurrido las consecuencias previstas (la etapa "entonces") La implementación puede considerarse como un proceso de interacción entre la fijación de metas y las acciones engranadas para alcanzarlas.

Pressman J. y Wildavsky A.

2.1 INTRODUCCIÓN

Existe un acuerdo generalizado entre los integrantes de la comunidad académica de Políticas Públicas que su diseño es un proceso donde se suceden las siguientes etapas:

- 1.- Gestación y definición del problema público
- 2.- Formación o estructuración de la agenda gubernamental
- 3.- Implementación
- 4.- Evaluación

La implementación¹, de la que más se ha escrito, es donde se materializan las demandas sociales que dieron origen al problema público, que al ser reconocido por las autoridades gubernamentales como tal, determina su participación en la búsqueda de soluciones por medio de decisiones políticas.

El adjetivo público de una política nos habla de una convergencia entre la racionalidad estatal y la voluntad social (Cabrerero, 2000: 193). En este sentido la ciudadanía está esperando solución a sus problemas, en la implementación de la política pública, es precisamente el tiempo y el espacio donde el ciudadano evalúa la actuación del gobierno.

Este capítulo presenta las principales aportaciones sobre la implementación producidas a través del tiempo y subsumidas en los llamados *estudios generacionales*, así como la ya inminente tercera generación que se debate entre dos enfoques: 1) el positivismo, la cientificidad a ultranza depositada en los métodos cuantitativos y 2) el postpositivismo, donde la Teoría de la Acción Comunicativa de Habermas, el empleo de los métodos cualitativos y cuantitativos (triangulación o complementariedad), y la Democracia Deliberativa son los pilares que la perfilan.

¹ Ingram (1999: 591), ha expresado lo siguiente "Aunque el crecimiento desmesurado de la población bibliográfica de estudios de implementación ha ayudado mucho a incrementar el enfoque de las implicaciones de la administración en las políticas, el campo de la implementación no ha alcanzado todavía la claridad conceptual "

SEMBLANZA HISTÓRICA PRIMERA GENERACIÓN (1970-1975)

2.2 TESIS, EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La primera generación es conocida como los "estudios de caso" (Lester y cols. 1987: 201) o la "fracasonomía" (Aguilar, 1996) de los estudios de implementación.

Los trabajos de esta generación se caracterizaron por ser informes muy detallados de casos, en donde reiteradamente se señalaba el fracaso de los problemas públicos. Los estudios estuvieron fundamentalmente enfocados a describir los numerosos obstáculos que enfrentaba una política pública para conseguir su implementación con éxito.

Los estudios sobre implementación, a pesar de ser incipientes e incompletos, se seguían llevando a cabo como resultado de una decisión de autoridad. Sólo unos cuantos reconocían la necesidad de entender por qué el proceso de implementación fracasaba o era un éxito. Entre quienes sí reconocían esta necesidad e hicieron valiosas aportaciones para comprender tal proceso se encuentran los trabajos realizados por Pressman y Wildavsky (1973) y Eugene Bardach (1977).

Las conclusiones de estos autores siempre fueron pesimistas, en el sentido de que los objetivos que se habían planteado, en el mejor de los casos se alcanzaban de manera parcial, pero nunca totalmente. Podemos decir que los estudios de caso por ellos abordados, fueron eminentemente descriptivos y en ningún caso prescriptivos o propositivos.

Una fuerte crítica que estos estudios recibieron fue que eran demasiadas variables a analizar y pocos casos, es decir, una sobredimensionalidad.

2.2.1 JEFFREY PRESSMAN Y AARON WILDAVSKY

Los pioneros en los estudios de implementación fueron Pressman y Wildavsky quienes a partir de la publicación de su libro *Implementation* (1973) y de manera particular en su capítulo V llamado *La complejidad de la acción conjunta* abrieron a la discusión pública y académica el proceso de la implementación.

En el capítulo V del libro mencionado, se plantea el problema del fracaso de la implementación del programa *Economic Development Administration* (EDA) en Oakland, Estados Unidos cuyo propósito fundamental era dar empleo a las minorías étnicas. Además, había en este proyecto otros beneficios como el desarrollo que tendría el propio puerto de Oakland. El dar empleo a las minorías era un objetivo en el cual la comunidad estaba a favor y aparentemente no había ninguna razón para que no se alcanzara. Todos los involucrados estuvieron de acuerdo con el proyecto EDA; sin embargo, durante su puesta en marcha fue

enfrentándose a un sinnúmero de obstáculos que no hicieron posible su consecución.

En palabras de Pressman y Wildavsky (1973: 90) el fracaso del programa EDA puede resumirse en las siguientes líneas "Cuando un programa está caracterizado por muchos criterios contradictorios, relaciones antagónicas entre los participantes y un alto nivel de incertidumbre con respecto a las posibilidades de éxito, no es difícil predecir o explicar las fallas en los esfuerzos para alcanzar sus objetivos."

Un programa, puesto en acción, descubre la existencia de una gran cantidad de actores con visiones e intereses de muy diversa índole respecto a un mismo asunto, lo cual dificulta enormemente alcanzar consensos y avanzar.

Los cinco ejes principales sobre los cuales Pressman y Wildavsky llevan a cabo la discusión de dicho fracaso son los siguientes:

- 1) Multiplicidad de participantes y perspectivas
- 2) Multiplicidad de decisiones
- 3) La presencia de dos metas y dos cursos de decisión
- 4) El surgimiento de decisiones inesperadas
- 5) La anatomía de la demora

1.- Multiplicidad de participantes y perspectivas

Se refiere a la existencia de diversas razones por las cuales los participantes pueden estar de acuerdo con respecto a los fines esenciales de una política pública y, a la vez, oponerse –o simplemente “dejar de hacer” aquello que facilite su avance– a los medios para realizarla. Algunos de estos comportamientos serían:

- 1.- Incompatibilidad directa con otros compromisos.
- 2.- No hay ninguna incompatibilidad directa, pero sí una preferencia por otros programas.
- 3.- Compromisos simultáneos con otros proyectos.
- 4.- Subordinación a otras entidades que no comparten la urgencia del proyecto.
- 5.- Diferencias de opinión sobre la jefatura y las funciones propias de la organización.
- 6.- Diferencias legales y de procedimiento.
- 7.- Acuerdo conjunto con falta de autoridad.

2.- Multiplicidad de decisiones

Se refiere a la relación directamente proporcional entre la multiplicidad de participantes y el número de obstáculos para que el programa avance. Cuando un programa depende de tantos actores, es muy alta la probabilidad de que se presenten desacuerdos y con ello demoras. Para contar con todos los *puntos de decisión* (*clearance points*)² se requiere de un trabajo de convencimiento extraordinario, que en la práctica difícilmente se puede llevar a cabo. En este

² "Punto de decisión es el acto de acuerdo que se requiere para que el programa pueda seguir o continuar en su trayectoria." (Pressman y Wildavsky 1973: 102)

punto los autores demuestran –matemáticamente– que aún suponiendo que la probabilidad de que cada participante diga “sí” sea igual a 0.99 y sus respuestas sean independientes, la probabilidad de que el programa se implemente alcanzará, a lo sumo, un valor de 0.50 lo cual no garantiza la implementación total del programa.

Para implementar los programas de EDA, fue necesario tomar decisiones iniciales importantes de manera conjunta, que tuvieron algunos grados de dificultad, así como la necesidad de aprobar ciertas cuestiones de forma aislada, a lo que Pressman y Wildavsky (Pressman y Wildavsky, *op. cit.* p. 102) llamaron *clearance*³ que puede traducirse como *claros*. Algunos de estos *claros* fueron tomados por el propio EDA, como la aprobación de los contratos de construcción, la autorización para el adelanto de fondos y su reglamentación, entre otros.

Otros puntos del programa necesitaron de *claros* provenientes de numerosos participantes ajenos al EDA. Por ejemplo, el programa propuesto por los mecánicos de las aerolíneas requirió de la aprobación de nueve diferentes instancias de orden federal, estatal y local.

Todos los puntos que el programa demandaba para su total implementación, requerían de un gran número de decisiones autorizadas provenientes también de un amplio rango de participantes. En situaciones altamente controversiales y antagónicas, la probabilidad de tomar decisiones en un tiempo razonable es generalmente baja. Por esta razón Pressman y Wildavsky (*op. cit.* p. 107) prefirieron abordar el lado positivo del asunto, en donde supusieron valores altos de probabilidad en la toma de decisiones de los participantes y asignaron los siguientes valores 0.80; 0.90; 0.95 y 0.99. Igualmente consideraron un total de 70 claros para lograr la implementación total del programa.

El detalle de los cálculos se presentan a continuación, éstos no se encuentran desarrollados en la obra de Pressman y Wildavsky.

Para obtener los resultados de la tabla 1, puede emplearse el modelo probabilístico *Binomial*⁴.

Donde los parámetros de la distribución son:

n = número de repeticiones del experimento Bernoulli

p = probabilidad de éxito en cada uno de éstos

Si X tiene una distribución Binomial con parámetros n y p ⁵ el modelo se define por la siguiente expresión matemática:

³ “Un claro puede definirse como cada punto en el que se requiere que un participante por separado dé su aprobación.” (Aguilar, 1996: 51)

⁴ En el modelo probabilístico Binomial, el espacio muestral está constituido por las secuencias de éxitos y fracasos que resultan de n repeticiones independientes de un experimento, cuyo modelo probabilístico es Bernoulli con una probabilidad p (constante)

$\sum_{x=0}^n nC_x = 2^n$ elementos, donde x es el número de éxitos

$$P(X) = nC_x p^x q^{n-x}$$

A continuación se presenta el desarrollo de los cálculos matemáticos al emplear el modelo Binomial.

Probabilidad de acuerdo favorable (p = éxito) en cada punto de decisión.	Probabilidad de éxito para un total de 70 <i>claros</i> .	Número de acuerdos que se requieren para alcanzar una probabilidad de éxito muy cercana a $p= 0.50$
(1)	(2)	(3)
.80	.000000164	4
.90	.000626	7
.95	.027583	14
.99	.4948	70

Tabla 1. Cálculo de las probabilidades y acuerdos en las decisiones.

Fuente: Pressman y Wildavsky (*op. cit.* p. 107).

Por ejemplo, para el valor de $p = .99$ y $n= 70$ tenemos:

$$P(X=70) = {}_{70}C_{70} (.99)^{70} (.01)^0 = .4948$$

Lo que normalmente debemos esperar con estos resultados, según Pressman y Wildavsky, es que los nuevos programas no lleguen siquiera a "despegar" y que en el mejor de los casos pasará mucho tiempo para que esto suceda. Las decisiones que se tomen respecto a los programas no serán simplemente respuestas de "sí" o "no", ya que los programas probablemente se demorarán o se modificarán, es decir, sufrirán cambios que demandarán adaptaciones para ajustarse a las condiciones.

3.- Dos metas y dos cursos de decisión

Pressman y Wildavsky observaron cómo al haberse planeado la consecución simultánea de dos metas: la construcción de obra pública y la creación de empleos para las minorías étnicas éstos no marcharon en paralelo, pues mientras una avanzaba la otra se estancaba por el surgimiento de acontecimientos "inesperados" que ocasionaban distorsiones en los dos cursos de acción tomados y que además se creía eran suficientes.

4.- El surgimiento de decisiones inesperadas

Pressman y Wildavsky manifestaron que dentro de cada uno de los dos cursos de acción se tienen que tomar constantemente nuevas decisiones y por lo tanto surgen nuevos puntos de decisión que no se tenían contemplados en el diseño original, por lo que ambos llegan a formar parte del proceso de implementación de cualquier política pública.

⁵ Infante, S G. y de Zárate L. (1991: 190-191).

5.- La anatomía de la demora

Pressman y Wildavsky expresaron que es importante tomar en cuenta que si el analista de Políticas Públicas actúa de manera racional y real encontrará que la implementación de un programa exige una inversión considerable de esfuerzos y recursos, y aunque no pueda precisar con exactitud la cuantía, tendrá por lo menos que realizar algún tipo de cálculo preliminar para visualizar si los probables beneficios que se obtendrán justifican los esfuerzos. En esta perspectiva, no debe sorprenderse si es que se descubre en el corto plazo, que sería mejor la no implementación del programa, particularmente cuando se trabaja bajo presión.

La adaptación al medio, según estos autores, es un elemento indispensable para que un programa sobreviva, particularmente si se está hablando de largos períodos de tiempo. Si uno de los participantes en un punto de decisión dice "no", esto no significa necesariamente que el programa esté muerto. Hay posibilidades de revertir esta situación, no hay que olvidar que los vetos no son permanentes, sino condicionales. Pues existen posibilidades de concertar arreglos, celebrar pactos o debilitar resistencias. El costo de un acuerdo final es la demora y/o modificación del programa diseñado originalmente. Por ello puede decirse que la demora (Y) es una función de (X_1): número de puntos de decisión (X_1); del número de participantes en cada punto (X_2) (*clearance*) y de la intensidad de sus preferencias (X_3). Si se supone que esta función es lineal podríamos representarla de la siguiente manera:

$$Y = f\{(X_1) + (X_2) + (X_3)\}$$

Sin embargo los autores señalan que la función anterior es incompleta, ya que no se han considerado dos situaciones reales que afectan la demora: 1) es posible que durante el mismo período se requiera del consentimiento de cada participante más de una vez; y 2) quizás se tengan que ofrecer incentivos para cambiar una situación de negativa a positiva.

En el proceso de implementación de una política pública existe una ley de *rendimientos decrecientes*⁶ en la intensidad de la aplicación de recursos, en el sentido de que cualquier incremento en los recursos no producirá un efecto decreciente en la demora. Esto lleva a Pressman y Wildavsky a considerar las siguientes posibilidades en el manejo de los recursos de los participantes y su actitud en relación con la demora:

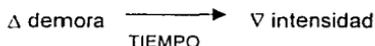
- a) Si los participantes muestran una actitud positiva, gran intensidad y fortaleza en sus recursos entonces resultará una demora mínima sin negociación;
- b) si los participantes se caracterizan por tener una actitud negativa y gran intensidad en sus recursos, entonces la demora será máxima respecto a los

⁶ Rendimientos decrecientes Propiedad según la cual el beneficio generado por una unidad adicional de un factor disminuye conforme aumenta la cantidad (Mankiw, 1998).

puntos esenciales del programa (por ejemplo en el EDA, un punto esencial era la ubicación de los centros de trabajo);

c) si los participantes muestran una actitud favorable al programa y con poca intensidad en sus recursos, entonces la demora será mínima y sin negociación; y d) si los participantes tienen una actitud negativa y poca intensidad en sus recursos, entonces se producirá una demora moderada, y cierta negociación respecto a puntos centrales del programa.

Se establece una relación inversamente proporcional entre demora e intensidad, es decir, cuanto más larga o mayor sea la demora, habrá más tiempo para que la intensidad decrezca. Lo podemos ver en la gráfica 1:



Gráfica 1 Relación inversamente proporcional entre demora e intensidad.

También hay demoras intencionales, son las de aquellos actores que desean suspender una acción, o bien, retroceden para discutir nuevamente el desarrollo del programa. Pressman y Wildavsky señalan que la anatomía del retroceso es una tarea impostergable del proceso de implementación de Políticas Públicas que involucra la presencia de una gran cantidad de actores con diversos intereses. Sin embargo, igualmente señalan la necesidad de ser muy cuidadosos en el sentido de no confundir una demora con el fracaso del programa implementado.

Años más tarde Charles Fox (1987) publicó un interesante artículo: *Biases in Public Policy Implementation Evaluation* en donde dice que el marco histórico temporal en el que se lleva a cabo la implementación de una política pública, es un factor importante que nos explica de manera más objetiva el éxito o fracaso de la puesta en acción de un programa. En el caso del programa EDA, Fox señala que en 1973 ocurrieron eventos que ocasionaron movimientos políticos en el sureste asiático y el fin del "siglo norteamericano".

Además se presentaron dificultades económicas intratables y tipificadas por la estanflación, falta de habilidad del gobierno para regular la economía a través de fijar precios estables, incrementar los niveles de empleo, hacer crecer el Producto Interno Bruto (PIB) y la productividad en general. El auge posterior a la Segunda Guerra Mundial terminaba y la situación económica empezaba a presentar signos de debilidad.

Un segundo aspecto interesante que señala Fox, es que los programas sociales de lucha contra la pobreza siempre fueron acompañados de recursos y requerimientos para su evaluación, de forma que los programas estuvieron sobre-representados en la literatura de los estudios de caso. El énfasis estaba puesto en las medidas para evaluar la implementación que aún no se comprendía

totalmente y por lo tanto los esfuerzos y recursos no se encaminaban a tratar de entenderla.

A este respecto expresa Fox, los historiadores han dicho cuando se refieren a la presidencia de Roosevelt –quien no sabía cómo resolver los problemas de la Gran Depresión– que tan sólo se remitía a estimular el diseño de programas redundantes, de manera que unos y otros se traslapaban. Una situación similar se observa al estudiar los programas sociales emprendidos en la administración del Presidente Johnson.

En suma, para Pressman y Wildavsky, las dos principales recomendaciones que se desprenden del análisis del caso EDA son las siguientes:

- 1) la implementación de una política pública no debe separarse de las otras etapas de su diseño (gestación, estructuración de la agenda gubernamental y evaluación) ya que no son etapas independientes, más aún no es posible ni conveniente establecer los límites de inicio y fin de cualquiera de ellas⁷; y
- 2) que el diseño de la política pública sea lo más sencilla posible.

2.2.2 EUGENE BARDACH

Aunque los estudios de la primera generación hacen énfasis en la complejidad del proceso de implementación, Bardach, perteneciente a esta generación, da un paso más al intentar ubicarla en un marco conceptual de mayor validez que la de sus antecesores.

En la introducción de su libro *The Implementation Game* (1977), Bardach resalta el carácter inherentemente impredecible del curso de una política pública, debido en buena parte a la imposibilidad de construirla racionalmente, así como por los resultados no previstos surgidos de la interacción humana. Existen tres principales riesgos en las Políticas Públicas posteriores al mandato político acordado (agendado):

- 1) sublogro de los objetivos establecidos, es decir, no se alcanzan los objetivos establecidos;
- 2) demoras; y
- 3) excesivos costos financieros.

⁷ Ingram (1999: 595), comenta en relación con esta afirmación lo siguiente "Algunos investigadores de la implementación están a favor de terminar el análisis antes de que ocurran los resultados finales. Van Horn (1979: 9-10), sostiene que el análisis de la implementación debiera ocuparse sólo de medir el grado en que los productos de las agencias implementadoras corresponden a diversos objetivos, no la influencia final de la política sobre los grupos destinatarios. Schenneider (1982), considera la implementación una fase del ciclo vital de las políticas y calcula su terminación cuando las políticas nuevas se han convertido en un procedimiento rutinario. Sin embargo, como señalan Mazmanian y Sabatier (1983: 148), cuando se terminan los estudios de la implementación antes que los efectos de las políticas, se excluyen algunos de los aspectos más interesantes del análisis de la implementación: la adecuación de la teoría causal subyacente y el grado de cumplimiento de los grupos destinatarios. Además, tal análisis truncado abre la posibilidad no muy útil de que haya una buena implementación y malos resultados, o de hacer con gran eficacia algo que no es apropiado."

Aunque se sabe qué hacer, cómo llegar a acuerdos entre los líderes políticos y diseñar una estrategia adecuada de intervención gubernamental, no es seguro que la táctica elegida se lleve a cabo. Una sola estrategia de gobierno podría involucrar actividades complejas e interrelacionadas de varias de sus agencias, de organizaciones privadas, de asociaciones personales, de grupos de interés y de poblaciones vigilantes. En consecuencia el problema que surge en estas condiciones es el de coordinar, controlar y dirigir a todos los actores, y esto es precisamente *el problema de la implementación*.

Bardach nos dice que si diseñar buenas Políticas Públicas en el papel es difícil, su formulación para que a los políticos y a sus seguidores les resulte razonable es aún más difícil y el implementarlas con el acuerdo de todos los actores incluyendo a los destinatarios (población objetivo) es un asunto terriblemente difícil. La posición de Bardach no es nada optimista, y por ello recomienda que para que un programa pueda implementarse con éxito se requiere de un *fixer*⁸ que realmente se comprometa con la política pública en una dinámica de resolver las dificultades inherentes al proceso de implementación.

El diseñador de Políticas Públicas debe ser capaz de descubrir el sistema de juegos que subyace a la implementación; de identificar qué juegos deben jugarse; determinar quiénes son y quiénes deben ser los jugadores; establecer cuáles son las apuestas; definir el diseño de las reglas del juego y decidir entre quiénes deben distribuirse los recursos estratégicos y tácticos. El objeto de este ejercicio es, desde luego, construir un sistema que sea capaz de sostener las presiones permanentes de estos juegos de implementación, más que para ejercer un impacto significativo en él.

El juego encierra las actitudes racionales de los jugadores y los grupos ante oportunidades, entendiendo por oportunidad la posibilidad de un beneficio.

Los resultados de los juegos de la implementación son estructurados en cuatro líneas:

1. Desviación de recursos.
2. Desviación de las metas políticas originalmente planteadas.
3. Resistencia al control.
4. Dirigir las energías a otros rubros que no van encaminadas directamente al logro de metas.

Los juegos de Bardach y que presentaremos a continuación suponen que el jugador es racional.

EL JUEGO DEL DINERO FÁCIL

El juego, en un ejemplo presentado por Bardach se enfoca a dos actores racionales que buscan su propio beneficio, utilizándose el uno al otro como un

⁸ El *fixer*, en el proceso de implementación, es la persona que está comprometida con el proyecto, que tiene recursos de todo tipo y goza de gran prestigio, reconocimiento y solidez política.

recurso más para la obtención de su propósito. En este ejemplo una agencia del gobierno (EDA) con prioridades sociales y una empresa privada (World Airways) con fines de lucro, negocian lo programado, pero no lo imprevisible, lo que permite que esta situación se maneje de distintas formas a lo acordado. El planteamiento de metas y compromisos se realiza bajo condiciones que favorecen a ambas partes, pero la dinámica del mercado puede y altera las condiciones que en principio mostraban alguna ganancia para la empresa privada, llevándola a modificar los planeamientos iniciales de manera que sus beneficios no se vean afectados negativamente.

Sin embargo, las consecuencias son un poco más dramáticas, al comprometer EDA el éxito de su política a las acciones que emprendería la World Airways, crear fuentes de empleo; EDA quedó en una situación de dependencia y desventaja en términos de control, World Airways llevaría a cabo los programas en el tiempo y circunstancias que le resultaran más convenientes.

El otro juego del "dinero fácil" nos señala los riesgos de establecer criterios de desempeño, teniendo como referente un solo interlocutor. Una agencia que establezca normas de desempeño con altos niveles de eficiencia puede asignar una tarea a una empresa que se acerque a los criterios por ella establecidos, pero muy alejada de otros criterios, por ejemplo el ahorro de recursos. De esta manera la empresa puede desempeñar eficientemente la tarea para la que fue contratada, pero el costo para la agencia es muy alto, resultando costos elevados por no haber convocado a una licitación pública y de esta manera competir por el mayor beneficio y el mínimo costo.

EL JUEGO DEL PRESUPUESTO

El agente racional que toma decisiones y cuya atención se centra en las motivaciones de los actores (jugadores) está guiada por incentivos vinculados a sus intereses. El comportamiento de los individuos o de las agencias sobre un programa específico se encuentra en relación directamente proporcional al beneficio que le reporta. Estos beneficios son manejados por quienes controlan el presupuesto y pueden exponerlos a los directores de las agencias.

La importancia de este juego radica en la combinación de distintos incentivos que orientan la acción de los actores, lo que conduce a relaciones extremadamente complejas que pueden ayudarnos a explicar por qué los resultados obtenidos son inferiores a los esperados. El grupo A por ejemplo, puede estar interesado en movilizar los recursos para obras sociales, el grupo B también está interesado en realizar éstas; al grupo A sólo le interesa destinar un monto específico de recursos a obras sociales, ya que su tarea es ofrecerlos para aliviar la pobreza y entre más rápido lo haga y con una mayor cobertura podrá ver cumplida su tarea. Pero esto no coincide del todo con los intereses del grupo B, a quien sólo le interesan los recursos y resultados de las metas del programa.

Si imaginamos un escenario en donde ampliamos la cantidad de grupos en poco tiempo, explica Bardach, nos daríamos cuenta que los grupos están de acuerdo en que se atienda la pobreza, pero los intereses de un grupo no son los mismos

que los del otro grupo, lo que definitivamente afecta el resultado del programa. ¡ es precisamente en este punto donde el *fixer*, como empresario político, entraría en acción.

Una variante del juego del presupuesto es la del JUEGO DEL FONDEO, que consiste en la existencia de una organización que busca recursos y la flexibilidad en su uso. En este caso el receptor de los recursos sobreestima el monto de los mismos para lograr los objetivos que debe proporcionar. Los donantes con objeto de ahorrarse los costos de transacción aceptan destinar más recursos. Aquí el juego se apoya en un equilibrio débil, pues quien da los recursos no puede regularlos hacia los grupos de interés, ya que corre el riesgo de que disminuyan los recursos asignados originalmente. Una vez entregados, tiene que manejarlos de modo que su uso no sea "flagrante" y se obligue a la oficina concesionaria a supervisar el monto otorgado. La relación concesionario-receptor se convierte en algo muy parecido a la dinámica director-subordinado.

EL JUEGO DE LA VIDA FÁCIL

En virtud de que los salarios que perciben los servidores públicos no son altos, el recurso para compensar esta situación es vincularse con el usuario. Esto no es válido en todos los casos; por ejemplo, los médicos en situaciones de emergencia están obligados a brindar un buen servicio, de no hacerlo serían legalmente sancionados.

EL JUEGO DEL BARRIL SIN FONDO

El núcleo de este juego lo constituyen los siguientes elementos: la racionalidad política en términos de legitimidad, las expectativas que generan los políticos para con sus electores y las repercusiones que esto tiene en el proceso y en la política (Bardach, *op. cit.* p. 77): "Un exceso en las demandas manejadas por los políticos puede minar la habilidad de los encargados del programa para atender y concentrar recursos por encima de un cierto nivel, debajo del cual serían inefectivos."

El forzar los programas a objetivos para los que originalmente no fueron diseñados por razones políticas, por ejemplo, se traduce en la ineficacia de los mismos.

Ante esta diversidad de juegos, Bardach invita al analista de Políticas Públicas a "escribir un escenario", de tal forma que los juegos de la implementación sean previstos desde el momento en que la política pública se está diseñando⁹.

ESCRIBIENDO EL ESCENARIO (*Scenario-Writing*)

El problema esencial de la implementación es controlar y dirigir la gran cantidad de actividades aprobadas por numerosas y disímolas organizaciones e

⁹ "Si el 'problema de la implementación' es cómo lograr el control de las acciones de muchos individuos y organizaciones, para configurar una acción colectiva, con el fin de alcanzar los objetivos de una política, no disparar sus costos y reducir los retrasos, entonces el diseño deberá prever lo más exactamente posible cuáles son (o deberían ser) los probables jugadores, juegos y apuestas. Para ello invita a escribir un 'escenario'." (Aguilar, 1996: 73, 74).

individuos, así como alcanzar los objetivos del programa, buscando reducir costos y retrasos. La complejidad de la implementación debería ser considerada en todas las etapas del diseño de una política pública.

Bardach propone escribir un escenario con la finalidad práctica de localizar las tensiones y las restricciones que la política puede encontrar durante la implementación. El escenario funciona "bien" si contribuye a identificar los problemas que la implementación no podrá evitar durante su recorrido. Para hacerlo, dice Bardach, se requiere de información, imaginación, experiencia, y también de la existencia casi indispensable de buenas teorías económicas, sociológicas y políticas.

EL FUNDAMENTO BÁSICO: UNA BUENA TEORÍA

Es imposible implementar con éxito una política pública que en su concepción teórica es defectuosa. Cualquier programa social merece tener una política gubernamental que considere la importancia de que su contenido sea serio y complejo, y no un programa que lo considere poco importante y de fácil solución. Bardach dice que los gobiernos actuales se preocupan más por los grupos vulnerables, que históricamente han sido marginados, y de pequeñas unidades económicas que difícilmente podrían competir en el mercado.

Cualquier política pública demanda la presencia de una teoría económica y sociológica con respecto al funcionamiento del mundo. Si la teoría está fundamentada de manera incorrecta, la política pública al final fallará, no importa lo bien que se esté llevando a cabo el proceso de implementación. Cuando se emplea el término implementación, debe considerarse que durante su proceso se pueden presentar fallas que podrían descartarla. Lo más probable, sin embargo, es que los problemas de implementación se incrementen más de lo que puedan contribuir a disminuir los problemas conceptuales básicos.

ARMAR UNA ESTRATEGIA PARA ACTUAR CONTRA LA ENTROPÍA SOCIAL¹⁰

Un juego de gestión se enfrenta con las fuerzas entrópicas de naturaleza social, y no hay una solución única ni tampoco permanente. Una vez que se reconoce este hecho, las recomendaciones para los diseñadores de Políticas Públicas son las siguientes: 1) diseñar programas claros y simples que demanden tan poca gestión como sea posible; y 2) los programas con altos niveles de competencia, con coordinación interorganizacional y métodos sofisticados para hacer compatibles, diversidad y heterogeneidad son vulnerables, por lo que no deben considerarse necesariamente fracasos de antemano, pero si están sentenciados a tener muchos problemas.

¹⁰ Entropía social. Doctrina del ocaso y degeneración social inevitable derivada del campo de la Física y, en particular, de la segunda ley de la termodinámica, según la cual la energía del universo, fija y limitada, se disipa, sin que pueda reemplazarse en dar calor de modo inútil al espacio vacío (Fairchild, 1975: 108)

De igual forma, los diseñadores de Políticas Públicas deben operar por medio de la manipulación de precios de mercado, en lugar de emitir e imponer reglamentaciones; ofrecer incentivos más que servicios; mediante la comunicación con unidades pequeñas en vez de grandes unidades de organización social; y brindar claridad inmediata más que llevar a cabo muchas consultas y revisiones.

No es una tarea fácil para el diseñador de Políticas Públicas, predecir y seguir la predicción para ajustarla, debido a que los resultados de tales procesos son complejos. De hecho el sistema es tan complicado que desafía por completo un análisis mediante modelos sociales más intrincados, provenientes de cualquiera de las ciencias sociales o del comportamiento, de ahí que esta situación deba enfrentarse a través de lo que se conoce como el "escenario escrito." Esto implica la construcción imaginaria de una secuencia de acciones futuras:



Diagrama 1. Secuencia de acciones futuras.

Bardach nos dice, que el diseñador de una política pública tiene que contarse las historias de la implementación a sí mismo para ayudarlo a ver todos los caminos. El escribir un escenario es todo un arte, requiere de imaginación e intuición, éstas son quizás las principales razones por las que no es muy común que los diseñadores e implementadores de Políticas Públicas lo hagan.

Bardach al analizar dos estudios de caso, llega a la conclusión de que en la implementación se lleva a cabo un juego interno en donde alguna de las fuerzas, probablemente producirá efectos adversos, que pueden ser previstos por los analistas que se toman el tiempo para pensar acerca de los diversos movimientos y contra movimientos de los diferentes jugadores. "Dinero fácil", "vida fácil" y "no es nuestro problema" serían los juegos más fáciles de tratar en este tipo de análisis en relación con otros juegos de la implementación. En opinión de Bardach el "escenario escrito" podría dar luz sobre la naturaleza de otros juegos.

De manera breve se presentan los puntos que a manera de guía Bardach (1977 *op. cit.* pp. 264-265) propone se siga al escribir el escenario:

I Concepto básico de la política

- A. Estado del mandato de política que se espera ver implementado.
- B. ¿Qué problema(s) espera(n) que la política aminorará o "resolverá"?
- C. ¿Qué se espera de la intervención gubernamental, como reflejo de su política elegida para llevarla a cabo?
- D. ¿Qué costos –financieros y de cualquier otro tipo– esperados acompañarán la intervención gubernamental?

II Construyendo un inventario

- A. Listar y describir brevemente los elementos del programa que se necesitará.
- B. Indicar qué controles se aplican directa o indirectamente a estos elementos.

III La estrategia de dirección

- A. ¿Cómo podría su política ser diseñada de tal forma que minimice la necesidad de jugar el *juego de la dirección*?
- B. ¿Cómo su política trataría los problemas de entropía social?
 - 1. ¿Incompetencia?
 - 2. ¿Variabilidad en los instrumentos de control?
 - 3. ¿Coordinación?

IV Dilemas de la administración

A. *Tokenismo*

- 1. ¿Hay alguno de los elementos del programa, listados anteriormente, que se consideren esenciales para el éxito de la política?
- 2. ¿Cualquiera de ellos es controlado por intereses —de personas o grupos— que muy probablemente se resisten o no son cooperativos?
 - a) ¿Responden con *tokenismo*, *demoras* o *substitución* por una calidad inferior?
 - b) ¿Pueden pensar la forma de contrarrestar estos problemas?
- 3. ¿Serán más graves los problemas de *tokenismo*, de *demora* y de *substitución* inferior, por las condiciones de monopolio?

B. Resistencia Masiva.

- 1. ¿Qué características de diseño ha introducido la política para tratar la resistencia masiva?
- 2. ¿Qué éxito se espera de ello?

V Desviación de recursos

- A. ¿Qué juegos se pondrán en acción que desviarán importantes recursos (¿*dinero fácil?*, ¿*presupuesto?*, ¿*vida fácil?*, ¿*barril sin fondo?*, ¿*fondeo?*, ¿*otros?*)?
- B. ¿Cómo podrían neutralizarse estos efectos adversos?, ¿podrían convertirse en ventaja de la pro implementación partidista?, ¿debería hacerse modificaciones al diseño?

VI Desviación de objetivos

- A. ¿Qué juegos serán colocados en acción?, ¿qué amenazará desviar los objetivos originales del mandato? (*arriba para arrebatar, guardando la paz, acumular en*, entre otros).
- B. ¿Cómo podría contrarrestar estos juegos alterando el diseño de la política?, ¿existe otra estrategia?

VII Desperdicio de energías

- A. ¿Qué juegos serán puestos en acción que minarán la energía de la gente e impedirán un cambio constructivo? (*tenacidad, fuera hombres extraños, reputación, territorio, no es nuestro problema*).
- B. ¿Cómo podrían estos juegos prevenirse o bien, ser contrarrestados?, ¿cualquier otra estrategia?

VIII Retraso (o demora)

A. Reunir los elementos del programa.

1. ¿Cuánto retraso se puede esperar para reunir todos los elementos?
2. ¿Cómo se pueden reducir tales demoras?

B. Demoras en las decisiones colectivas.

1. ¿Cuánto retraso puede esperarse en las decisiones colectivas?
2. ¿Qué clase de negociaciones espera sucedan?, ¿entre quiénes?, ¿sobre qué?, ¿cuánto tiempo tomarán?

C. Podría esto ayudar a:

1. Asignar estatus de prioridad.
2. Dirigir de cierta forma el proyecto.
3. *Trabajar alrededor* de los obstáculos.
4. Listar a los intermediarios con objeto de ayudar a las negociaciones.

IX Estableciendo (fijando) el juego.

A. Activistas de la elite.

1. ¿Qué directivos querrán jugar el papel de *fixer*?, ¿por qué?, ¿qué recursos tienen?
2. ¿Qué incentivos tienen para jugar ese papel?
3. ¿Qué podría hacerse para conseguir una coalición viable entre el juego-arreglo?

La conclusión de escribir el escenario de Bardach para Aguilar (1996: 77) es doble:

Por un lado, se pide un sentido de mayor mesura respecto de lo que los gobiernos pueden llevar a cabo, particularmente en lo que concierne a las reformas sociales. Por el otro, pide la producción de teorías económicas y sociales. La primera conclusión forma parte del consenso postliberal (demócrata) estadounidense reciente que argumenta con razón la creciente y peligrosa desproporción entre las demandas sociales y las ofertas gubernamentales, invocando un repliegue del Estado y un retorno al mercado. La segunda conclusión es la razón de ser de los estudios politológicos en su afán de ilustrar la política.

En suma, para implementar con éxito una política pública Bardach propone lo siguiente:

1.- Reconocer que la implementación es un proceso de ensamblaje, articulación o vinculación de los elementos necesarios para producir un resultado particular previamente programado y la representación de un número de juegos interrelacionados libremente, que están presentes u ocultos de manera particular en el proceso de implementación, llamado *ensamblaje*, que se caracteriza por la interacción de muchos actores semiautónomos, cada uno de los cuales busca tener acceso a los elementos del programa y controlarlos, y al mismo tiempo obtener las mejores ventajas en relación con otros actores que también intentan tener acceso a los elementos que les den el control.

2.- Contar con una buena teoría, ya que es imposible implementar con éxito una política pública que es defectuosa en sus fundamentos conceptuales básicos. Cualquier programa social merece tener una política gubernamental que lo considere como un problema público, serio y complejo. Cuando los gobiernos deciden solucionar problemas rezagados tales como la pobreza, se descubre fácil y rápidamente que nadie sabe qué hacer. En este sentido subyace a la política pública una teoría económica y/o sociológica acerca de cómo funciona el mundo. Si esta teoría está mal fundamentada, la política probablemente fallará, independientemente de que tan bien se haya implementado. Bardach reconoce que no está claro lo que significa la buena implementación de una política pública cuyo fundamento teórico es incorrecto.

3.- Plantear objetivos factibles.

4.- Elegir correctamente la teoría que sustente a la política pública.

5.- Buscar reducir a su mínima expresión la entropía social. El juego de gestión se juega contra las fuerzas de la entropía social y no hay solución permanente. Una vez que este hecho se reconoce, la implementación para los diseñadores de Políticas Públicas es clara: elaborar programas sencillos que requieran de poca gestión, es decir, si este juego es una propuesta perdedora, la mejor estrategia será evitarla.

6.- Identificar el sistema de juegos que subyacen a la implementación.

7.- Escribir el escenario de la implementación.

2.3 SEGUNDA GENERACIÓN DE ESTUDIOS DE IMPLEMENTACIÓN: MARCOS CONCEPTUALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS (1975-1980)

Los académicos de Políticas Públicas preocupados por sólo describir los factores que impedían la implementación, con el paso del tiempo se dieron cuenta que no habían desarrollado una teoría de la implementación, entonces empezaron a construir marcos analíticos que les permitieran identificar tanto los factores que contribuían a alcanzar los objetivos de un programa como los que no. En este sentido esta segunda generación se dedicó a tratar de explicar el éxito o fracaso de la implementación, dependiendo mucho de un modelo explícito o implícito subyacente al proceso de la misma.

Un modelo jerárquico (explícito) de "mando" y "control" con énfasis fuerte en los mandatos federales y de obediencia legal, o un modelo adaptativo (implícito) que conceptualizaba a la implementación como un campo permanente de negociación y prebendas entre implementadores y usuarios¹¹. Estos dos modelos nunca se pusieron de acuerdo sobre una definición única de implementación; ninguno de ellos fue capaz de explicar por qué ésta ocurre de tal o cual forma, y tampoco de predecir la conducta de los implementadores.

¹¹ Se trata de un enfoque deductivo que predice la conducta futura y compara lo que sucedió contra lo que se esperaba sucediera, con el propósito de establecer conclusiones en relación con el grado de éxito o fracaso del programa implementado (Fox, 1987 en Malcolm, 1990 182)

La disputa continuará en la tercera generación pues mientras algunos como Malcolm y cols. (1990) sostienen que los estudios de la segunda generación tienen características de tipo proverbial, por lo que se requiere de mayor rigor científico, que sólo se conseguirá con una fuerte dosis de conocimiento económico y matemático; otros como Frank Fischer (1990, 1993, 1998); deLeon (1997,1998, 1999); y Chih (1998) sostienen que el postpositivismo debe ser el corazón de esta tercera generación.

Los trabajos encaminados a responder al cuestionamiento sobre qué factores subyacen al éxito o fracaso de la implementación de un programa, fueron los siguientes tres enfoques:

- 1) *Top-down* (de arriba hacia abajo).
- 2) *Bottom-up* (de abajo hacia arriba) que incluye al *street-level bureaucrats* (nivel de *banqueta* o nivel de servicio).
- 3) *Macro-implementación* y *Micro-implementación*.

2.3.1 TOP-DOWN

El primero de ellos, el enfoque *top-down*, se inicia a partir de una decisión política a cargo de las autoridades gubernamentales para continuar con las siguientes preguntas:

- ¿Qué tan consistentes fueron las acciones de implementación por parte de los funcionarios y grupos objetivo, con esa decisión de política pública?
- ¿En qué grado se alcanzaron los objetivos, o sea, qué tan consistentes fueron impactos y objetivos?
- ¿Cuáles fueron los principales factores que afectaron los resultados, sus impactos y su relevancia?
- ¿Cómo se reformuló la política pública a la luz de la experiencia adquirida?

En esta perspectiva el éxito o fracaso de una política pública era medido en términos del rendimiento, en palabras de Aguilar (1996: 82) se buscaba: "(...) *performance not conformance*, rendimientos no subordinación."

2.3.1.1 DONALD VAN METER y CARL VAN HORN

El primero de los esfuerzos en el marco de este enfoque *top-down* fue desarrollado por Donald Van Meter y Carl Van Horn (1996) bajo la premisa de que la existencia de grandes diferencias en la literatura de Políticas Públicas hacía difícil definir su campo de estudio y conseguir una visión coherente. De ahí surgió la propuesta de un modelo sistémico de ejecución de las políticas.

Para ambos autores el proceso de implementación incluía lo siguiente:

- Serios problemas para establecer sus límites respecto al estudio de la elaboración de políticas públicas.
- Los actores más importantes son con frecuencia difíciles de identificar.
- La medición de los elementos y los factores que intervienen en el proceso es muy complicada y casi imposible.

- Se requiere de una gran atención durante períodos prolongados de tiempo, debido a la multiplicidad de acciones, por lo que es necesario contar con suficientes recursos y tiempo.

Un modelo del proceso de implementación de una política pública

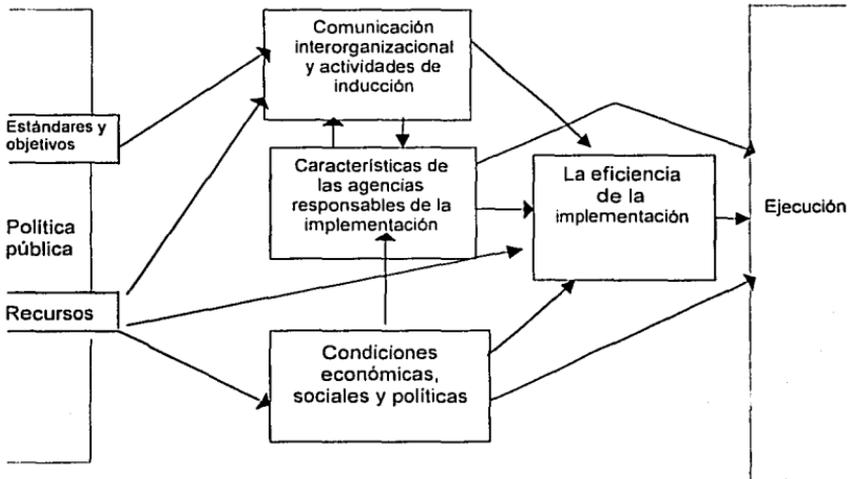


Figura 1. Fuente: Van Meter y Van Horn (en Lester y cols. 1987: 202).

En la figura 1 se presenta el modelo que ambos autores desarrollaron. En éste podemos observar las siguientes variables que se suponen son el vínculo entre la política pública y su ejecución (*performance*). Este modelo especifica las relaciones entre las variables independientes y la variable dependiente. Los vínculos expuestos representan hipótesis implícitas que podrían ser puestas a prueba empíricamente, en caso de que pudieran construirse indicadores satisfactorios y reunir la información adecuada. Si se aborda el problema de acuerdo al modelo propuesto, habrá mayor probabilidad de conocer el proceso mediante el cual las decisiones políticas se ponen en acción.

1) *Estándares y objetivos (X1)*. Son las metas generales enunciadas en la decisión política, proporcionan reglas concretas y específicas para la evaluación de la ejecución del programa. En ciertos casos, estas normas y objetivos aparecen claramente establecidos y son fácilmente medibles. Sin embargo, es mucho más difícil identificar y medir el desempeño, aún así el estudio de la implementación no puede tener éxito ni fracasar si no existe alguna meta en relación con la cual pueda ser valorada.

FALTA DE ORIGEN
TESIS CON

2) *Recursos (fondos, subsidios u otros incentivos) (X2)*. Las políticas poseen otros elementos, además de los estándares y los objetivos para evaluar la implementación. También proveen los recursos necesarios para administrarlos. Estos recursos que requiere la administración, pueden ser fondos u otros incentivos para estimular o facilitar la implementación efectiva. Con frecuencia los fondos no son suficientes.

3) *Comunicación inter-organizacional y actividades de inducción (X3)*. La eficiencia de la implementación exige que las normas y los objetivos de un programa sean cabalmente comprendidos por los individuos a quienes corresponde su relación. Por ello resulta indispensable ocuparse de la claridad en el establecimiento de los estándares y los objetivos, cuando la política se está formulando, buscando que la exactitud con que se comunica a los encargados de llevar a cabo la implementación sea congruente con las diversas fuentes de información que la socializan.

4) *Características de las agencias responsables de la implementación (tamaño del grupo de asesores, grado de control jerárquico y vitalidad organizacional, entre otras) (X4)*. Este componente del modelo, incluye tanto los rasgos estructurales formales de las organizaciones como los atributos informales de su personal.

5) *Condiciones económicas, sociales y políticas (recursos económicos asignados para la implementación, naturaleza de la opinión pública, naturaleza de los intereses del grupo que apoya la política pública, entre otras condiciones)(X5)*. El impacto de las condiciones económicas, sociales y políticas han ejercido una profunda influencia en el desempeño de las organizaciones responsables.

6) *Las actitudes de los encargados de la implementación (X6)*. Las anteriores variables independientes o componentes del modelo deben ser considerados en función de las percepciones de los responsables de la implementación, en el espacio donde se está implementando la política. Van Meter y Van Horn (1996: 128) dicen que hay tres elementos del comportamiento de los implementadores que pueden afectar la eficiencia en su desempeño:

- 1) Su conocimiento de la política.
- 2) Su orientación de respuesta a la misma.
- 3) La intensidad de su respuesta.

En esta perspectiva, esta última variable o elemento tiene una mayor ponderación en la ejecución de la política pública (Y). En símbolos podríamos expresarlo de la siguiente manera:

$$Y = f(X1, X2, X3, X4, X5, X6)$$

En suma, el analista e investigador de Políticas Públicas deberá reunir múltiples indicadores sobre diversos elementos relacionados con la disposición o actitud de los implementadores, de tal suerte que no sólo se consiga la medición de los

impactos de las Políticas Públicas que se implementarán, sino la elaboración de explicaciones sobre los resultados observados.

2.3.1.2 PAUL SABATIER y DANIEL MAZMANIAN

Otros esfuerzos desarrollados dentro del marco de este primer enfoque *top-down* fueron llevados a cabo por Sabatier y Mazmanian (1989). En su libro *Implementation and Public Policy* (1989) presentan una exhaustiva lista, quizás la más incluyente que se haya hecho, según Lester y cols. (1987: 203) de las variables involucradas en el proceso de implementación. El corazón de la implementación consiste en identificar los elementos clave necesarios para que los gobiernos puedan cumplir con las promesas que hicieron a los ciudadanos (Mazmanian y Sabatier, 1989: *Preface*).

Mazmanian y Sabatier expresan que la implementación puede ser vista desde la perspectiva de los grupos objetivo, por ejemplo, los programas de bienestar social para los pobres o los programas de control de emisión de contaminantes. Cuando los grupos objetivo son los principales beneficiarios de un programa, su perspectiva puede ser bastante similar a la de las autoridades gubernamentales ¿para qué ampliar los servicios que ya están siendo suministrados? Son precisamente los grupos objetivo quienes están más atentos si los servicios producen cualquier diferencia real en sus vidas. En los programas regulatorios, el interés de los grupos objetivo probablemente se enfoca a las dificultades que surgen para el cumplimiento de las reglas del programa y sus regulaciones.

Comprender la perspectiva de los grupos objetivos es también importante para las autoridades gubernamentales. Tal comprensión los posibilita para anticipar la retroalimentación política y para estar conscientes de los supuestos conductuales bajo los cuales el programa está basado. Por ejemplo, quizá la tarjeta de ayuda a los jubilados y pensionados para comprar alimentos los haga sentirse como dependientes y realmente lo que quieren es trabajo.

Mazmanian y Sabatier (1989: 20) definen la implementación formalmente de la siguiente manera:

Implementación es llevar a cabo una decisión de política, generalmente bajo la forma de un estatuto, pero que puede también tomar la forma de órdenes ejecutivas importantes o decisiones de la Corte. Idealmente, esa decisión identifica el o los problemas que serán abordados, estipula el o los objetivos que serán alcanzados y, en una diversidad de formas, las "estructuras" del proceso de implementación. El proceso normalmente transita a través de un número de etapas que se inicia con el estatuto básico, seguido por los resultados de las políticas (decisiones) de las agencias implementadoras, de la conformidad de grupos objetivos con esas decisiones, de los impactos reales –propuestos y no propuestos– de esos resultados, de los impactos percibidos de las decisiones de la agencia implementadora, y, finalmente, de las revisiones importantes (o revisiones planeadas) en el estatuto básico.

En la visión de estos autores (1989) el papel crucial del análisis de la implementación es la identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos durante todo el proceso. Estas variables pueden ser divididas en tres amplias categorías:

- 1) Manejo del problema;
- 2) Habilidad de los estatutos para estructurar el proceso de implementación; y
- 3) El efecto de una red de diversas variables políticas en el balance de los objetivos establecidos.

Mazmanian y Sabatier (1989: 24) explican que en este modelo presentado en la figura 2 se distinguen tres categorías de variables, que pueden considerarse como variables independientes y dependientes del proceso de implementación. En esta perspectiva cada etapa afecta a las subsecuentes, el grado de respuesta de la población objetivo a una política pública es un ejemplo de cómo las decisiones tomadas por las agencias encargadas de la implementación se ven trastocadas.

Diagrama de las variables involucradas en el proceso de implementación

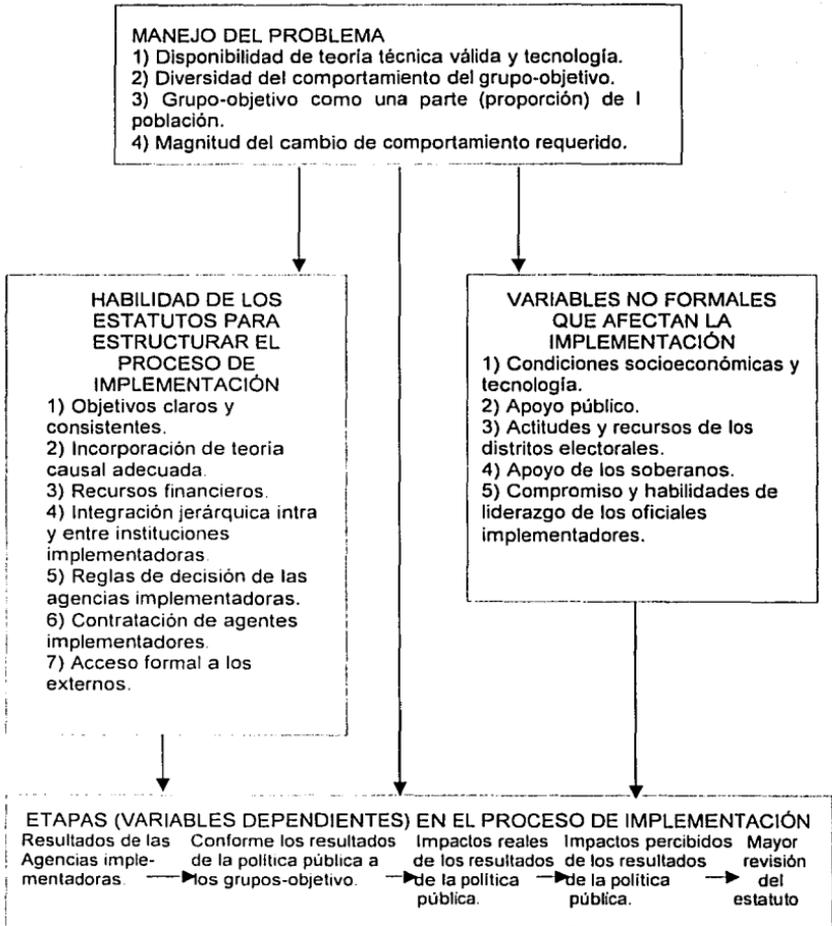


Figura 2. Fuente: Sabatier y Mazmanian (1989: 22).

Este modelo expresan Mazmanian y Sabatier (1989: 39) nos permite identificar individualmente muchas de las variables involucradas en la implementación,

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

como una primera aproximación a la comprensión de la complejidad que implica el proceso de implementación y para desarrollar una apreciación de la enorme tarea de cambiar el *status quo* a través de la acción gubernamental. Además, permite distinguir entre los factores que pueden ser manipulados –en el corto plazo– a través de la formulación y diseño de quienes elaboran las Políticas Públicas. A pesar de ello, su modelo recibió diversas críticas, una de ellas fue que no identificaba cuáles eran las variables más importantes y bajo qué circunstancias.

2.3.1.3 GEORGE EDWARDS

Otro modelo correspondiente a este enfoque *top-down* fue desarrollado por George Edwards (Lester y cols. 1987: 203) quien identificó cuatro factores que supuso afectan la implementación:

- 1) comunicación
- 2) recursos
- 3) disposición de los implementadores
- 4) estructura burocrática.

La siguiente figura esquematiza el modelo propuesto por Edwards.

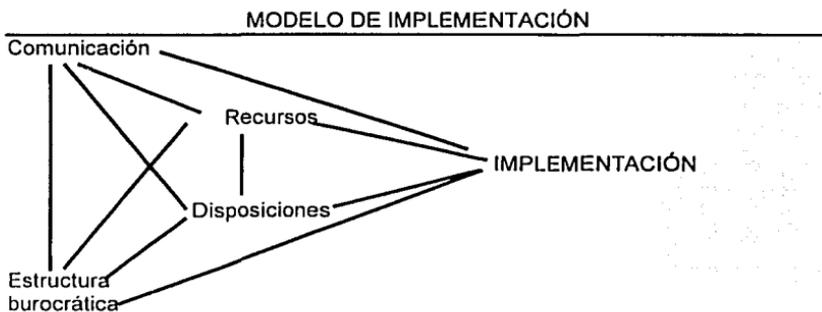


Figura 3. Fuente: Edwards (Elster y cols. 1987: 204).

El número de variables que se pensó afectaba la implementación osciló desde cuatro (Edwards) hasta 17 (Sabatier y Mazmanian). Aunque algunos de estos modelos fueron más sencillos que otros, todos fueron criticados porque no identificaban cuáles eran las variables relevantes y bajo qué condiciones. Además de este señalamiento, se criticó que el enfoque *top-down* presuponia lo siguiente (Sabatier en Lester, 1987: 204):

(...) que los marcos de decisión de la política pública (los estatutos) son los actores clave y que los otros marcos son básicamente impedimentos. Esto, obliga a los *top-downers* a rechazar iniciativas estratégicas que provengan del sector privado, del nivel operativo de los burócratas o de las autoridades locales, y de otros subsistemas de políticas.

2.3.2 BOTTOM-UP

A la luz de estas críticas, surge un modelo de implementación de Políticas Públicas llamado *bottom-up*, desarrollado entre otros por Lipsky (1980) y Williams (1980). En contraste con el enfoque *top-down*, éste empieza por identificar la red de actores involucrados en la prestación de los servicios y los cuestiona respecto a sus metas, estrategias, actividades y contactos (Sabatier en Lester, 1987: 204):

(...) entonces usa los contactos como un medio para desarrollar una técnica en cadena para identificar a los actores locales, regionales y nacionales involucrados en la planeación, financiamiento y ejecución de programas gubernamentales relevantes y de programas no gubernamentales.

Más que el control de los tomadores de decisiones, la política pública se determina por el pacto (explícito o implícito) entre los miembros de la organización y sus clientes. De aquí que Linder y Peters (en Lester, 1987: 204) expresan que: "(...) los programas deben ser compatibles con los deseos y esperanzas, o al menos con los patrones de conducta de los funcionarios de los niveles bajos."

Este modelo *bottom-up*, propone que los burócratas del más bajo nivel (*street level bureaucrats*) son los principales agentes de la implementación, de su organización y de su ejecución. Son los más capaces para comprender la totalidad de los asuntos relacionados con la implementación de una política, porque no sólo están relacionados con el diseñador de la política pública en una asignación autoritaria de valores *Eastoniana*, sino porque la implementación es un proceso inmediato dentro del propio proceso de formulación de una política (deLeon, 1999: 317).

2.3.2.1 MICHAEL LIPSKY

El exponente representativo de este enfoque es Michael Lipsky quien publicó su obra: *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of The Individual in Public Services* en el año de 1971. En la introducción de esta obra, Lipsky (1980) señala que para entender cómo y por qué las organizaciones que prestan servicios públicos llevan a cabo con frecuencia acciones contrarias a sus propias reglas y objetivos, es necesario conocer cómo los trabajadores en la organización experimentan las reglas, y a qué otras presiones están sujetos.

El estudio que presenta Lipsky se basa en la conducta colectiva de las organizaciones del servicio público para construir una teoría del trabajo de la burocracia (a nivel de "banqueta" u operativo *street-level*) como trabajadores

experimentados. Lipsky argumenta que las decisiones que toman, las rutinas que establecen y los mecanismos que crean para hacer frente a las presiones e incertidumbre en su trabajo, llegan a ser realmente determinantes para que las Políticas Públicas se lleven a cabo.

Añade que las Políticas Públicas son mejor comprendidas por la burocracia que diariamente trabaja en las oficinas que por quienes las diseñaron. El conflicto en las políticas no sólo se expresa como la disputa de grupos de interés, sino también se localiza en las luchas entre los trabajadores —como individuos— y los ciudadanos que desafían o se someten al proceso de atención al cliente.

Los burócratas de nivel operativo con frecuencia dedican su vida laboral a la prestación de servicios en un "mundo corrupto". Creen que lo están haciendo lo mejor posible, bajo circunstancias adversas, y es por ello que desarrollan diversas técnicas para salvaguardar el servicio y los valores, tomando decisiones dentro de los límites impuestos por ellos mismos y por la propia estructura de trabajo.

Desarrollan diversas concepciones de su trabajo y los clientes, sobre las limitaciones del trabajo y lo que es el servicio ideal. Estas prácticas de trabajo y orientaciones las mantienen mientras contribuyen a la "perversión del servicio ideal", pues el trabajador manipula a los ciudadanos que buscan servicios o ayuda en nombre de las dependencias gubernamentales.

Para Lipsky, los trabajadores del servicio público que interactúan directamente con los ciudadanos durante su labor, y que tienen discreción sustancial en la ejecución de su trabajo son llamados "burócratas a nivel de banqueta" (*street-level bureaucracy*). Las dependencias gubernamentales que proporcionan servicios públicos y que emplean un número significativo de burócratas a este nivel, por su fuerza de trabajo son llamados "burocracia a nivel de banqueta" o a nivel operativo (*street-level bureaucracies*). Las burocracias típicas a nivel de banqueta u operativo son maestros, oficiales de policía y personal de seguridad de las fuerzas públicas, trabajadores sociales, jueces, abogados de oficio y otros oficiales de la Corte, trabajadores de la salud y muchos otros empleados públicos que, a través de la prestación de servicios, permiten que los ciudadanos tengan acceso a los programas de gobierno (Lipsky, 1980: 3).

El personal que labora en estos trabajos generalmente tiene mucho en común, debido a que experimentan condiciones similares de trabajo, como son las formas en que estos burócratas distribuyen beneficios y sanciones, de forma tal que estructuran y delimitan la vida y oportunidades de la gente. Estas formas orientan y proveen los contextos sociales y políticos donde la gente actúa. Así, cada beneficio adicional en forma de servicio es acompañado por una extensión de influencia y control del Estado. Como proveedores de los servicios públicos y cuidadores del orden público, los burócratas de banqueta constituyen el centro de la controversia política. Constantemente están angustiados por las demandas de los receptores de servicios, por hacer las cosas con mayor efectividad y

responsabilidad; y por atender las demandas de los grupos de ciudadanos para mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios gubernamentales.

Los burócratas de banqueta dominan las controversias políticas sobre los servicios públicos fundamentalmente por dos razones:

- 1) Los debates acerca de la propia visión e interés de los servicios gubernamentales son esencialmente sobre la visión y las funciones de los empleados públicos; y
- 2) la burocracia de banqueta tiene un fuerte impacto en la vida de las personas.

El impacto puede ser de diversas clases. Los burócratas de banqueta socializan con los ciudadanos, con las expectativas de los servicios gubernamentales y su lugar en la comunidad política. Determinan la elegibilidad del ciudadano para conseguir beneficios gubernamentales y ser acreedores de sanciones. Administran el servicio que la gente recibe de los programas públicos. De esta forma, en cierto sentido los burócratas de banqueta, de manera implícita son mediadores de ciertos aspectos constitucionales entre sociedad y Estado.

En relación con el conflicto que surge de las interacciones con los ciudadanos, Lipsky (1980: 8) señala lo siguiente:

- 1) Si las políticas cambian, los burócratas de banqueta generan controversias.
- 2) Los burócratas a nivel operativo llegan a ser el centro de controversias públicas, debido a la urgencia de las interacciones que se dan con los ciudadanos y por el impacto que éstas tienen en la vida de las personas.
- 3) Las políticas que son llevadas a cabo por los burócratas de banqueta son en la gran mayoría inmediatas y personales.
- 4) Las decisiones que toman los burócratas de banqueta tienden a ser generalmente redistributivas y asignativas.

Pero también éstos diseñan las políticas en función de dos aspectos relacionados: 1) ejercitan una amplia discreción en las decisiones con los ciudadanos con quienes interactúan, y 2) en conjunto sus acciones individuales equivalen a la conducta de las dependencias gubernamentales. Su bajo nivel jerárquico regularmente les permite hacer políticas en aspectos significativos, producto de sus interacciones con los ciudadanos.

El papel de la burocracia de banqueta en el diseño de Políticas Públicas, es construir sobre dos dimensiones interrelacionadas y desde sus posiciones (Lipsky, 1980: 13):

- 1) Relativamente altos grados de discrecionalidad y
- 2) relativa autonomía de la autoridad formal organizacional.

Los burócratas de banqueta gozan de una considerable discreción en la determinación de la naturaleza, cantidad y calidad de los beneficios y sanciones previstas por sus dependencias gubernamentales. Por ejemplo, la policía decide a quien detener y sobre qué conducta lo arrestó; lo mismo un juez, o los

profesores que deciden a quien suspender y a quien no, incluso hacen determinaciones de quien es aplicado y quien no lo es.

La mayoría de las dimensiones de las Políticas Públicas –niveles de beneficios, categorías de elegibilidad, naturaleza de las reglas, regulaciones y servicios– son compartidas por sus elites políticas y las autoridades administrativas.

Los administradores, las normas ocupacionales y comunitarias también estructuran las elecciones de las Políticas Públicas de los burócratas de banqueta. Estas influencias establecen las mayores dimensiones de políticas a nivel de servicio u operativo, contribuyendo a la homogeneización de los programas públicos.

La discreción de que gozan los burócratas a nivel operativo no puede ser eliminada de sus trabajos, porque precisamente muchas de las tareas que realizan son difíciles y especializadas, y por ello deben de gozar de discrecionalidad. Generalmente su labor implica tareas complejas que, aunque hay normas, reglas y manuales no son siempre infalibles:

- 1) Frecuentemente trabajan en situaciones complejas que no caben en los reducidos formatos programáticos de que se dispone.
- 2) Trabajan en situaciones que generalmente requieren dar respuestas dentro de las dimensiones humanas en diferentes situaciones. Tienen discreción debido a que aceptaron la definición de sus tareas, lo cual implica observaciones sensibles y de juicio.
- 3) No se puede ignorar que son los trabajadores del más bajo nivel jerárquico quienes interactúan con los ciudadanos. La discreción que poseen les permite promover su autocuidado y fomentar en los clientes la creencia de que son ellos quienes poseen la llave de su bienestar. Para ambos, trabajadores y clientes, mantener la discrecionalidad contribuye a legitimar el servicio de bienestar estatal, pero esto no significa que los burócratas de banqueta estén de acuerdo con las bondades de la intervención estatal.

Con respecto a las condiciones laborales de estos trabajadores, Lipsky expresa que son constantemente criticados por su incapacidad para proporcionar servicios adecuados. La experiencia de los ciudadanos es percibida como deshumanizada, la frase "servicios humanos" frecuentemente se entiende irónicamente para todo aquel servicio que se brinde bajo este nombre.

La persistente existencia de estructuras de conducta rígidas e insensibles es resultado de la discreción substancial de los burócratas de banqueta, ejercida en un contexto de trabajo particular. Como otros diseñadores de políticas, estos burócratas trabajan en un ambiente donde las condiciones laborales son establecidas por ellos; conocen los problemas y dan las soluciones. El ambiente de trabajo de los burócratas de banqueta es estructurado en función de las condiciones comunes y cotidianas que dan lugar a las mismas prácticas, pero también llegan a cambiar su dirección.

Por definición, el trabajo de los burócratas de banqueta está caracterizado por un alto grado de discreción y un cierto grado de interacción con los ciudadanos. Cotidianamente experimentan en su trabajo las siguientes situaciones (Lipsky, 1980: 29):

- 1) Los recursos son generalmente inadecuados para las tareas que realizan.
- 2) La demanda de servicios tiende a incrementarse y en consecuencia disminuye la oferta.
- 3) Los objetivos de las dependencias gubernamentales en donde trabajan tienden a ser ambiguos, vagos o conflictivos.
- 4) La ejecución orientada hacia el cumplimiento de los objetivos tiende a ser difícil si no imposible de medir.
- 5) Para los clientes generalmente su única opción es acudir con estos burócratas para recibir los servicios, por lo tanto, la mayor parte de ellos no sirven como grupos de referencia.

Estas situaciones pueden estar todas presentes o sólo algunas de ellas. De esa lista dos de ellas llaman poderosamente la atención de Lipsky (1980: 30):

- 1) El problema de los recursos. Las decisiones burocráticas toman lugar bajo condiciones de información y tiempo limitado. Quienes toman decisiones están restringidos por los costos de obtener información, por su capacidad para absorber información, y por la no disposición de la misma. Los burócratas trabajan con un alto grado de incertidumbre debido a la complejidad de los seres humanos, razón de ser de su trabajo y la frecuencia o rapidez con que las decisiones tienen que tomarse.
- 2) La falta de medición para los objetivos y su ejecución. En relación con ello, Lipsky dice que los objetivos del servicio público tienden hacia una dimensión idealizada que hace difícil alcanzarlos, se confunden y se complica su comprensión. Los objetivos como: buena salud, igualdad de justicia y educación pública, entre otros, son efectivamente como Ratin Laudan (en Lipsky, 1980: 40) ha observado: "Más horizontes lejanos que objetivos determinados."

Los objetivos de la dependencia gubernamental encargada de la implementación pueden ser ambiguos, porque los conflictos que existieron cuando los programas fueron originalmente desarrollados fueron ignorados.

En suma, el objetivo central del trabajo de Lipsky que hemos presentado, no es la construcción de un modelo sobre implementación, sino presentar las evidencias y argumentos de por qué la burocracia de banqueta desempeña un papel clave para entender precisamente la complejidad de la implementación de una política pública.

2.3.2.2 WALTER WILLIAMS

Otro de los esfuerzos realizados dentro de este modelo es el trabajo de Walter Williams: *The Implementation Perspective. A guide for managing social service delivery programs* (1980) en el que también enfatiza el estudio de los burócratas de banqueta.

La idea central que subyace a lo que denomina la *perspectiva de la implementación* es que las Políticas Públicas se encuentran en el punto de la prestación de los servicios. Su perspectiva de la implementación es que los programas y proyectos sociales deben ser colocados en su lugar y funcionar en la práctica.

Después de poner en acción los *Programas de combate a la pobreza* en los años 60 –durante la administración del presidente Lyndon B. Johnson– Williams observó que la implementación era el *talón de Aquiles* de las Políticas Públicas sociales. Una década más tarde, en forma gradual, surgieron nuevos programas y con ello mayores gastos, la implementación parecía seguir siendo el problema en este tipo de políticas. Las críticas no eran en el sentido de que éstas hubieran fracasado, sino el problema estaba en el campo de la administración en donde había grandes deficiencias, por lo que la corrección tenía que darse ahí.

Williams expresa que la implementación puede describirse como el estado entre una decisión y las operaciones. Es el siguiente paso después de tomar la decisión. Paso difícil que implica la realización de grandes esfuerzos para colocar en el lugar adecuado lo que previamente se ha decidido; Williams lo llama el "hacer operacional". Y refiere que debemos preocuparnos porque la implementación en el proceso de las Políticas Públicas, es la etapa en donde hay mayor probabilidad de cometer errores.

Para Williams, la implementación es un concepto extremadamente amplio, que no se da automáticamente como resultado de la aprobación de una ley, o por decreto, o mediante un acto del Legislativo o del Ejecutivo en donde se han realizado grandes esfuerzos para modificar los problemas existentes. Lo que realmente sucede en la Legislatura, o en las administraciones, o en las organizaciones operativas es la elaboración de un conjunto de decisiones sobre los programas y los procesos, los cuales tendrán que ser implementados, de forma tal, que la implementación se convierte en una parte sustantiva de las actividades cotidianas y continuas de las organizaciones públicas encargadas de los programas sociales.

Es importante entender que el proceso de implementación va más allá de las salas del Congreso Legislativo, se extiende hasta el punto de la prestación del servicio entre el empleado y el destinatario del programa. A lo largo de esta ruta surgen problemas de diversa índole: políticos, organizacionales, burocráticos y técnicos.

Los ocho principios de la perspectiva de la implementación propuestos por Williams (1980: 13) son los siguientes:

- 1) La complejidad innata y la diversidad en los programas de servicio hacen poco probable un desarrollo efectivo de los problemas. Generalmente los programas son útiles para muchas comunidades, no hay necesidad de llevar a cabo extensas modificaciones dentro de un período de tiempo considerable.
- 2) El principal determinante de la implementación de los programas sociales es mediante un proceso institucional, en el cual varios actores institucionales intentarán desarrollar los medios organizacionales de prestación de servicios acordes a las necesidades e intereses particulares.
- 3) Los individuos encargados de prestar los servicios sociales operarán en localidades donde hay discreción irreductible y significativa, bajo el control de las altas jerarquías organizacionales, y tal conducta discrecional es un elemento necesario en la prestación de un servicio adecuado.
- 4) El interés central de la administración debe ser el compromiso hacia los objetivos del programa, a las unidades organizacionales directamente responsables del servicio y su prestación, y la capacidad de esas unidades para proveer servicios particulares y hacer juicios discrecionalmente necesarios.
- 5) Se requiere un gran horizonte de tiempo para poder implementar mayores cambios institucionales, debido a que las organizaciones generalmente exhiben: a) una fuerte resistencia hacia tales cambios y b) una alta susceptibilidad a disturbios prolongados, cuando se llevan a cabo cambios significativos.
- 6) En el mejor de los casos la dirección de una política pública social, no es un plan maestro detallado, por lo que el proceso de implementación debe tener la flexibilidad necesaria para llevar a cabo los ajustes necesarios ante sucesos inesperados.
- 7) La mayor parte de información que la administración necesita para llevar a cabo la implementación, debería proporcionar detalles completos y minuciosos acerca de la capacidad para ajustarse a los tiempos con que cuentan las organizaciones encargadas de la prestación de un servicio social, con objeto de enfrentar los problemas con sus ambientes y allegarse de los medios para mejorar la ejecución organizacional dentro de su ambiente.
- 8) En el caso particular de la *gobernancia compartida* por medio de becas de ayuda para los programas sociales, las organizaciones en diferentes jurisdicciones políticas comparten responsabilidades, estas organizaciones son independientes; sin embargo, las entidades locales que operan los programas sociales ocupan un papel central, debido a que el poder político local/burocrático tiene problemas técnicos de control jerárquico por la agencia que proporciona los recursos y, porque, además, son precisamente las organizaciones locales quienes realmente prestan los servicios.

Para Williams, el *fixer* es un actor crucial en el proceso de la implementación, y señala que necesita tener poder para intervenir y además estar dispuesto a dedicar el tiempo necesario para trabajar en los ajustes que se vayan requiriendo.

El problema mayor es encontrar al *fixer* en los niveles altos de la jerarquía organizacional.

Señala la importancia de la información, la cual nos muestra la dinámica organizacional al detalle, de manera que se conozca el papel y el estatus de la gente que labora en la organización, así como su desempeño. Información adicional sobre la historia de la organización, los procedimientos y las conductas de los miembros del staff es básica para apoyar las elecciones sobre estrategias específicas en el proceso de implementación.

No obstante el trabajo realizado por Williams, este enfoque recibió una gran cantidad de críticas por suponer que la implementación de la política pública ocurría (o podría ocurrir) en un ambiente descentralizado donde también ésta se tendría que diseñar. Así, el enfoque *bottom-up* para sus críticos se equivocaba al aceptar por un lado, la existencia de una dificultad empírica producto de una declaración normativa; y por el otro; al aislarla del análisis de una organización compleja y del problema político.

2.3.3 MACRO- IMPLEMENTACIÓN Y MICRO-IMPLEMENTACIÓN: PAUL BERMAN

El tercer y último enfoque de esta segunda generación de estudios de implementación corresponde a la *macro-implementación* y *micro-implementación* desarrollado por Paul Berman en el año de 1978. En su trabajo *El estudio de la macro y micro-implementación* (1996: 281-322) establece tres razones por las cuales los diseñadores de Políticas Públicas deberían ser cuidadosos (Berman, 1996: 315):

- 1) la *macro-implementación* implica inevitablemente política;
- 2) por lo general, el gobierno federal tiene influencia limitada en el comportamiento de los responsables de la implementación a nivel local, y son éstos, a su vez, quienes tienen el poder efectivo en el sistema; y
- 3) la *micro-implementación* no resulta eficaz a menos que las organizaciones locales se sometan a un proceso de adaptación, que nunca puede ser previsto con completa exactitud ni tampoco ser controlado desde el exterior.

Berman dice que entre los analistas y diseñadores de las Políticas Públicas se ha llegado a tres puntos de acuerdo (1996: 283):

- 1) Es incuestionable el significado del concepto de implementación, el cumplimiento de una decisión proveniente de la autoridad y de la complejidad que ello implica;
- 2) esta complejidad no es producto exclusivo del diseño de una política pública, sino también del entorno institucional donde será implementada; y
- 3) la implementación por ser un proceso, demanda identificar los mecanismos políticos subyacentes a la arena de las políticas sociales.

En suma, Berman considera que los análisis y estudios del proceso de implementación empiezan a construir un marco conceptual que permitirá a los académicos y administradores llevar a cabo de mejor manera dichos análisis al definir claramente el concepto de implementación, clasificar sus problemas en función del contexto institucional de la política pública y describir cómo ocurre el proceso de implementación de una política pública social a nivel local.

Por lo que se refiere al primer punto, Berman dice que el analista de Políticas Públicas se ha centrado a lo largo de todos estos años en tratar de comprender y explicar el impacto que tiene la implementación de un programa, y que en este sentido se debería estudiarla como un proceso en donde lo importante es analizar la conducta de los involucrados cuando se pone en acción un programa. Para ello sugiere (Berman, 1996: 285) que durante la implementación se identifiquen las características y los elementos o factores que hacen de ella un proceso complejo e impredecible. Por ello recomienda definir una serie de constructos, tales como: decisión, relación causa-efecto, contextos institucionales y dominancia de la tecnología (relación entre tecnología y contexto institucional), entre otras.

Más adelante Berman dice, que uno de los graves errores que se ha cometido al implementar una política es el suponer que la organización lo lleva de manera automática, tal y como sucede en el ámbito donde quien domina es la tecnología (por ejemplo, el uso de la píldora anticonceptiva, la revolución verde y la lucha contra la tuberculosis, entre otras). Y en este sentido hace una fuerte crítica al decir que sólo en ciertos casos esto opera, pues en la mayoría de ellos las decisiones que se toman son en condiciones de riesgo e incertidumbre, es decir, donde es prácticamente imposible predecir con certeza sus consecuencias y además tampoco es posible controlar el rumbo que toma un programa desde que se toma la decisión hasta que se producen resultados.

Berman propone el siguiente esquema para sintetizar lo expuesto anteriormente (Berman, 1996: 290):

El análisis de la implementación presupone que la afirmación sobre la relación entre los insumos y los resultados de la política: "si P, entonces R"; debería ser reemplazada por una secuencia de por lo menos dos relaciones:

Eficacia de la implementación: si P, entonces I (1)
donde (P) una opción de política, conduce a la implementación (I) de un programa particular. Llamado el "eslabón perdido" entre la decisión de poner en acción una política pública y su impacto.

Validez técnica de la política: si I, entonces R (2)
donde el programa implementado (I) conduce a determinados resultados (R)

Ambas relaciones (1) y (2) no pueden separarse, se consideran simultáneas en el espacio del estudio de la implementación.

Berman finaliza esta discusión diciendo que el programa implementado depende de la compleja interacción entre la política y su contexto institucional, que podría representarse de la siguiente manera:

$$I = f(P, \text{Inst.}) \quad (3)$$

donde

I = Implementación.

P = Política.

Inst. = Institución.

En un segundo momento de su exposición, Berman nos habla de la complejidad de una política social porque los servicios al ser proporcionados por organizaciones locales generalmente difieren de la forma como el gobierno federal quisiera se llevarán a cabo, lo que Berman ha llamado el problema de la macro-implementación. Por su parte, las organizaciones locales también diseñan sus propias estrategias y mecanismos de ejecución para implementar los programas nacionales que les han sido encomendados, llamado por Berman el problema de la micro-implementación.

Ambos procesos (micro y macro implementación) no son iguales, sus contextos institucionales definen sus diferencias. Mientras que en el contexto institucional de la micro-implementación es una organización local la prestadora de servicios; el contexto institucional de la macro-implementación es todo un sector de la política, que incluye tanto el nivel federal como el local.

Berman considera que en el ámbito de la macro-implementación se define y establece el quién, la naturaleza, el cuándo y el cómo de los beneficios resultantes de ponerla en acción.

Identifica cuatro pasajes subyacentes a la implementación de una política pública en el ámbito de la prestación de servicios sociales (Berman, 1996: 296):

Administración: si P, entonces G (4)
 Donde una decisión política de la autoridad (P), da lugar a un programa gubernamental (G)

Adopción: si G, entonces A (5)
 donde el programa gubernamental (G), conduce a la adopción de un proyecto local (A)

Micro-implementación: si A, entonces I (6)
 donde el proyecto local (A), abre paso a la implementación de una determinada práctica (I)

Validez técnica: si I, entonces R (7)
 donde la práctica implementada (I) produce resultados (R).

Estos cuatro pasajes están estrechamente vinculados de tal suerte que definen y redefinen a la política pública durante su implementación.

Berman se centra en la primera de ellas, la administración como la encargada de cumplir la decisión política. En este sentido se establece una relación

directamente proporcional entre la ambigüedad en la definición del programa y la libertad para definir los mecanismos de su implementación.

Berman introduce el concepto de mutación para referirse al proceso de adaptación (A) que sufre un programa para ser implementado (I). Igualmente considera el caso de que haya más de una organización encargada de implementar simultáneamente una política pública (Berman, 1996: 302):

Si A, entonces I_1, I_2, \dots, I_n

Es decir, si n localidades adoptan un proyecto, puede esperarse que se produzcan n prácticas diferentes implementadas. O bien, en términos más formales:

$$I_n = f(A, Org.) \quad (8)$$

Donde *Org.* representa las características de cada organización particular prestadora de servicios a nivel local.

Los miembros de las organizaciones y la propia organización también tienen que adaptarse al proyecto, por ello se parte de la premisa de que es necesario un cambio de organización local cuando se va a implementar una política pública. La micro-implementación en la relación (8) $I_n = f(A, Org)$ significa que una práctica implementada en el nivel local depende de la relación entre proyecto adoptado y las características de la organización responsable de la implementación. Esta relación debe ser sustituida por otras relaciones simultáneas (Berman, 1996: 305):

Adaptación del proyecto (mutación)

$$I = f(A, Org.)$$

Adaptación organizativa

$$Org. = f(A, I)$$

Estos procesos adaptativos están integrados por muchas decisiones locales que ocurren durante largos periodos de tiempo. La secuencia de todas éstas es lo Berman (1996: 301) ha llamado la ruta de la micro-implementación. Ésta, nos dice Berman, no está determinada únicamente por los insumos, sino por la interacción del proyecto y el contexto organizativo local. En esta perspectiva describe algunas de las características de la ruta de la implementación tomando en cuenta que el mismo fenómeno se puede observar desde dos ópticas diferentes (Berman, 1996: 307):

- 1) Desde la perspectiva del gobierno estatal o federal, la micro-implementación comienza con la adopción de decisiones en el nivel local y termina cuando los sistemas locales han incorporado nuevas prácticas o las han llevado a cabo.
- 2) Desde la perspectiva local, la implementación implica un proceso más restringido, ya que se trata de efectuar una política local y no de ejecutar una política federal. Es decir, estamos frente a la implementación dentro de la implementación. Con el fin de poder ser claros, expresa Berman, se referirá a la efectuación de la política local con la siguiente expresión

"implementación por parte del prestador de servicios." Este proceso particular de implementación no es, entonces, sino una de las fases del proceso total de la micro-implementación.

Con el fin de poder ser claros, expresa Berman, se referirá a la efectuación de la política local con la siguiente expresión "implementación por parte del prestador de servicios", que es una de las etapas del proceso de la micro-implementación.

Berman (1996: 311) considera conveniente emplear un modelo de tres fases: 1) *movilización*; 2) *implementación por parte del prestador de servicios* y 3) *institucionalización*.

En la fase de *movilización* son los funcionarios de las organizaciones locales quienes toman las decisiones en relación con el programa y planean su puesta en acción.

En la fase de la *implementación*, los planes son ejecutados por los prestadores de servicios, pero son los funcionarios quienes deben buscar su institucionalización.

Se emplea el término *movilización* para referirse a una intrincada mezcla de actividades políticas y burocráticas, corazón del inicio de una nueva práctica. La concordancia de prioridades entre el gobierno local y federal es vital.

Berman (1996: 312) dice que una planeación bien realizada es determinante para la implementación y para la institucionalización del trabajo de los prestadores del servicio, pero más importante es el resultado que el proceso de planeación puede tener en conseguir apoyo político, burocrático y personal en la organización encargada de llevar a cabo la implementación.

La última fase, la implementación a cargo del prestador del servicio, llamada *adaptación*, dice Berman (1996: 313):

Es el proceso de convertir el proyecto o plan adoptados en una realidad operativa, los encargados de la implementación toman repetidamente dos tipos de decisión, que podrían parecer triviales si se les compara con las opciones presidenciales, judiciales o del Congreso: los encargados tienen que elegir entre adaptar los planes del proyecto a su comportamiento habitual o adaptar su comportamiento al plan.

Lo anterior puede tomar cualquiera de las cuatro rutas siguientes (*Ibidem*):

- 1) Ausencia total de implementación.
- 2) Cooptación.
- 3) Aprendizaje tecnológico.
- 4) Adaptación mutua.

Berman expresa a lo largo de su análisis que la ausencia de estudios formales sobre la institucionalización como proceso ha impactado la cabal comprensión del proceso de implementación.

Finalmente, termina su exposición reconociendo que el proceso de implementación es harto complejo, que depende del contexto donde se ejecute y por lo tanto no es posible desarrollar teorías válidas de aplicación universal.

2.3.4 SÍNTESIS Y REVISIONES (1985-1987)

En los siguientes cinco años, varios estudiosos de las políticas públicas estuvieron inmersos en la tarea de probar ambos enfoques: *top-down* y *bottom-up* buscando convergencias.

Durante este tiempo se produjeron críticas hacia los dos anteriores enfoques de implementación, que resultaron en al menos tres enfoques alternativos que incorporaron las mejores características de ambos enfoques.

2.3.4.1 RICHARD ELMORE

El primero de estos intentos se produjo en los Estados Unidos y fue desarrollado por Richard Elmore (1996: 251-280), combinó sus trabajos previos de *backward mapping* (diseño retrospectivo) con el *forward mapping* (diseño prospectivo). En esta síntesis inicial, Elmore argumentó que los diseñadores de Políticas Públicas necesitaban considerar los instrumentos subyacentes a éstas y otros recursos a su disposición (*forward mapping*) con la estructura de incentivos de los grupos objetivo (*backward mapping*), porque el éxito de un programa es contingente a la combinación de estas dos consideraciones.

Sin embargo, Elmore no logró construir un modelo del proceso de implementación de Políticas Públicas que pudiera ser analizado. En su trabajo *Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas* (1996: 251-280), Elmore señala que existen por lo menos dos enfoques claramente distintos para el análisis de la implementación: 1) el diseño prospectivo (*forward mapping*) y 2) el diseño retrospectivo (*backward mapping*). El primero de ellos, dice Elmore (1996: 253)

(...)es una estrategia que viene de inmediato a la mente cuando se piensa sobre la manera en que el diseñador de la política podría incidir en el proceso de implementación. Se inicia en la cúspide del proceso, a partir de una declaración lo más precisa posible sobre las intenciones de quien decide la política, y se desarrolla a lo largo de una secuencia de pasos cada vez más específicos, para definir lo que se espera de cada uno de los responsables de la implementación en cada nivel. Al final del proceso se establece, de nuevo con la mayor precisión posible, cuál sería el resultado satisfactorio, con relación a la intención original.

Este tipo de diseño incluye las tareas de esbozar un mapa de las acciones administrativas y las disposiciones organizativas, describir los principales actores políticos y sus acuerdos, así como determinar la tecnología necesaria, entre otras.

En suma, el diseño prospectivo demanda llevar a cabo la siguiente secuencia de operaciones (Elmore, 1996: 254):

- 1) Planteamiento del objetivo.

- 2) Diseño de las etapas necesarias para dar cumplimiento al objetivo planteado.
- 3) Medición de resultados.

Que son las etapas clásicas del proceso administrativo: planeación, organización, dirección, control y evaluación.

Elmore dice que este diseño, el prospectivo, tiene limitaciones, siendo la mayor de ellas el dar por seguro que quien diseña la política pública puede controlar los procesos de organización, de política y de tecnología subyacentes al proceso de implementación, lo que llamó "la ilustre mentira" de la Administración Pública y del análisis político tradicional. Otra limitación de este diseño es la ausencia de explicaciones convincentes cuando una política pública no se implementa con éxito.

Ante la falta de un diseño alternativo dice Elmore, el retrospectivo es el único que se aplica durante el proceso de implementación. De ahí que su propuesta vaya en el sentido de ofrecer la alternativa de invertir el diseño prospectivo en retrospectivo, es decir, partir de la última etapa del proceso precisamente donde los actos administrativos y las decisiones individuales convergen en el mismo punto: la prestación del servicio. Tal y como lo ha expresado Elmore (1996: 256):

No comienza con una declaración de intenciones, sino con la definición del comportamiento específico que, en el nivel más bajo del proceso de implementación, genera la necesidad de una política. Sólo después de que ese comportamiento ha sido descrito, se atreve el análisis a establecer el objetivo; éste se define en un primer momento como un conjunto de operaciones y después como el conjunto de efectos y resultados a los que darán lugar a aquellas operaciones.

Este tipo de diseño parte de la aseveración, que la buena implementación de una política pública estará determinada por la capacidad que las organizaciones tienen para modificar el comportamiento de sus individuos.

En el diseño retrospectivo los que ponen en acción una política pública, es decir, los prestadores del servicio al estar en contacto directo con los problemas, dice Elmore, tiene una mayor capacidad para resolverlos, tomar decisiones inmediatas y con mayor conocimiento, que quienes están en los altos niveles jerárquicos.

A lo largo de la exposición de Elmore se aprecia un favoritismo hacia el diseño retrospectivo presentando mayoritariamente sus bondades y minimizando sus debilidades.

Mientras continúa el debate académico de cuál de los dos diseños de implementación, el prospectivo o retrospectivo es mejor, Elmore critica el pensamiento de los analistas de Políticas Públicas con formación en Economía, al decir que reducen o minimizan el proceso de implementación a una "simple elección entre mecanismos de mercado y mecanismos que no son de mercado" (Elmore, 1996: 259), e insiste en la importancia que tiene para obtener mejores resultados en la implementación el estudiar a las organizaciones. En esta perspectiva, considera que éstas son instrumentos clave para conseguir con éxito

los objetivos de una política pública. A este respecto, expresa lo siguiente (Elmore, 1996: 260):

En realidad las organizaciones pueden ser medios sumamente eficaces para resolver los grandes problemas públicos, siempre y cuando se comprenda bien la naturaleza recíproca de las relaciones de autoridad. En las organizaciones, la autoridad formal va de la cúspide hacia la base; pero la autoridad informal, la que nace de la experiencia, la habilidad y la proximidad a las tareas esenciales de una organización viaja en dirección opuesta.

Elmore introduce en su exposición un concepto novedoso en el estudio de la implementación: la reciprocidad, en el sentido de que los esfuerzos deben dirigirse más hacia el proceso y de manera recíproca con los resultados del mismo.

En síntesis, para Elmore el conocer y analizar a la organización en su conjunto, incluyendo a sus integrantes, ayudará a elegir las mejores alternativas durante el proceso de implementación que si la decisión queda exclusivamente en manos de estructuras similares a las que operan en el libre mercado.

Más adelante Elmore (1996: 268) dice que el éxito en la implementación de una política pública depende además de lo anteriormente expuesto, de la capacidad para formar coaliciones y dirimir los disensos entre quienes se verán afectados con ella. Y en este sentido, el diseño de una política pública flexible es invaluable, ya que estimulará la participación durante el proceso de negociación.

Al respecto Elmore (1996: 270) expresa lo siguiente:

Reconocer que la negociación es un aspecto esencial del proceso de implementación, equivale a aceptar el hecho de que los resultados de las políticas nunca serán definitivos, no podrán ser definidos con absoluta precisión y tampoco podrán ser medidos ni objetivados. Un marco analítico que exija la comparación entre un resultado claramente especificado y una intención igualmente definida –contraste implícito en el diseño prospectivo– no es compatible con una concepción de la implementación que considera la negociación como uno de sus aspectos fundamentales.

Elmore finaliza su exposición enfatizando la lógica y las bondades del diseño retrospectivo y diciendo que resulta indispensable la construcción de una estructura de análisis para la implementación que tome en cuenta (Elmore, 1996: 270):

- a) la reciprocidad característica de las interacciones entre superiores y subordinados en las organizaciones;
- b) la relación entre el control jerárquico y el incremento de la complejidad;
- c) la discrecionalidad como mecanismo de adaptación y
- d) la negociación como precondition para obtener efectos en el nivel local.

2.3.4.2 PAUL SABATIER

Una aproximación que podría ser calificada de más ambiciosa fue desarrollada por Sabatier (1986). Su síntesis combina las unidades de análisis *bottom-up* (diversos actores públicos y privados involucrados en un problema de política pública) con *top-down* (enfocado en la forma en que las condiciones socioeconómicas y los instrumentos legales restringen la conducta de los tomadores de decisiones).

Sabatier aplica su modelo sintetizador al análisis del cambio de las Políticas Públicas en periodos de tiempo largos, esto es, de una década o más. Su modelo tiene que ver más con la construcción teórica que con la elaboración de guías para los implementadores o con el detalle de situaciones particulares. Su modelo de cambio de Políticas Públicas refiere las siguientes etapas:

- 1) Formulación
- 2) Implementación
- 3) Reformulación

VISIÓN GENERAL DEL MARCO CONCEPTUAL DEL CAMBIO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

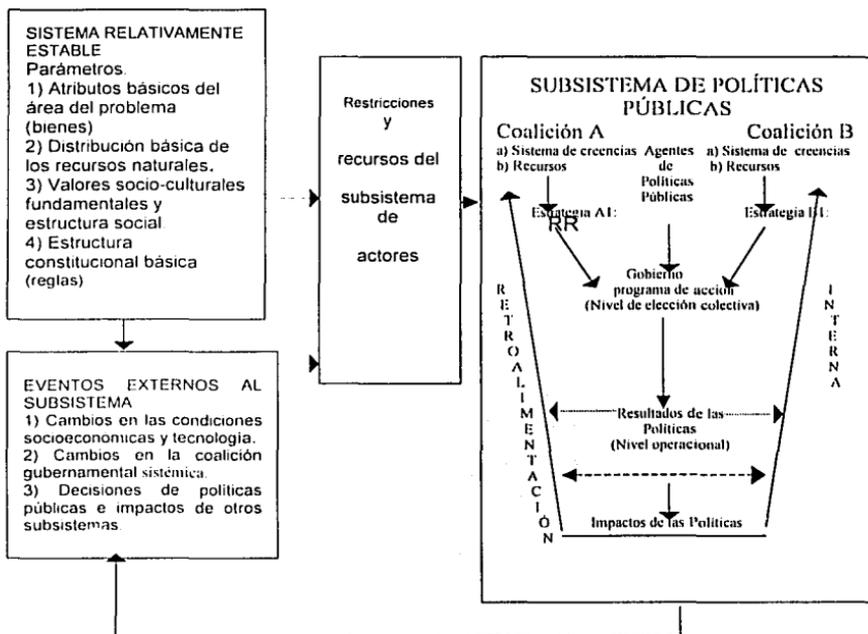


Figura 4. Fuente: Sabatier (1986: 40).

Sabatier dice que del lado izquierdo de esta figura 4 hay dos conjuntos de variables exógenas, una de ellas estable y la otra dinámica las cuales afectan las restricciones y recursos del subsistema de los actores. Los actores provienen de organizaciones públicas y privadas, y están activamente preocupados por algún problema o asunto público.

Como ejemplo del primer caso, Sabatier discute el asunto de la contaminación del aire señalando que una política pública de esta naturaleza está fuertemente afectada por la calidad del aire como un bien público o colectivo, por el entorno geográfico del aire de la cuenca o valle, y por sus fronteras políticas, las cuales generalmente son estables en el tiempo.

Por lo que respecta a las variables dinámicas de una política pública, Sabatier incluye los cambios en las condiciones socioeconómicas y en un amplio sistema de coaliciones gubernamentales. Estas son las características de los modelos *top-down* en la estructuración de las Políticas Públicas.

En cuanto al enfoque *bottom-up* el modelo propuesto por Sabatier, considera que los actores pueden ser incorporados en coaliciones de apoyo, integradas por políticos, agentes oficiales, líderes de grupo interesados en el asunto público e intelectuales, quienes comparten un conjunto de creencias normativas y causales, corazón de las Políticas Públicas.

En suma, Sabatier sostiene que los aspectos centrales de un programa gubernamental permanecerán estables en períodos de tiempo de una década o más, y las principales alteraciones en el corazón de las Políticas Públicas serán generalmente el resultado de cambios externos a los subsistemas, como perturbaciones socioeconómicas a gran escala o cambios en el sistema de coaliciones gubernamentales.

2.3.4.3 MALCOLM GOGGIN

Finalmente, una tercera aproximación para sintetizar elementos de ambos enfoques *top-down* y *bottom-up* fue desarrollada por Goggin (Lester y cols. 1987: 206). En este modelo de implementación de políticas intergubernamentales, se argumentó que la implementación estatal es una función de incentivos y restricciones impuestas a los estados de cualquier lugar en el sistema federal –arriba o abajo– así como su propensión a actuar y su capacidad para llevar a cabo sus preferencias. Además, las elecciones estatales no son las de un solo actor racional, son el resultado de acuerdos entre las partes internas o externas del gobierno, que están involucradas en las políticas estatales. Este enfoque asume que la implementación estatal de los programas federales es dependiente de ambos tipos de variables: *top-down* y *bottom-up*.

Esta síntesis se presenta en el modelo conceptual de la figura 5.

MODELO CONCEPTUAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTERGUBERNAMENTALES

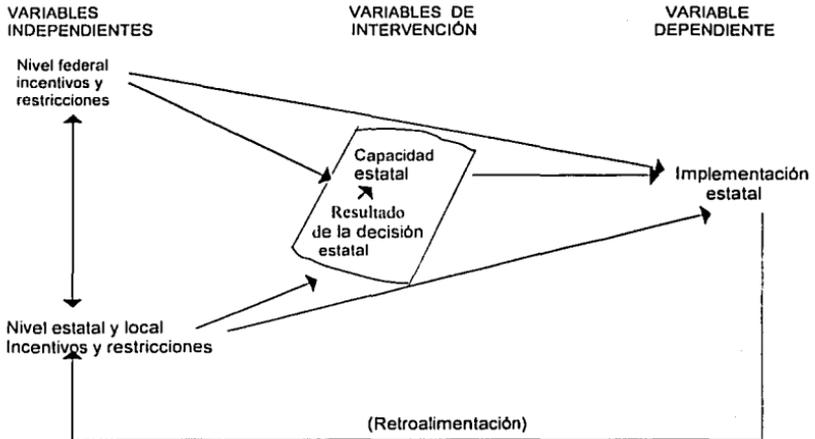


Figura 5. Goggin, Fuente: (Lester y cols. 1987: 207).

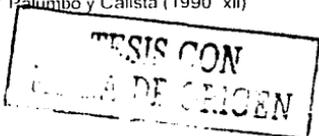
2.4 HACIA LA TERCERA GENERACIÓN DE ESTUDIOS DE IMPLEMENTACIÓN

Después de dos generaciones de estudios de implementación y a poco más de veinticinco años de la primera generación, la preocupación en el campo del análisis de Políticas Públicas continúa. El imperativo de una emergente tercera generación de estudios de Políticas Públicas es ya insoslayable, y el centro de esta discusión ha sido, es y sin duda será la implementación, por lo que hemos expuesto.

Hoy por hoy, no se ha llegado a un acuerdo universal de qué es la implementación, pero sí se ha reconocido que es un proceso muy complejo que involucra mucho más que la gestión gubernamental de los programas sociales, pues hay instancias y actores entre quienes se encuentran los destinatarios de las Políticas Públicas con diferentes intereses, y en condiciones económicas, políticas y sociales diversas¹².

En este sentido, la implementación no debe considerarse tan solo como un asunto técnico, ni de la Administración Pública como una instancia aislada de los

¹² Palumbo y Calista (1990: xii)



diseñadores de las Políticas Públicas, y responsable de la ejecución de las decisiones políticas.

Los encargados de la implementación están involucrados en cada una de las etapas del proceso de Políticas Públicas.

Vimos en la obra de M. Lipsky (1986, *op. cit.*) *Street-Level Bureaucracy* que los implementadores, llamados burócratas de banqueta poseen una enorme experiencia y conocimientos especializados, por lo que los legisladores, analistas y diseñadores de Políticas Públicas deberían consultarlos; pero sobre todo, porque son quienes establecen fuertes vínculos con los ciudadanos y diseñan sus propios esquemas de actuación en las dependencias que laboran. Muchas de las políticas se van rehaciendo durante el proceso de implementación.

De esta revisión de estudios generacionales podemos observar lo siguiente: 1) los estudios sugieren una dicotomía antagonista en la implementación *top-down* contra *bottom-up*; y *Micro implementación* contra *Macro implementación*. Tales enfoques realmente provienen de dos mundos diferentes y en consecuencia también tienen supuestos diferentes, y 2) en estos estudios se pone mayor énfasis en los efectos de la implementación, más que en la formulación y evaluación del programa. Éstos no fueron incorporados como un proceso.

En otro orden de ideas, vale la pena decir que en los trabajos de Mazmanian y Sabatier (1989), y de Elmore (1996) se considera de manera tangencial la importancia que tienen los destinatarios de las Políticas Públicas, se consideran sólo desde la perspectiva política. En ningún trabajo se hace mención del papel que éstos tienen como actores en el proceso de implementación. Ante esta situación y a partir de los diversos cambios, sobre todo económicos y políticos, que actualmente experimenta este mundo, han surgido nuevamente dos grupos antagonistas. El primero de ellos integrado por Palumbo, Calista, Winter, Linder, Guy Peters, Goggin, Bowman, Lester y O'toole Jr. y Charles Fox, entre otros (Palumbo y Calista 1990) identificados con el enfoque positivista. El segundo un grupo integrado por deLeon (1992, 1997, 1998, 1999); Fischer (1990, 1993a, 1993b, 1995, 1998); Ingram y Schneider (1993); Kathlene y Martin (1991); Crosby y Schaefer (1986), Dryseck (1982); y Chih (1998) entre otros, que se identifican con el enfoque postpositivista. Ambos enfoques apuntan hacia lo que empieza a dibujarse como la tercera generación de estudios de implementación.

2.4.1 ENFOQUE POSITIVISTA

Autores como Goggin, Bowman, Lester y O'toole Jr. (Palumbo y Calista, 1990: 181-196) entre otros, han expresado que la tercera generación de estudios de implementación, deberá ser aquella que haga referencia al conjunto de estudios que tendrán que diseñarse para la consecución de un ambicioso y difícil objetivo: construir la teoría de la implementación cuya validez descansará sobre la mayor rigurosidad científica, cuantitativa, comparativa, longitudinal y de prueba de hipótesis. Buscando con ello ser más científico que las generaciones pasadas, lo cual según estos autores permitirá superar algunos problemas conceptuales y de medición, que estuvieron presentes sobre todo en los estudios de la primera generación.

Estos autores hacen énfasis en la validez y confiabilidad que deben tener las mediciones sobre los fenómenos que se estudien.

Proponen que para ir en el camino correcto los métodos que deben adoptarse en el análisis y diseño de las Políticas Públicas, son los siguientes (1990: 184-195):

- 1) Análisis de Series de Tiempo.
- 2) Modelación Dinámica.
- 3) Análisis de Redes.
- 4) Análisis de Función Discriminante.
- 5) Análisis de Contenido.
- 6) Análisis de Regresión.
- 7) Aplicación de cuestionarios por correo.

Como podemos apreciar hay cinco herramientas cuantitativas, sólo dos cualitativas (análisis de contenido y de redes) y ninguna teoría política o sociológica. La fuerza de este enfoque radica fundamentalmente en los análisis estadísticos.

2.4.2 ENFOQUE POSTPOSITIVISTA

Para autores como deLeon (*op. cit.*) y Fischer (*op. cit.*) entre los más representativos, los estudios de implementación han caído en la trampa de la investigación analítica de las políticas, que consiste en otorgar toda la atención al modelo de mercado que se esfuerza por conseguir la optimalidad de Pareto, con un rechazo general al mundo de lo político (deLeon, 1999: 328) y donde precisamente la esfera de lo político no tiene condiciones de optimalidad *paretiana*.

En esta perspectiva el enfoque postpositivista enfatiza que el empleo de la metodología cuantitativa, en el análisis de Políticas Públicas, no ha cumplido con las expectativas que se han atribuido a ésta.

Hedley Bulle (citado en deLeon, 1998: 109) expresa al respecto lo siguiente: "Cualquier cosa que puede medirse no es importante; cualquier cosa que es importante no puede medirse."

Por ejemplo, el determinar el número de mujeres que mueren por cáncer cérvico uterino nos habla de que se trata de un problema de salud público que requiere sea abordado, también nos permite hacer comparaciones año con año para conocer si hay incrementos o decrementos, pero en el contexto del enfoque postpositivista este número no nos dice por qué un alto porcentaje de las destinatarias de los programas de diagnóstico y prevención no participan en los mismos. Y en este sentido conocer sus opiniones y necesidades es realmente lo que desde la perspectiva de este enfoque ayudará a que los índices de morbilidad y mortandad por esta causa disminuyan.

Estos autores sostienen que el enfoque cuantitativo desvincula al ciudadano del proceso de Políticas Públicas y lo concibe como antidemocrático. Las Ciencias de

Políticas Públicas, no debemos olvidar, surgen en 1950 con Harold Lasswell (Lasswell, 1996: 79-103) como una disciplina que ha renovado la Administración Pública en el sentido de revalorar la importancia de la participación ciudadana y su involucramiento en la acción de gobierno, y en la administración, no sólo para fines de legitimidad y viabilidad política, sino, también, para fines de eficacia y eficiencia administrativa. En donde la importancia de la deliberación y la participación ciudadana no sólo van en el sentido de hacer que las acciones de gobierno tengan el consenso, lo que se traducirá en la cooperación ciudadana y una mayor legitimidad que reducirá a su mínima expresión los impactos de la oposición.

El principal exponente del postpositivismo en el campo de las Políticas Públicas con mayor producción literaria es Frank Fischer, quien ha señalado que el postpositivismo busca la explicación del mundo social a partir de las acciones sociales –del significado y los símbolos compartidos socialmente– y esto involucra no sólo la recopilación y organización de datos vinculados a los supuestos teóricos subyacentes al fenómeno, sino el estudio del significado social del mundo que se estudia (Fischer, 1993: 333).

En esta perspectiva el postpositivismo plantea que es a partir de la comprensión de que las Ciencias Sociales se basan en el reconocimiento de que todo conocimiento humano, dependiente de supuestos teóricos en congruencia con la naturaleza, sólo puede establecerse de manera concluyente por medio de los datos, lo que Fischer (*idem.*) ha llamado "encuentros empíricos".

Estos "encuentros empíricos" desde la perspectiva positivista suponen pre-juicios y pre-comprensiones que están muy lejos de comprobarse, lo que necesariamente reduce sustancialmente la comprensión que tenemos del mundo social del problema que se está estudiando.

Bajo el enfoque positivista, se presupone que los seres humanos son "animales de laboratorio" en donde la vida cotidiana se desarrolla en un laboratorio, y las principales variables son controladas como si la realidad social pudiese simularse y circunscribirse a tal espacio, en una suerte de experimentación.

A principios del siglo pasado la inclusión de las matemáticas en las Ciencias Sociales era una *patente de corso* para evitar que ciencias como la Psicología, entre otras, perdiera tal categoría, y así vemos los esfuerzos de Spearman (1904) y más tarde de Thurstone (1932, 1933) para medir conceptos tan complejos como la inteligencia a partir de la construcción de pruebas. Y los resultados los tenemos a la vista una proliferación de pruebas que pretenden medir la misma variable latente, sin que a la fecha se tenga un consenso sobre cuáles son las variables que realmente conceptualizan la inteligencia.

Las Políticas Públicas, aunque de más reciente creación, fueron concebidas como el conjunto de acciones emprendidas por las autoridades gubernamentales, con el objetivo principal de resolver los problemas públicos (problemas compartidos por diversos sectores de la sociedad) en donde los más altos valores

humanos y la propia dignidad permean el proceso del diseño de una política pública.

Esta concepción con el tiempo se ha desdibujando, pues las Ciencias de Políticas Públicas no han estado ajenas a la fuerte influencia de disciplinas como la Economía, las Matemáticas, la Ingeniería en Sistemas y la Investigación de Operaciones¹³, entre otras disciplinas.

En suma, para el enfoque postpositivista las Políticas Públicas diseñadas, implementadas y evaluadas por una elite de expertos han desvinculado al hombre de su mundo social. Su vida cotidiana, símbolos, valores y significados socialmente compartidos son ignorados.

En esta perspectiva Jürgen Habermas ha contribuido de manera significativa con su Teoría de la Acción Comunicativa (Habermas, 1987) al trabajo realizado por quienes se identifican con el enfoque postpositivista de Políticas Públicas. Habermas ha expresado que las investigaciones llevadas a cabo fuera del contexto de las Ciencias Sociales, están frecuentemente restringidas en su visión sobre lo que realmente es la investigación.

La visión positivista del mundo se hace a través de la artificialidad, limitada y restrictiva, a un conjunto de perspectivas disciplinarias. Una alta racionalidad y una perspectiva con orientación tecnocrática ignora muchísimo de la naturaleza de la estructura de los valores de una persona, lo que vicia o sesga los resultados. El supuesto que subyace a esta afirmación, no es que una disciplina racionalista esté equivocada, sino que cualquier análisis de esta naturaleza es inherentemente incompleto¹⁴.

La realidad social es de tal complejidad que difícilmente puede ser explicada a partir de una única perspectiva. La interacción social produce conflicto, en este sentido, éste es inherente a las instituciones sociales, económicas y políticas particularmente para el caso de las sociedades capitalistas modernas. Por ello cualquier intento por elucidar lo que subyace al mundo social debe operar bajo la lógica de la intersección de ambos enfoques: positivista y postpositivista.

Finalmente, un elemento más que no aparece ni implícita ni explícitamente en las dos primeras generaciones de estudios de implementación, pero que sí se observa de manera nítida en los trabajos de algunos autores del enfoque postpositivista como deLeon (1997) es el concepto de Democracia Deliberativa, vinculado al diseño de las Políticas Públicas.

¹³ Torgerson, (1986).

¹⁴ Yankelovich (citado en deLeon 1997: 87) al referirse a Habermas señala lo siguiente "(...) el conocimiento concebido como un cuerpo de hechos y verdades existentes aislado del propósito es un mito."

La Democracia Deliberativa, en nuestra visión, constituye el tercer vértice que conforma el triángulo virtuoso del diseño las Políticas Públicas para este siglo XXI.



¿Por qué democracia deliberativa?, porque la visión institucional de la Administración Pública reconoce la importancia que la deliberación y la participación ciudadana tienen en el buen funcionamiento de las acciones de gobierno.

En esta perspectiva la Administración Pública por medio de la gestión pública y las Políticas Públicas, redimensiona al ciudadano como poseedor de derechos humanos, civiles, sociales y políticos asumidos, y vividos activa y cotidianamente; en donde el ciudadano deja de ser objeto y destinatario pasivo de la Administración Pública¹⁵ para convertirse en un activo actor que trabaja más estrechamente con ella, buscando y consiguiendo la atención a sus necesidades mediante su participación en el proceso del diseño de una política pública.

En este sentido la democracia deliberativa es (Cohen, 2000: 29):

(...) un marco de condiciones sociales e institucionales que facilita la discusión libre entre ciudadanos iguales –proveyendo condiciones favorables para la participación, asociación y expresión– y ancla la autorización para ejercer el poder público (y el ejercicio del mismo) en tal discusión, mediante el establecimiento de un esquema de disposiciones que garantizan la responsabilidad y el rendimiento de cuentas ante los ciudadanos por parte de quienes ejercen el poder político a través de elecciones periódicas competidas, condiciones de publicidad y supervisión legislativa, entre otros.

En suma, bajo esta perspectiva, la idea fundamental de la democracia y de la legitimidad política es que la autorización para el ejercicio del poder estatal debe surgir, precisamente, de decisiones colectivas entre miembros libres e iguales en una sociedad gobernada por ese poder.

2.5 REFLEXIONES

La implementación es el corazón del proceso de las Políticas Públicas y es además donde éstas se rediseñan permanentemente.

¹⁵ Aguilar (1996a: 5).

Es un proceso complejo, por lo cual difícilmente podremos llegar a construir un modelo de implementación de aplicación universal. Tengamos presente que las Ciencias Sociales no tienen como objetivo el producir leyes de aplicación universal. Porque las condiciones económicas, políticas y sociales son por naturaleza dinámicas e imponen permanentemente retos a la Administración Pública.

Por lo anterior, las primeras generaciones de estudios revisados en este capítulo, han permitido apreciar dos dimensiones muy importantes de las Políticas Públicas: la política (primera generación) y la jerárquica u organizativa (segunda generación) ambos estudios generacionales en algunos casos constituirán aproximaciones a una realidad muy compleja, y en otros serán auténticos modelos de aplicación.

En cuanto a la emergente tercera generación de estudios de implementación, no hay aún un modelo estructurado que permita incorporar las tesis que sobre el papel diversos autores han manifestado. De manera práctica ha habido algunos intentos¹⁶ por demostrar cómo en el campo de las Políticas Públicas sociales la aplicación sólo del enfoque positivista no ha logrado los resultados que se esperaban.

Bajo esta perspectiva, el trabajo que tendrán que llevar a cabo los analistas de Políticas Públicas es estructurar modelos de implementación que incorporen al ciudadano en una dimensión activa, poseedor de derechos y de obligaciones. Y en donde de manera complementaria, ambos enfoques, el positivista y el postpositivista aporten sus fortalezas en esta tarea.

No podemos decir que hay buenos y malos modelos de implementación, todos han aportado y aportarán seguramente tesis y evidencias valiosas que permitirán ir avanzando en el conocimiento del complejo proceso de la implementación. El analista de Políticas Públicas tendrá que incorporar sus habilidades, capacidades y conocimientos para elegir el mejor modelo; pero sobre todo, reconocer cuando las cosas no marchan bien y hacer las correcciones pertinentes en un proceso de aprendizaje y mejora continua, y con un comportamiento de humildad y creatividad.

En el siguiente capítulo presentamos el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC) como un estudio de caso de la implementación de una política pública que nos permitirá no sólo abordar de una manera más sencilla un problema de gran complejidad¹⁷: poner en acción y con

¹⁶ Chih, L. (1998) en su artículo *Bridging Positivist and Interpretivist Approaches to Qualitative Methods* argumenta sólidamente con ejemplos de programas de bienestar social en comunidades de raza negra y pobres, guarderías y de combate a la discriminación entre familias americana y africanas de escasos recursos

¹⁷ "La investigación de análisis de casos pretende mostrar lo que puede funcionar nos ayuda a descubrir las combinaciones y permutaciones de tácticas, enfoques, estrategias, conceptos e ideas administrativas que pueden auxiliar a los administradores, en situaciones diversas, a

éxito programas de salud, sino también vincular la teoría que hemos revisado en este capítulo y la *praxis*. Buscando con ello comprender los modelos propuestos por las anteriores generaciones y fortalecer el modelo postpositivista para mejorar la etapa más complicada en el diseño de una política pública: la implementación.

producir resultados útiles. Mediante el examen cuidadoso de administradores públicos eficientes en acción, la investigación de análisis de casos puede descubrir cómo diversos dirigentes logran hacer frente a problemas particulares del modo que mejor satisfaga las funciones de su organización. Luego, a partir del vasto repertorio de actividades administradores públicos, con base en los detalles particulares de las situaciones a las que se enfrenten, podrán seleccionar, reseleccionar y adaptar una combinación de actividades que aumentará la probabilidad de que sus organizaciones cumplan con propósitos sociales útiles" (Behn, 1999: 81).

2.6 BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. (1996) *La implementación de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Aguilar, L. (1996a) *Las Nuevas Direcciones de la Administración y Políticas Públicas*. Ponencia presentada en el CIDE, México.
- Bardach, E. (1977) *The Implementation game: what happens after a bill becomes a law*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Behn, R. (1999) *La investigación de análisis de casos y la eficiencia administrativa: cómo guiar a las organizaciones a la cima de dunas de arena*. En Bozeman, B. (coordinador) *La gestión pública su situación actual*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C., Universidad Autónoma de Tlaxcala y FCE, México.
- Berman, P. (1996) *El estudio de la macro y micro-implementación*, en Aguilar, L., *La implementación de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 281-322
- Cabrero, E. (2000) *Usos y costumbres en la hechura de las Políticas Públicas en México en Gestión y Política Pública* Vol. IX, Número 2, Segundo Semestre de 2000, Centro de Investigación y Docencia (CIDE), México.
- Cohen, J. (2000) *Procedimiento y sustancia en la Democracia Deliberativa*. *Metapolítica: Democracia Transparente*. Vol. 4, Núm. 14, Abril-Junio de 2000, pp.24-27, México.
- Crosby, N. Kelly, J. and Schaefer, P. (1986) *Citizen Panels: A new Approach to Citizen Participation*, *Public Administration Review*, March/April 1986, vol. 46, No. 2.
- Chih, A. (1998) *Bridging Positivist and Interpretivist Approaches to Qualitative Methods*, *Policy Studies Journal*, Vol. 26, No. 1, 1998 (162-180).
- deLeon, P. (1992) *The Democratization of the Policy Sciences*. *Public Administration Review*, March/April 1992, Vol. 52, No. 2
- _____ (1997) *Democracy and the Policy Sciences*, State University of New York Press.
- _____ (1998) *Introduction: The Evidentiary Base for Policy Analysis Empiricist Versus Postpositivist Positions*, *Policy Studies Journal*, Vol. 26, No. 1, 1998 (109-113).
- _____ (1999) *The Missing Link Revised: Contemporary Implementation Research*, *Research Policy Studies Review*, Fall/Winter 16: 3/4.
- Drysek, J. (1982) *Policy Analysis as a Hermeneutic Activity*. *Policy Sciences* 14 (1982) 309-329.
- Elmore, R., (1996) *Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas*, en Aguilar, L., *La implementación de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 251-281.
- Fairchild, H. (1975) *Diccionario de Sociología*. FCE, México.
- Fischer, F. (1990) *Technocracy and the Politics of Expertise*. SAGE Publications. Printed in the United States of America.
- _____ (1993) *Citizen participation and the democratization of policy expertise: From theoretical inquiry to practical cases*, *Policy Sciences* 26:165-187, Kluwer Academic Publishers, printed in The Netherlands.
- _____ (1995) *Evaluating Public Policy*. Library of Congress Cataloging-in-Data Publication. USA.

- _____ (1998) *Beyond Empiricism: Policy Inquiry in Postpositivist Perspective*, *Policy Studies Journal*, Vol. 26, No. 1, 1998(129-146).
- Fox, Ch. (1987) *Biases in Public Policy Implementation Evaluation*, *Policy Studies Review*, Autumn 1987, Vol. 7, No. 1, 128-141.
- _____ (1990) *Implementation Research: Why and How to Transcend Positivist Methodologies* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990). *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*. Greenwood Press, pp. 199-212.
- Goggin, M., Lester, J., Bowman, A. y O'Toole Jr. (1987) *Public Policy Implementation: Evolution of the Field and Agenda for Future Research*. *Policy Studies Review*, Autumn 1987, Vol. 7, No. 1, 200-216.
- Habermas, J. (1987) *Teoría de la Acción Comunicativa*. Tomo I *Racionalidad de la acción y racionalización social*. Taurus, España.
- Hoogerwerf, A. (1990) *Políticas y Tiempo. Consecuencias de las perspectivas temporales para el contenido, procesos y efectos de las Políticas Públicas*, Vol. 7, No. 4, diciembre 1990, INAP-España, 93-118.
- Ingram, H. (1999) *La Implementación: Una reseña y un marco que se sugiere en* Lynn, N y Wildavsky, A. *Administración Pública. El estado actual de la disciplina*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública. A.C y FCE, México.
- Infante, S. y de Zárate, L. (1991) *Métodos Estadísticos. Un enfoque interdisciplinario*. Trillas, México.
- Kathlene, L. and Martin, J. (1991) *Enhancing Citizen Participation: Panel Designs, Perspectives, and Policy Formation*. *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 10, No 1 46-63 (1991)
- Kelly, M. and Maynard-Moody, S. (1993) *Policy Analysis in the Post-Positivist Era: Engaging Stakeholders in Evaluating the Economic Development Districts Program*. *Public Administration Review*, March/April 1993, vol. 53, No 2
- Lasswell, H. (1996) *La orientación hacia las políticas* en Aguilar, V *El estudio de las Políticas Públicas*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Lester, J., Bowman, A., Goggin, M y O'Toole Jr. (1987) *Public Policy Implementation Evolution of the Field and Agenda for Future Research*. *Policy Studies Review*, Autumn 1987, Vol. 7, No. 1, 200-216
- Linder, S. and Guy Peters, B. (1990) *Research Perspectives on the Design of Public Policy. Implementation, Formulation, and Design* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990) *Implementation and the Policy Process: Opening up the black box*, Greenwood Press, pp 51-66
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in Public Services*. Russell Sage Foundations, New York.
- Malcolm, G Bowman, A Lester, J. and O'Toole Jr, L. (1990) *Studying the Dynamics of Public Policy Implementation: A Third-Generation Approach* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990) *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press, pp. 181-197.
- Mankiw, G. (1998) *Principios de Economía*, McGraw Hill, México.
- Mazmanian, D., and Sabatier, P. (1989) *Implementation and Public Policy with a New Postscript*, Scott, Foresman and Company. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. United States of America.

- Palumbo, D. y Calista, D. (1990) *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press.
- Pressman J.L., y Wildavsky, A. (1973) *Implementation* (3rd ed.), Berkeley: University of California Press.
- Sabatier, P. (1986) *Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis*. *Journal of Public Policy*, 6, 1986, pp. 21-48.
- Schneider, A. and Ingram, H. (1993) *Social Construction of target Populations: Implications for Politics and Policy*. *American Political Science Review*, Vol. 87, No. 2, June 1993.
- Spearman Ch. (1904) *General Intelligence, objectively determined and measured*. *American Journal Psychology*, 15.
- Thurstone, L. (1932, 1933) *The theory of multiple factors* by L.L. Thurstone. The University of Chicago. Ed. Edwards Brothers, Inc. and Arbor Michigan.
- Torgerson, D. (1986) *Between knowledge and politics: Three faces of policy analysis*, en *Policy Sciences* 19: 33-39.
- _____ (1985) *Contextual Orientation in Policy Analysis: The contribution of Harold D. Lasswell*, *Policy Sciences* 18 pp. 241-261.
- Van M., y Van H. (1996) *El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual* en Aguilar L. (1996, *op. cit.*) *La implementación de las políticas*.
- Williams, W., (1980) *The Implementation Perspective. A guide for managing social service delivery programs*, University of California Press, Los Angeles, USA.
- Winter, S. (1990). *Integration Implementation Research* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990) *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press, pp. 19-38.

CAPÍTULO 3 MÉTODO

El aprendizaje es la clave del acceso a la implementación y a la evaluación. Evaluamos para aprender y aprendemos para implementar. La evaluación es un método que induce al aprendizaje dentro de una organización equipada para implementar. Y no son sólo los evaluadores sino el personal del programa, es decir, los implementadores, quienes van a aprender. Si no fuera así, si la evaluación se aislara de la implementación, ésta estaría ciega y aquella quedaría muda, sin que ninguna pudiera cambiar para mejorar. Pressman, J. y Wildavsky, A.

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La implementación es considerada con frecuencia una etapa más del proceso de Políticas Públicas que realiza la Administración Pública de manera mecánica, no considera el papel tan importante que tienen los destinatarios de la misma en el proceso. El poner en acción una política pública una vez que se tomó la decisión es en general un proceso complejo, pero aún más en asuntos de salud como el Programa Nacional de Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC), fundamentalmente por el significado que la mujer le atribuye el hacerse el examen del Papanicolaou. Abordar la implementación de un problema de esta naturaleza es un reto para la Administración Pública.

Algunos de los programas de salud pública han sido verdaderamente exitosos como el Programa Nacional de Vacunación Infantil. Sin embargo, otros, desafortunadamente no hay alcanzado los objetivos que se propusieron. Uno de ellos ha sido el Programa de Detección Oportuna del Cáncer, que actualmente (a partir de 1998) se ha rediseñado en el PNPCCC. Información reciente manifiesta lo siguiente (*La Jornada* 14-08-2000: 1 y 46)¹ "En 18 años, el número de casos anuales de cáncer en México creció más de cinco veces: mientras en los años 80 se registraban 16 mil nuevos casos en promedio por año, para los 90 la cifra se elevó a más de 71 mil y en 1998 se contabilizaron 87 mil pacientes."²

¹ La revisión hemerográfica se obtuvo casi en su totalidad del periódico *La Jornada* por ser uno de los únicos que tiene una sección dedicada a la mujer, otra a la salud –que incluso le valió un premio internacional por su calidad en el año 2001- y una más denominada *Justicia y Sociedad*. La información es abordada de manera profesional y responsable. Hemos hecho un seguimiento del cáncer en este periódico durante por lo menos cinco años, cuando se dio a conocer el PNPCCC.

² Incidencia. De 1982 a 1989 se registraron 130 mil 435 nuevos tumores malignos, 16 mil 304 al año. Entre 1993 y 1997 ocurrieron 356 mil 124 casos nuevos: 71 mil 224 por año. Las neoplasias malignas más frecuentes en ese periodo: cuello uterino 21.4%; mama femenina 10.9%; próstata 5.5%; ganglios linfáticos 4.1% y estómago 3.9%. Entre 1993 y 1997, predominio en mujeres (64.6%) frente a hombres (35.4%). Por grupos de edad, en este último lapso, las más afectadas fueron: de 15 a 64 años, 221 mil 344 casos (62.2% del total). Los más frecuentes: cuello uterino, mama femenina, ganglios linfáticos, estómago y ovario. De 65 años y más, 124 mil 936 casos

Los siguientes datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) refuerzan lo anterior, no obstante la subestimación³ que probablemente hay en ellos:

MUERTES POR TUMOR MALIGNO EN EL CUELLO DEL ÚTERO

1990	4280
1991	4198
1992	4401
1993	4369
1994	4373
1995	4350
1996	4549
1997	4512
1998	4545
1999	4590
2000	4620

Tabla 1. Fuente: INEGI

ENFERMAS POR TUMOR MALIGNO EN EL CUELLO DEL ÚTERO

1991	8,504
1992	8,960
1993	9,164
1994	11,668
1995	12,306
1996	11,677
1997	11,435
1998	11,917
1999	No disponible
2000	No disponible

Tabla 2. Fuente: INEGI

Diversas explicaciones se han ofrecido al respecto, una de las más recientes es que en México la alta incidencia de tumores y su desenlace fatal se relaciona íntimamente con la ignorancia y la pobreza. El actual director del Instituto Nacional

(35.1%). Los más frecuentes cuello uterino, próstata, mama femenina, estómago y vejiga. **Distribución de la enfermedad** por zonas geográficas: zona norte, 28.4% de total de casos; centro, 18.3%, sur, 16.6%, zona metropolitana del Distrito Federal, 36.7%

Mortalidad. En 1950 fallecieron 8 mil 655 personas por algún cáncer. En 1980, la cifra se elevó a 28 mil 106 muertes. En 1998 el número de decesos ascendió a 52 mil 681 personas, con una tasa de 54.7 por cien mil habitantes. En relación con todas las causas de muerte, el cáncer representa 11.8%. Las defunciones se distribuyeron principalmente en los siguientes **grupos de edad**: -35 a 44 años. 3 mil 896 casos, con una tasa de 34.5 por cien mil habitantes; -45 a 64 años. **16 mil 395 casos**, con una tasa de 636.6 por cien mil habitantes. Los años potenciales de vida perdidos al año por tumores malignos se estiman en **19.7 por individuo**, considerando que la edad promedio a la muerte temprana es de 50.3 años. En 1998 la pérdida global ascendió a más de un millón de años potenciales (Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas).

³ La mortalidad (ajustada por edad) por 100 000 mujeres reporta que en 1990, en los datos hay un subregistro de muertes por este padecimiento del 14.3%, mientras que en países como en Estados Unidos es del 1.1% y en Canadá del 1.4% (Robles, White y Peruga 1996: 480).

de Cancerología (INCan) –sede del PNPCCC– Dr. Jaime de la Garza expresó en fecha reciente (*La Jornada* 14-08-2000: 46) lo siguiente:

(...) de los 56 mil 988 casos de cáncer femenino reportados en 1998, 34.2% fue cérvico uterino, que 'en algunos países no es más que una reliquia'. En cambio en el INCan –atiende a la población abierta y de escasos recursos– de cada 10 mujeres que llegan con cáncer, siete lo padecen en el cuello uterino. Para confirmar su hipótesis, De la Garza refirió que en los hospitales privados, a donde acuden los sectores sociales pudientes, de cada 10 pacientes con cáncer, ninguno tiene el cérvico uterino. Y es que el padecimiento es totalmente prevenible con la práctica de la conocida prueba de Papanicolaou. El problema es, apuntó, que las mujeres no acuden a las clínicas o centros de salud y en otros casos –en las zonas rurales y alejadas del país– los servicios médicos están fuera del alcance de la población.

Por su parte Alonso de Ruiz y cols. (1996: 519) han expresado que en México más del 60% de todas las defunciones por neoplasias de cuello de útero, se deben a defectos de los programas que se han implementado para detección de este tipo de cáncer.

Otros más como Nigenda y Langer (1996: 24) han opinado que uno de los motivos por los cuales importantes sectores de la población no asisten a las unidades de atención para la salud, se debe a la relación directamente proporcional entre el grado de satisfacción del usuario y el servicio que recibe.

De la Garza (*La Jornada* 14-08-2000: 46) ha expresado que habrá que fortalecer la detección temprana, e incluso llevar unidades móviles a las zonas más alejadas del territorio nacional.

Un artículo periodístico de Martínez Veloz (*La Jornada*, 15/XII/2000: 20) dice que el número de casos en los que a las mujeres atendidas en la población abierta se les detecta cáncer cérvico uterino es de siete de cada diez. El número de aseguradas del IMSS que padecen esta enfermedad es cuatro de cada diez.

Por su parte el actual subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) Tapia Conyer (*La Jornada*, 2/03/2001: 51) ha manifestado que a tres años de haberse rediseñado el programa para la detección y control del cáncer cérvico uterino (PNPCCC) los impactos del mismo no son los esperados, al señalar que todos los días 22 mujeres mueren en México a consecuencia del cáncer cérvico uterino o de mama, siendo el primero de ellos un padecimiento que es prevenible el cien por ciento, por lo que para la Secretaría de Salud éste es uno de los más graves rezagos en el sector. Más adelante explica que uno de los obstáculos que enfrenta actualmente el programa es la resistencia de las mujeres mayores de 45 años de edad a practicarse la prueba del Papanicolaou, cuando precisamente este sector es el que se encuentra en mayor riesgo de padecer cáncer.

El PNPCCC en el año 2000 realizó seis millones de exámenes a nivel nacional que representan 60% de la cobertura del programa, cerca del 5% resultó con alguna alteración en el cuello de la matriz. Aunque la participación fue relevante lo más importante es que estas mujeres continúen con esta práctica periódicamente para cuidar su salud.

Una publicación periodística reciente (*La Jornada*, 18/03/2001: 36) *Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000*⁴ menciona que 71.7% de la población femenina, no participa de ninguna acción preventiva del cáncer cérvico uterino, a pesar de que esta enfermedad es la primera causa de mortandad por tumores en el país. Diariamente mueren alrededor de 18 mujeres a causa de este tipo de cáncer (mientras que las cifras oficiales señalan 12 mujeres) y 28.3% de las mujeres que se practican la prueba de prevención y se encuentra alguna anomalía, la tercera parte no recibe ningún tratamiento médico.

Los últimos datos dados a conocer durante el Congreso Médico sobre Oncología 2003 nos hablan de la gravedad de esta enfermedad en nuestro país. Sólo en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI, se registran unos ocho mil nuevos casos al año. Una de las conclusiones alcanzadas en este congreso es que será necesario practicar pruebas de detección anuales a la población femenina, reto que particularmente la Administración Pública tendrá que asumir (*La Jornada*, 28-07-2003: 46-48).

Como podemos observar este asunto es complejo y multifactorial. No obstante podemos hacer un análisis de integración de estas explicaciones con respecto al problema de salud que nos ocupa.

De los datos anteriores, observamos que en el Distrito Federal y zona conurbada se sitúa el mayor porcentaje de incidencia de la enfermedad con un 36.7% y precisamente donde el PNPCCC ha tenido menos cobertura, tal sólo 20%. Estamos hablando de una amplia zona donde se cuenta con vías de comunicación y una red de instituciones de salud pública para atender a cualquier mujer que solicite la realización de la práctica del examen del Papanicolaou de manera gratuita. Y quizás más que reformular o crear nuevos programas de diagnóstico y atención, incrementando el uso de recursos tendríamos que pensar en hacer un uso racional de los ya existentes y conocer la opinión que las mujeres tienen del programa buscando fomentar su participación en distintos aspectos del mismo, tal y como lo expresa Sir George Alleyne (1996: 471): "Es esencial entender mejor el problema y la respuesta de la sociedad en su conjunto para superar las barreras administrativas, sociales y culturales que en este momento limitan el acceso de las mujeres a los programas de detección oportuna."

⁴ Esta investigación fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y es la más ambiciosa que se haya realizado en México y el mundo -según dijeron sus realizadores-. Y es que por primera vez el estudio incluyó la toma de muestras sanguíneas para analizar el ADN y caracterizar a los mexicanos por factores de riesgo genético. La muestra fue de 190,214 personas entre niños, adolescentes y adultos (*La Jornada*, 18/03/2001)

En el mismo sentido Sylvia C. Robles (1996: 474, 475) ha expresado lo siguiente:

Si bien la organización de un programa de detección oportuna de por sí representa un problema médico e institucional de relativa complejidad, no es menos importante examinar el programa desde el punto de vista de las mujeres, pero primero es necesario reconocer que los diferentes grupos de la población tienen diferente acceso a los servicios de salud y que las mujeres **no se comportan como un grupo homogéneo...** Aún cuando el acceso a los servicios de citología también está condicionado por el grupo social al que se pertenece, existen algunas barreras comunes que se relacionan específicamente con cuestiones de género (subrayado añadido).

Como parte de este trabajo en el año 2000 se tomó una muestra de 721 mujeres asintomáticas en el D.F., y zona conurbada y se les preguntó: ¿por qué no se habían realizado el examen del Papanicolaou, o bien, por qué no se lo habían practicado en el último año? algunas de las principales respuestas fueron las siguientes: aproximadamente 30% por desidia, 16% por falta de tiempo, 16% por falta de información (¿quiénes se lo deben practicar?, ¿a qué edad?, ¿en qué consiste?, ¿sólo se lo deben practicar las mujeres casadas?, entre otras) y un 8% por miedo, entre los principales resultados.

La desidia es un concepto que requiere ser debidamente estudiado desde una perspectiva cualitativa, es decir, en términos de descodificar el significado de esta palabra dentro del contexto del mundo subjetivo de la mujer.

La realidad es que la desidia y la falta de tiempo originan en buena parte que entre el 70 y 80% de los cánceres (*La Jornada*, 14-08-200 y Robles 1996: 478), se diagnostiquen en etapas avanzadas, es decir, cuando ya es muy difícil curarlo.

La decisión de una mujer asintomática de someterse a una prueba de prevención o detección oportuna depende de que crea en su factibilidad y utilidad y de que exista uno o varios factores que la predispongan a solicitar la prueba.

Para Nájera y cols. (1996: 536, 537) entre los factores que determinan la utilización de los servicios de salud se encuentran las redes sociales, integradas por la mujer, la familia y los amigos.

El grado de conocimientos de la persona y de sus relaciones sociales sobre el proceso de salud y enfermedad, así como la disponibilidad de los servicios, determinan la decisión de acudir o no a hacerse una prueba de detección oportuna. Asimismo, la utilización de los servicios de salud es una función de la necesidad percibida por el paciente y por el personal de estos servicios y de las características sociodemográficas (composición familiar, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y demás) de la persona, sus medios económicos y los recursos comunitarios y otros servicios a su disposición.

Debemos reconocer que el examen del Papanicolaou es sólo uno de los elementos del PNPCCC, necesitamos de la participación de otras instancias como las organizaciones de mujeres, los servicios de salud, el grupo de profesionales que están participando en el programa y de los organismos no gubernamentales

de lucha contra el cáncer, que no han sido cabalmente considerados por los diseñadores de este programa. La política pública fue diseñada desde los altos niveles jerárquicos de la Secretaría de Salud por médicos a imagen y semejanza de uno de los modelos de la implementación llamado "top-down". Modelo en el que la mujer queda atrapada entre las presiones de arriba, y las presiones de los prestadores del servicio encargados de la ejecución del programa. Existe un predominio del Modelo Médico Hegemónico (MMH). Este modelo en la visión de Menéndez (s/a, 66):

(...) actúa al igual que en gran parte de las prácticas que se asumen como científicas, ignorando a los sujetos; tanto es así que ni siquiera se reflexiona significativamente sobre esta situación y consecuencias en la 'educación para la salud' del paciente, en la apropiación y transformación que éstos hacen del saber médico en la relación médico-paciente.

Hasta ahora los estudios sobre el proceso de las Políticas Públicas, y muy particularmente las etapas del diseño e implementación de programas de salud pública, no se han ocupado de incorporar las necesidades reales, las preferencias, temores y sentimientos, creencias y actitudes de los destinatarios de estos programas. No resulta entonces extraño que éstos no alcancen los objetivos para los que fueron diseñados, y se decida implementar medidas alternas que han probado ser ineficientes como practicar el examen del Papanicolaou en unidades móviles.

3.2 OBJETIVOS

- Conocer las actitudes de las mujeres asintomáticas hacia la práctica del examen del Papanicolaou que, al menos una vez o no, se han realizado el mismo.
- Conocer las actitudes de las mujeres usuarias del PNPCCC hacia el examen del Papanicolaou que asisten a la Clínica de Displasias del INCAn.
- Conocer la evaluación del servicio que reciben en el INCAn las mujeres usuarias del PNPCCC.
- Construir el modelo de calidad con los resultados de la evaluación realizada por las usuarias.

3.3 HIPÓTESIS

H₁: La falta de calidad en la prestación del servicio –realización del examen del Papanicolaou– *ex-ante*, *durante* y *ex-post* es un factor endógeno que no ha permitido que el PNPCCC a cuatro años de su implementación haya logrado los objetivos y metas que se planteó.

H₂: La actitud desfavorable que las mujeres tienen hacia el examen del Papanicolaou y el cáncer es un factor exógeno que ha dificultado que participen más activamente en el PNPCCC.

H₃: Para una mujer los factores importantes en la prestación del servicio (práctica del examen del Papanicolaou) son: trato de los prestadores del servicio, comunicación usuaria-médico, cuidado y delicadeza durante la exploración e

información. El tiempo de espera cuando el servicio es de calidad y con calidez, no es un factor que cause mayores molestias en la usuaria del servicio.

3.4 INSTRUMENTOS Y CUESTIONARIO

Para la construcción de los instrumentos se decidió trabajar con escalas actitudinales, principalmente por cuatro razones. Primero, porque las actitudes⁵ nos permiten conocer lo que una mujer siente y piensa respecto a la práctica del examen del Papanicolaou como un asunto personal. En segundo lugar porque las actitudes constituyen elementos para la predicción de conductas, esto quiere decir que conociendo las actitudes de la mujer, podemos hacer inferencias acerca de su conducta. En tercer lugar porque las actitudes desempeñan funciones específicas para cada uno de nosotros y en cuarto lugar porque las actitudes constituyen la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad o de conflicto que pueden surgir en la pareja cuando ésta no está de acuerdo en que la mujer se practique el examen del Papanicolaou.

En esta perspectiva, se construyeron dos instrumentos para aplicarse a las mujeres usuarias del PNPCCC remitidas de los Centros de Salud al INCAN, en el primero de ellos se trabajó una escala actitudinal tipo Likert⁶ con tres opciones de respuesta que son las más adecuadas para poblaciones abiertas y con baja escolaridad⁷ (anexo A). En el segundo se diseñó un cuestionario para evaluar la calidad del servicio empleándose cinco opciones de respuesta (anexo A).

El primer instrumento se estructuró con tres áreas principales:

⁵ Para Thurstone, considerado el autor de las escalas actitudinales, señala que la actitud "(...) denota el conjunto de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o tendencialidades, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones de un hombre respecto a un tema determinado" (Thurstone, 1928: 264) Y más adelante añade que la expresión verbal es la opinión y que esta simboliza una actitud.

Para Allport una actitud es un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, ejerciendo una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con que está relacionada. (Greenwald, Brock and Ostrom, 1972: 362)

Para Smith, Bruner y White, una actitud es una predisposición a la experiencia, motivada por y para actuar hacia, una clase de objetos en una forma predecible (*Ibidem*).

Para Osgood, Suci y Tannenbaum, las actitudes son predisposiciones para responder, pero se distinguen de otros estados de disposición en que las actitudes predisponen hacia una respuesta evaluativa (*Ibidem*).

Para Sarnoff, una actitud es una disposición a reaccionar favorable o desfavorablemente a una clase de objetos (*Ibidem*).

Para Kreech, Crutchfield y Ballachey, las actitudes son sistemas perdurables de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos emocionales y tendencias en pro o en contra de actuar con respecto a objetos sociales (*Ibidem*).

Finalmente para Likert las actitudes son disposiciones hacia la acción manifiesta (Likert, 1932: 205).

⁶ Este instrumento fue conjuntamente diseñado con la psicóloga Laura Flores en el año de 1999, Fac. de Psicología-UNAM. La escala tipo Likert, emplea el método *summated ratings* que resulta de la suma algebraica de las respuestas de los individuos a los ítems seleccionados previamente como válidos y confiables con cinco opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, en donde el sujeto consciente o inconscientemente se sitúa en una posición a lo largo del continuo en la variable que la escala está midiendo (Likert, R. 1932).

⁷ Salinas, AA (2000) expone que no fue posible aplicar la escala Likert en relación con el examen del Papanicolaou con el grupo de mujeres que asisten al Seguro Social.

Cuevas (1998) expone de sus experiencias en el trabajo de campo en el INCAN, la dificultad para que personas con bajos niveles educativos discrimine entre el totalmente de acuerdo y el acuerdo, así como entre el desacuerdo y el totalmente en desacuerdo.

1.- SOCIODEMOGRÁFICA

Esta área se integró con cinco preguntas que exploran las características sociodemográficas de una muestra de mujeres usuarias del PNPCCC que asisten a la Clínica de Displasias del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Datos sociodemográficos

- Edad: años cumplidos en el momento de responder el cuestionario.
- Estado civil: soltera, casada, divorciada, separada, viuda y unión libre.
- No. de hijos: vivos y muertos sin considerar los abortos.
- Ocupación: tipo de actividad que desarrolla al momento de responder el cuestionario clasificada en: profesionista, técnica, ama de casa y otras.
- Delegación política o zona conurbada: lugar de residencia en el D.F, perteneciente a alguna de las 16 delegaciones políticas. Se contempló la categoría *otros* para incluir a las usuarias cuya residencia sea en municipios y zona conurbada.

2.- INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER

Esta área se integró con seis preguntas sobre información general relacionada con el cáncer, el examen del Papanicolaou así como el lugar(es) donde se lo(s) ha(n) realizado.

- Experiencia cercana con el cáncer: si ha tenido o tiene algún familiar con cáncer.
- Conocimiento sobre el examen del Papanicolaou: describir en qué consiste.
- Frecuencia en la práctica: número de veces que se ha realizado el examen.
- Lugar donde se lo ha practicado: Centros de Salud, ISSSTE, IMSS, médico particular, otros y cualquier combinación de los anteriores.
- ¿Práctica del examen en el último año?: Sí, No
- ¿Porqué no se realizó el examen del Papanicolaou en el último año: Razones y motivos (respuesta abierta).

3.- ACTITUDES HACIA AL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER

Esta parte del instrumento se integró de 35 reactivos con tres opciones de respuesta: *de acuerdo, indiferente, en desacuerdo*.

Se exploraron las siguientes áreas:

- Miedos y temores hacia el examen, y sus resultados. Reactivos: 12, 13, 14 y 15.
- Razones subyacentes al examen. Reactivos: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 33.
- Compartir con la pareja la discusión de la práctica del examen. Reactivos: 24 y 25.
- Información sobre el examen. Reactivos: 26, 27, 28 y 29.
- Información sobre el cáncer. Reactivos: 30, 31, 32 y 34.
- Religión, destino y muerte. Reactivos: 35, 36, 37, 38, 39 y 40.
- Familia. Reactivos: 41 y 42.
- Omnipotencia. Reactivos: 43 y 44.
- Sentimientos hacia el cáncer. Reactivos: 45 y 46.

Este mismo instrumento se aplicó tanto a las mujeres asintomáticas que al menos una vez se habían practicado el examen del Papanicolaou, como a las que no se lo habían hecho.

El segundo instrumento que se diseñó fue un cuestionario con cinco opciones de respuesta: *excelente, bien, regular, mal y muy mal* para evaluar la calidad del servicio *ex -ante* (antes), *durante* y *ex -post* (después) de la práctica del examen del Papanicolaou (anexo A).

1.- CALIDAD DEL SERVICIO PREVIO AL EXAMEN, CUALIFICADO EN TÉRMINOS DE:

- tiempo de espera
- información verbal y escrita
- trato del personal administrativo, de enfermería y de trabajo social.

Reactivos: 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

2.- CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA PRÁCTICA DEL EXAMEN, CUALIFICADA EN TÉRMINOS DE:

- limpieza
- apariencia física de quien practica el examen
- trato
- cuidado/delicadeza
- comunicación
- tiempo de espera

Reactivos: 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.

3.- CALIDAD DEL SERVICIO DESPUÉS DE REALIZADO EL EXAMEN, EVALUADO POR:

- comunicación de la exploración realizada
- tiempo de entrega de resultados

Reactivos: 15 y 16.

También se les preguntó si recomendarían a otras personas que se realizan el examen en el INCan, si tenían sugerencias para mejorar el servicio y comentarios.

4.- CALIDAD DEL SERVICIO A LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS, EVALUADO POR:

- comunicación
- información

Reactivos: 17, 18, 19, 20 y comentarios.

3.5 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

La validez es una característica deseable que consiste en que realmente el instrumento mida para lo que fue diseñado y esto nos conduce a la siguiente pregunta: ¿cómo medir lo que se pretende medir? En otras palabras, la validez es la correspondencia entre las variables, los indicadores, las definiciones y la operacionalización de éstos. Interpreta la relación lógica entre las definiciones y

las construcciones –reactivos, afirmaciones, preguntas, etc.– así como la relación empírica del objeto medido con la hipótesis o pregunta de investigación, es decir, la representatividad y en esta perspectiva la validez sería: ¿es representativo nuestro estudio? (Nadelsticher, 1983: 59-60).

El tipo de validez que se empleó en este trabajo fue la validez de construcción o de concepto. En ella se propone una validación indirecta y suele emplearse en problemas tales como la influencia de connotaciones bio-psicosociales y culturales en la aplicación de un instrumento de medición (Nadelsticher, 1983: 60).

3.6 CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Podríamos entenderla como la congruencia, precisión, objetividad y constancia de una investigación⁸.

Significa simplemente que un conjunto de indicadores o factores latentes son consistentes en sus mediciones. En términos más formales, la confiabilidad es el grado en que un conjunto de dos o más indicadores “comparten” en sus mediciones un concepto. Los constructos altamente confiables son aquellos en los que los indicadores están altamente interrelacionados, señalando que todos ellos están midiendo el mismo constructo o factor latente (Hair, 1992: 43).

Se empleó la forma general del modelo ALPHA (α) para calcular la confiabilidad de los instrumentos. Este modelo ALPHA está basado en el cálculo del α de Cronbach y es quizás el coeficiente de confiabilidad más empleado por los investigadores (Nadelsticher, 1983: 61-62).

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

donde

k = número de ítems (preguntas, afirmaciones, reactivos.).

S_i^2 = varianza del instrumento del ítem i (subprueba, variable, columna i).

S_T^2 = varianza de la suma de los k ítems.

El valor de alpha estandarizado se define por la siguiente expresión matemática (Hair y colab. 1992: 428).

$$\alpha_i = \frac{k\bar{r}}{1 + [(k-1)\bar{r}]}$$

⁸ Congruencia: las variables y sus indicadores deben medir la misma cosa; Precisión: al reproducirse varias veces la investigación se deberán obtener los mismos resultados; Objetividad: varios experimentadores al llevar a cabo la misma investigación deberían llegar a las mismas conclusiones; y Constancia: la forma de medición del objeto no debe alterar los resultados (Nadelsticher, 1983: 58).

donde

k = número de ítems.

\bar{r} = media de las correlaciones entre los reactivos.

Los valores del α de Cronbach se definen en un rango entre 0 y 1, mientras más altos sean los valores mayor será la confiabilidad entre los indicadores. Un valor comúnmente asumido por la comunidad de científicos sociales como aceptable es de 0.70 (Hair y cols., 1992: 428).

3.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES

• **Calidad integral en la prestación del servicio.** Se refiere a lo siguiente: 1) tiempo *ex-ante* que la usuaria del servicio tiene que esperar para ser atendida; al tiempo que dura la exploración y el tiempo *ex-post* que debe esperar para conocer los resultados del examen; 2) disponibilidad de la información verbal y escrita sobre el examen que se le va a practicar y lo que hay que hacer en función de los resultados del examen; 3) comunicación sobre los resultados inmediatos posteriores a la exploración realizada y la fecha de entrega de los resultados; 4) trato recibido por empleados administrativos, enfermeras, trabajadoras sociales a la llegada al INCan y Clínica de Displasias, cuidado y delicadeza de médicos y enfermeras durante la prestación del servicio, y atención de la trabajadora social y del médico después de realizado el examen. Le llamamos integral en el sentido de que la calidad en la prestación de un servicio de salud, requiere de un trabajo coordinado y responsable.

• **Actitud.** En términos de la definición dada por Thurstone (1928: 264): "(...) denota el conjunto de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o tendencias, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones de un hombre respecto a un tema determinado."

Una actitud tiene tres componentes: 1) el *cognoscitivo*, se incluyen las creencias que se tienen acerca de un tema determinado; 2) el *emocional*, este componente se refiere a las emociones o sentimientos vinculados con el objeto o tema de la actitud. Cuando un individuo expresa sus sentimientos o emociones, éstos son también cogniciones; y 3) la *tendencia hacia la acción*, en donde se incorpora la disposición conductual del individuo a responder al tema u objeto.

3.8 MUESTREO

Para estimar la proporción de usuarias que consideraban que la prestación del servicio era de calidad y ante la imposibilidad de construir el marco poblacional por tratarse de una población abierta⁹, se procedió a determinar el tamaño de muestra en función de la siguiente información.

De las mujeres enviadas a la Clínica de Displasias del INCan durante la última semana de julio, los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y las dos

⁹ Mujeres que asisten a la Clínica de Displasias del INCan enviadas por los Centros de Salud como resultado de un diagnóstico positivo de cáncer.

primeras semanas de diciembre de 2000 se determinó el tamaño de la población (N).

Datos:

$N \cong 560$ mujeres.

$p^{10} = .5$

$1-p = q = .5$

$B = .03$ (cota de error)

Nivel de Confianza = .95

$D = B^2/4 = (.03)^2/4 = .000225$

$$n = \frac{N pq}{(N-1)D + pq}$$

$$n = \frac{560 (.5)(.5)}{559 (.000225) + .25}$$

$n = 373$ mujeres

El tamaño de muestra fue de 373 mujeres que representa el 67% del tamaño de la población. El muestreo fue no probabilístico e intencional.

Para la población de mujeres asintomáticas, se determinó emplear el muestreo aleatorio irrestricto (*maí*)¹¹, por lo que fue necesario elaborar los marcos poblacionales con las mujeres asintomáticas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: a) con una edad mayor o igual a veinticinco años y/o b) que hubieran tenido o tuvieran vida sexual activa.

Se formaron diez grupos de trabajo (de entre tres y cinco integrantes), cada uno de los cuales construyó un marco poblacional con los criterios antes señalados de mujeres conocidas de los integrantes de los grupos (esto para garantizar la aplicación de los instrumentos actitudinales, debido a que la información contenida en los mismos, es en general clasificada por las mujeres como íntima).

¹⁰ Cuando no se cuenta con información previa sobre la fracción de elementos en la población que poseen la característica de interés, que en este caso sería las respuestas *de acuerdo* se le asigna a p el valor de .5 que garantiza que al ser restado de 1 para obtener el valor de q , el producto pxq sea el máximo y esto sólo ocurre cuando ambos p y q valen .5 respectivamente. En consecuencia se obtendrá un tamaño de muestra *suficientemente* grande para contrarrestar la ausencia de información, quizás mucho más grande de lo realmente necesario para hacer la estimación del parámetro poblacional II (Scheaffer, Mendenhall y Ott. 1987: 58)

¹¹ Cuando no se cuenta con información previa sobre la fracción de elementos en la población que poseen la característica de interés, que en este caso sería las respuestas *de acuerdo* se le asigna a p el valor de .5 que garantiza que al ser restado de 1 para obtener el valor de q , el producto pxq sea el máximo y esto sólo ocurre cuando ambos p y q valen .5 respectivamente. En consecuencia se obtendrá un tamaño de muestra *suficientemente* grande para contrarrestar la ausencia de información, quizás mucho más grande de lo realmente necesario para hacer la estimación del parámetro poblacional II (Scheaffer, Mendenhall y Ott. 1987: 58)

Posteriormente se determinó el tamaño de muestra a partir de la siguiente información.

Datos:

$$p = .5$$

$$1-p = q = .5$$

$$B = .05 \text{ (cota de error)}$$

$$\text{Nivel de Confianza} = .95$$

$$D = B^2/4$$

$$n = \frac{N pq}{(N-1)D + pq}$$

GRUPO	N	n
1	68	58
2	85	70
3	50	44
4	106	85
5	125	97
6	100	80
7	60	52
8	110	87
9	105	81
10	80	67
	N=904	n=721

Tabla 3 Tamaño de muestra para las mujeres asintomáticas.

3.9 DELIMITACIÓN TEMPORAL

De febrero a diciembre de 2000.

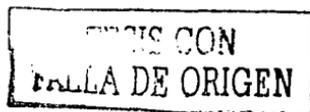
3.10 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Distrito Federal y zona conurbada.

3.11 TIPO DE ESTUDIO

Encuesta comparativa (Méndez y col. 1993:14) por las características que se presentan a continuación:

- *Prospectivo*, ya que toda la información se recogió de acuerdo con los criterios de inclusión antes señalados.
- *Transversal*, porque se midieron una sola vez las variables en los siguientes tres grupos de mujeres: usuarias del PNPCCC; asintomáticas que no se han hecho el examen del Papanicolaou y asintomáticas que al menos una vez se han realizado el examen del Papanicolaou.
- *Comparativo*, porque se trabajó con los dos últimos grupos antes mencionados para comparar las estructuras actitudinales subyacentes al examen del Papanicolaou. Este estudio comparativo fue de *causa a efecto* ya que los dos



grupos anteriores se diferenciaron entre sí, un grupo se ha practicado alguna vez el examen y el otro no, y estudiamos las actitudes para evaluar, conocer y analizar el efecto y la frecuencia de que una mujer se practique el examen del Papanicolaou dentro de cada grupo.

3.12 TIPO DE DISEÑO

Preexperimental, comparación con un grupo estático *expost-facto*¹² (Campbell y Stanley, 1991: 29, 134-135). En este diseño se pretendió hacer muestras equivalentes al incluir a todas las mujeres que tuvieran los siguientes criterios de inclusión: a) edad mayor o igual a veinticinco años y/o b) que hubieran tenido o tuvieran vida sexual activa. La representación gráfica de este diseño preexperimental sería la siguiente:

$$\begin{array}{ccc} X & & O_1 \\ \text{-----} & & \text{-----} \\ & & O_2 \end{array}$$

En donde el grupo de mujeres que se ha realizado al menos el examen del Papanicolaou (O_1) se compara con otro grupo de mujeres que no se lo han hecho (O_2), a fin de establecer el efecto de X, haberse practicado al menos una vez el examen del Papanicolaou.

3.13 PROCEDIMIENTO

Para la aplicación de los instrumentos actitudinales a las mujeres asintomáticas, se contó con el apoyo de aproximadamente sesenta alumnos del cuarto semestre de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM. Inicialmente, durante un mes se estuvo trabajando con ellos un promedio de cuatro horas a la semana para construir el marco poblacional. Se destino aproximadamente otro mes más para la aplicación de los cuestionarios con un tiempo mayor de dedicación y supervisión.

La aplicación del instrumento actitudinal y el cuestionario de evaluación de la calidad del servicio a las mujeres usuarias del PNPCCC tuvo una duración de aproximadamente cinco meses, trabajando de lunes a viernes en la Clínica de Displasias del INCan a partir de las dos de la tarde, cuando la clínica comienza a dar servicio para las mujeres enviadas por los Centros de Salud, ya que durante la mañana se atiende a la población abierta con algún padecimiento de cáncer en cualquier parte del cuerpo y/o VIH-SIDA. Para la aplicación de este instrumento se contó con la ayuda del departamento de Trabajo Social del propio Instituto, con quienes se trabajó quince días capacitándolas y explicándoles como llevar a cabo la aplicación del instrumento actitudinal y los cuestionarios de calidad.

¹² Para Campbell (1991 134, 135) los diseños *Expost-facto* están dentro de la categoría de los diseños pre-experimentales. Lo anterior implica que la exposición de la variable a investigar X carece de control, por lo tanto se recurre a un análisis de datos, ya que la situación a investigarse se encuentra enclavada en un escenario natural Y se busca con este diseño simular la experimentación por medio de un proceso pre-experimental tipo tres con el objeto de lograr una ecuación pre-X, empleando un proceso de equiparación en atributos pre-X.

3.14 ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

El análisis de datos se llevó a cabo en dos niveles, el primero de ellos fue un análisis descriptivo con objeto de conocer de manera general el comportamiento de las variables antes señaladas, para lo cual se realizaron análisis de frecuencias, se obtuvieron algunas medidas de tendencia central, de dispersión, de asimetría, de curtosis y algunas tablas de contingencia. En el segundo nivel y con objeto de evaluar la validez y consistencia de los instrumentos y del cuestionario antes mencionados, así como comprobar las hipótesis planteadas se realizaron los siguientes análisis multivariados: Análisis Factorial empleando como método de extracción Componentes Principales con rotación ortogonal, (Kendall, 1980: 52-53), eligiendo aquellas variables o reactivos con cargas factoriales $\geq .30$ y que proporcionaran en conjunto un sustento teórico-conceptual (*Ibidem*) y Análisis de Relaciones Lineales Estructurales (análisis confirmatorio).

Para conocer el coeficiente de consistencia interna del instrumento se empleó el *Alpha de Cronbach*. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con la aplicación de dos paquetes estadísticos: SPSS versión 9 (Statistical Package for Social Sciences) y LISREL versión 8.12a para Windows (Joréskog and Sörbom, 1979: 2.28 y 3.32).

Se realizaron otros análisis estadísticos como Análisis de Regresión Lineal Simple para construir el modelo que permitiera conocer la ecuación de predicción y análisis de tendencias de la morbilidad y mortandad por cáncer en el cuello del útero.

3.14.1 MUJERES USUARIAS DEL PNPCCC: EVALUACIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO

En la tabla 4 se presentan las frecuencias del instrumento de evaluación de calidad del servicio.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

REACTIVOS	MUY MAL	MAL	REGULAR	BIEN	EXCELENTE
1	3 .8%	23 6.2%	124 33.2%	189 50.7%	34 9.1%
2		9 2.4%	4 1.1%	234 62.7%	126 33.8%
3	48 12.9%	166 44.5%	22 5.9%	87 23.3%	50 13.4%
4		2 5%	8 2.1%	249 66.8%	114 30.6%
5				148 39.7%	225 60.3%
6			4 1.1%	160 42.9%	209 56.0%
7	1 .3%		9 2.4%	192 51.5%	171 45.8%

8			15 4.0%	232 62.2%	126 33.8%
9			2 .5%	206 55.3%	165 44.2%
10			4 1.1%	183 49%	186 49.9%
11			4 1.1%	188 50.4%	181 48.5%
12			12 3.2%	185 49.6%	176 47.2%
13	4 1.1%	22 5.9%	30 8.0%	200 53.6%	117 31.4%
14		1 .3%	25 6.7%	207 55.5%	140 37.5%
15	1 .3%	10 2.7%	29 7.7%	229 61.4%	104 27.9%
16	6 1.6%	61 16.4%	263 70.5%	43 11.5%	
17	4 1.1%	3 .8%	41 11.0%	236 63.3%	89 23.8%
18	1 .3%	5 1.3%	22 5.9%	252 67.6%	93 24.9%
19	4 1.1%	5 1.3%	18 4.8%	254 68.1%	92 24.7%
20	10 2.7%	61 16.4%	27 7.2%	201 53.9%	74 19.8%

Tabla 4. Respuestas a la evaluación de la calidad del servicio en una muestra de 373 mujeres usuarias del PNPCCC que asisten al INCAN.

En relación con la pregunta, ¿qué podría hacer el Instituto Nacional de Cancerología para que su estancia en este lugar fuera mejor? se obtuvo la siguiente información.

SUGERENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ES MUY LARGA LA ESPERA PARA SER ATENDIDA, QUE SE AGILICE EL SERVICIO	39	10.5
MÁS MÉDICOS PARA AGILIZAR EL SERVICIO	16	4.3
MAYOR INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER POR ESCRITO (FOLLETOS) Y VISUAL (POSTERS Y VIDEOS)	14	3.8
UNA SALA DE ESPERA MÁS GRANDE, MÁS SILLAS Y BAÑOS	8	2
QUE LOS MÉDICOS NOS DEDIQUEN MÁS TIEMPO, QUE RESPONDAN CON MAYOR AMPLITUD A NUESTRAS DUDAS, TENEMOS MUCHAS DUDAS, QUE NOS EXPLIQUEN QUE HAYA MÁS COMUNICACIÓN PACIENTE-MÉDICO	8	2
UNA MAYOR SEÑALIZACIÓN PARA LLEGAR AL CONSULTORIO DONDE SE VA A REALIZAR EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU	7	1.9
MEJORAR EL SISTEMA DE PAGO, QUE PONGAN	7	1.9

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÁS CAJAS		
AGILIZAR Y/O DECREMENTAR EL TIEMPO DE ENTREGA DE LOS RESULTADOS	7	1.9
MEJOR ORGANIZACIÓN (QUE ATIENDAN CONFORME VAN LLEGANDO)	7	1.9
DAR PLÁTICAS SOBRE EL CÁNCER Y LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO)	6	1.6
QUE CUANDO ESTÉN TOMANDO LA MUESTRA, NOS DIGAN, NOS EXPLIQUEN QUÉ ESTÁN HACIENDO	4	1.1
COBRAR MÁS	3	.8
ACEPTAR A TODOS LOS PACIENTES QUE NO TRAIGAN PASE	3	.8
QUE LIMPIEN LOS BAÑOS ESTÁN MUY SUCIOS	3	.8
DAR MENOS CITAS PARA ATENDER MÁS RÁPIDO	2	.5
TRATAR BIEN A LOS PACIENTES	2	.5
MEJORAR EL SUELDO DE LOS MÉDICOS	2	.5
QUE EL PERSONAL DE LA ENTRADA NO SEA GROSERO	2	.5
QUE UN FAMILIAR LO PUEDA ACOMPAÑAR A UNO QUE ATIENDAN "UNO Y UNO". UNA VEZ PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y LA OTRA PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS	1	.3
MÁS ATENCIÓN	1	.3
QUE EL PERSONAL LLEGUE PUNTUAL A LABORAR	1	.3
DEN INFORMACIÓN SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	1	.3
QUE EXISTA UN CONSULTORIO PARA LA REVISIÓN Y OTRO PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS	1	.3
QUE LOS RESULTADOS FUERAN MÁS CLAROS	1	.3
QUE LA ATENCIÓN SEA OPORTUNA	1	.3
QUE LO ATIENDAN A UNO EN UN LUGAR MÁS CERCANO A NUESTRA CASA	1	.3
QUE HAYA CONSULTA A DOMICILIO	1	.3
QUE NOS CITEN A UNA HORA MÁS CERCANA A LA HORA DE LA CONSULTA	1	.3
QUE EXISTA PRIVACIDAD CUANDO LE PRACTICAN A UNO EL EXAMEN	1	.3
QUE EL SERVICIO SEA TEMPRANO, POR LA MAÑANA	1	.3
MAYOR ORDEN PARA RECOGER LOS RESULTADOS	1	.3
QUE NOS ATIENDAN MUJERES MÉDICOS	1	.3
QUE NO SE SALGAN A COMPRAR COMIDA CUANDO ESTAMOS EN EL CONSULTORIO	1	.3
SIN COMENTARIOS	217	57.9
T O T A L	373	100

Tabla 5. Sugerencias de las mujeres usuarias del PNPCCC para mejorar el servicio que reciben en el INCAN.

Algunos comentarios que dieron las usuarias a la salida de su consulta médica cuando fueron a recoger sus resultados se presentan a continuación:

- Si salgo mal, que me ayuden con los gastos económicos.
- Mi esposo tuvo cuatro parejas sexuales antes que yo, por eso tengo el VPH.
- No sabía ni me imaginaba que así fuera el examen, creí que era algo peor.
- Me quitaron un peso de encima.
- Me dieron gusto mis resultados.

A la pregunta de si recomendaría a otras personas que se realizarán el examen del Papanicolaou en este Instituto de salud (INCan), los resultados fueron los siguientes:

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	368	98.7
NO	5	1.3
TOTAL	373	100.0

Tabla 6

Como una primera aproximación metodológica al desarrollo del modelo de evaluación de la calidad integral, y tomando los dos criterios anteriormente señalados para el Análisis Factorial se obtuvieron los siguientes resultados:

CARGAS FACTORIALES DE LA MATRIZ ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SERVICIO

	F1	F2	F3	F4
V1	10305	.19907	.09329	.68093
V2	13345	02426	- 04964	.66710
V3	27905	19762	05830	.71088
V4	23994	.80741	04424	28560
V5	23519	.83950	11705	24528
V6	21945	.79652	17373	- 00767
V7	.67756	06526	11361	16526
V8	.71485	33265	09110	16895
V9	.69743	42997	04382	20012
V10	.70226	44969	06399	17919
V11	.73302	26933	10730	01825
V12	.70016	- 03495	12463	18412
V13	10840	08071	.81019	- 02313
V14	08914	12283	.84673	11635
V15	13866	07348	.84870	00317

Tabla 7. Distribución de frecuencias del instrumento de calidad del servicio

NOTA Las variables cuyas cargas factoriales aparecen con negritas se incluyeron en cuatro factores o variables latentes para el análisis de Ecuaciones Lineales Estructurales

Donde

V1= Se le dio una breve explicación sobre el examen del Papanicolaou.

V2 = Disponibilidad de material impreso explicando en qué consiste el examen del Papanicolaou.

V3 = Se le respondió a las preguntas que Ud. hizo.

V4 = Recibió un trato amable del personal de Trabajo Social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- V5 = Recibió un trato amable del personal de enfermería.
 V6 = Recibió un trato amable del personal administrativo.
 V7 = Limpieza del lugar donde se le practicó el examen.
 V8 = Apariencia física de quien le practicó el examen.
 V9 = Trato de quien le practicó el examen.
 V10 = Trato del ayudante de quien le practicó el examen.
 V11 = Cuidado/delicadeza al practicar el examen.
 V12 = Comunicación sobre la exploración realizada.
 V13 = Comunicación clara sobre los resultados del examen del Papanicolaou.
 V14 = Sus preguntas fueron respondidas.
 V15 = Se le informó sobre lo que hay que hacer.

 COMUNALIDADES Y VALORES PROPIOS (EIGENVALORES)¹³

VARIABLES	COMUNALIDAD	FACTOR	VALOR PROPIO (EIGENVALOR)	% de VARIANZA	% DE VARIANZA ACUMULADA
V1	52262	1	5 66468	37.8	37.8
V2	46588	2	1 92225	12.8	50.6
V3	62567	3	1 20788	8.1	58.7
V4	79300	4	1.10230	7.3	66
V5	83393				
V6	71285				
V7	50356				
V8	65851				
V9	71324				
V10	73160				
V11	62171				
V12	54088				
V13	67521				
V14	75353				
V15	74493				

Tabla 8

¹³ Los factores y_1, y_2, \dots, y_k son llamados *factores comunes* o simplemente *factores* porque miden atributos que son comunes a dos o más variables. Los e_1, e_2, \dots, e_p se llaman *residuos* o *factores únicos*. Un factor único es usualmente considerado como una suma de *errores de medición* y un *factor específico*. Ni los errores de medición ni el factor específico contribuyen a cualquier correlación entre variables. Cada ecuación en:

$$x_1 = \lambda_{11}y_1 + \lambda_{12}y_2 + \dots + \lambda_{1k}y_k + e_1$$

$$x_2 = \lambda_{21}y_1 + \lambda_{22}y_2 + \dots + \lambda_{2k}y_k + e_2$$

$$x_p = \lambda_{p1}y_1 + \lambda_{p2}y_2 + \dots + \lambda_{pk}y_k + e_p$$

descompone a la variable x_i en dos partes no correlacionadas: $x_i = c_i + e_i$, donde c_i se llama *parte común*. Dado que la parte común c_i y e_i no están correlacionadas, esta ecuación también particiona la varianza de x_i como:

$$\text{var}(x_i) = \text{var}(h_i) + \text{var}(e_i)$$

a la $\text{var}(h_i)$ se le llama *varianza común* o *comunalidad* de x_i y a la $\text{var}(e_i)$ se le llama *varianza única* o la *especificidad* de x_i . La *comunalidad* de una variable es la proporción que una variable contribuye a la explicación de la varianza total de los factores comunes.

Se aplicó el análisis de confiabilidad (*Reliability Analysis*) al cuestionario de calidad. Para el factor latente F1, integrado por las variables V7, V8, V9, V10, V11 y V12 la matriz de correlación y los valores *alpha* fue la siguiente.

MATRIZ DE CORRELACIÓN Y VALORES ALPHA PARA F1

VARIABLES	V7	V8	V9	V10	V11	V12
V7	1.0					
V8	.5162	1.0				
V9	.4385	.6853	1.0			
V10	.4532	.6268	.7778	1.0		
V11	.3951	.5252	.5538	.5932	1.0	
V12	.3746	.3958	.4058	.4329	.4840	1.0

Tabla 9

n = 373

$\alpha = .8416$

$\alpha_s = .8622$

Para el factor latente F2 integrado por las variables V4, V5 y V6, la matriz de correlación y los valores de *alpha* fue la siguiente:

MATRIZ DE CORRELACIÓN Y VALORES ALPHA PARA F2

VARIABLES	V4	V5	V6
V4	1.0		
V5	.7749	1.0	
V6	.5968	.6675	1.0

Tabla 10

n = 373

$\alpha = .8604$

$\alpha_s = .8643$

Para el factor latente F3 integrado por las variables V13, V14 y V15, la matriz de correlación y los valores de *alpha* fue la siguiente:

MATRIZ DE CORRELACIÓN Y VALORES ALPHA PARA F3

VARIABLES	V13	V14	V15
V13	1.0		
V14	.5543	1.0	
V15	.5559	.6416	1.0

Tabla 11

n = 373

$\alpha = .8054$

$\alpha_s = .8081$

Y para el factor latente F4, la matriz de correlaciones y los valores *alpha* fue la siguiente:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATRIZ DE CORRELACIÓN Y VALORES ALPHA
PARA F4

VARIABLES	V1	V2	V3
V1	1.0		
V2	.1665	1.0	
V3	.4190	.3017	1.0

Tabla 12

n = 373

 $\alpha = .4306$ $\alpha_s = .5575$

La matriz de correlación y los valores de *alpha* para las 15 variables observadas (reactivos) fue la siguiente:

MATRIZ DE CORRELACIÓN Y VALORES ALPHA DE LA EVALUACIÓN DE LA
CALIDAD DEL SERVICIO

VAR.	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15
V1	1.0														
V2	.1665	1.0													
V3	.4190	.3017	1.0												
V4	.3189	.2540	.4134	1.0											
V5	.3484	.2276	.3749	.7749	1.0										
V6	.1681	.1266	.2384	.5968	.6675	1.0									
V7	.1813	.2045	.2919	.3162	.2978	.2682	1.0								
V8	.2667	.2067	.3987	.4399	.4735	.4317	.5162	1.0							
V9	.3334	.2123	.3958	.5388	.5356	.4191	.4385	.6853	1.0						
V10	.2860	.2006	.4293	.5711	.5535	.4387	.4532	.6268	.7778	1.0					
V11	.2323	.1294	.2772	.3940	.4253	.3720	.3951	.5252	.5538	.5932	1.0				
V12	.1948	.2073	.2931	.2474	.2618	.2483	.3746	.3958	.4058	.4329	.4840	1.0			
V13	.0944	-.0179	.0732	.1510	.1847	.1865	.1676	.1997	.1528	.1484	.1879	.1405	1.0		
V14	.1532	.0503	.1630	.1823	.2588	.2523	.2049	.2080	.1857	.2096	.1719	.1796	.5543	1.0	
V15	.0848	.0173	.1161	.1313	.1777	.2439	.1491	.1807	.1864	.2158	.2222	.1874	.5559	.6416	1.0

Tabla 13

n = 373

 $\alpha = .8335$ $\alpha_s = .8709$

Los cuatro factores latentes se llamaron:

F1: Tipo ideal de atención.

F2: Trato de los prestadores del servicio *ex-ante*.F3: Comunicación médico-usuario del servicio *ex-ante*.

F4: Información escrita y oral entre usuario e institución.

CARGAS FACTORIALES Y FACTORES LATENTES PARA EL INSTRUMENTO
ACTITUDINAL DE CALIDAD DEL SERVICIO DEL GRUPO DE MUJERES
USUARIAS DEL PNPCC n = 373



F1: TIPO IDEAL DE ATENCIÓN

Limpieza del lugar donde se le practicó el examen.	.67756
Apariencia física de quien le practicó el examen.	.71485
Trato de quien le practicó el examen.	.69743
Trato del ayudante de quien le practicó el examen.	.70226
Cuidado/delicadeza al practicar el examen.	.73302
Comunicación sobre la exploración realizada.	.70016
Porcentaje de varianza explicada	37.8%

F2: TRATO DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO EX-ANTE

Recibió un trato amable del personal de Trabajo Social.	.80741
Recibió un trato amable del personal de enfermería.	.83950
Recibió un trato amable del personal administrativo	.79652
Porcentaje de varianza explicada	12.8%

F3: COMUNICACIÓN MÉDICO-USUARIO DEL SERVICIO EX-POST

Comunicación clara sobre los resultados del examen del Papanicolaou.	.81019
Sus preguntas fueron respondidas.	.84673
Se le informó sobre lo que hay que hacer.	.84870
Porcentaje de varianza explicada	8.1%

F4: INFORMACIÓN ESCRITA Y ORAL ENTRE USUARIO E INSTITUCIÓN

Se le dio una breve explicación sobre el examen del Papanicolaou.	.68093
Disponibilidad del material impreso explicando en qué consiste el examen del Papanicolaou.	.66710
Se le respondió a las preguntas que Ud. hizo.	.71088
Porcentaje de varianza explicada	7.3%
Porcentaje de varianza total explicada	66%

Tabla 14

13.14.1.1 MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES (SEM)

El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) generalmente llamado *Modelo de Ecuaciones Estructurales* (SEM) hace referencia a la contrastación de modelos complejos en donde se analiza la estructura de las relaciones funcionales entre variables observadas y variables o factores latentes.

Las relaciones funcionales son parámetros que indican la magnitud del efecto -directo o indirecto- que las variables independientes tienen sobre las variables dependientes. En esta perspectiva un modelo de ecuaciones lineales estructurales puede considerarse como una serie de ecuaciones de regresión lineal que relaciona variables dependientes e independientes. Los coeficientes que determinan las relaciones, son generalmente los parámetros que deseamos conocer.

En suma, el SEM tiene como propósito, explicar la correlación o varianza estructural entre las variables x y y . El SEM al presuponer una estructura definida *a priori*, puede considerarse como un modelo de medición, ya que es necesario especificar qué variables observadas son necesarias para medir las variables latentes.

Los modelos de ecuaciones lineales estructurales son representaciones matemáticas de relaciones hipotetizadas entre un conjunto de variables.

La notación matricial del SEM es la siguiente (Marcoulides y Hershberger, 1997: 212-214).

$$y = \Lambda \xi + e$$

donde

y = puntajes de las variables observadas

Λ = matriz de cargas de la estructura factorial

ξ = factores comunes

e = errores de medición en las variables observadas

MATRIZ DE CORRELACIONES POLICÓRICAS¹⁴ DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

VAR	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15
V1	1.0														
V2	.24	1.0													
V3	.56	.38	1.0												
V4	.53	.36	.61	1.0											
V5	.53	.29	.52	.86	1.0										
V6	.30	.17	.34	.74	.78	1.0									
V7	.28	.27	.39	.46	.41	.38	1.0								
V8	.42	.26	.54	.63	.64	.59	.67	1.0							
V9	.50	.26	.53	.73	.69	.56	.59	.88	1.0						
V10	.42	.25	.57	.74	.68	.56	.59	.78	.94	1.0					
V11	.35	.16	.37	.53	.55	.50	.52	.68	.70	.72	1.0				
V12	.31	.23	.43	.40	.39	.38	.51	.57	.57	.61	.64	1.0			
V13	.17	.00	.14	.25	.29	.30	.26	.32	.25	.23	.30	.21	1.0		
V14	.24	.07	.24	.29	.38	.36	.29	.32	.29	.31	.26	.24	.68	1.0	
V15	.13	.02	.18	.25	.28	.37	.23	.30	.31	.32	.33	.24	.69	.76	1.0

Tabla 15

VALORES DE $\hat{\lambda}_{pk}$ (MÍNIMOS CUADRADOS PONDERADOS) DE LAS VARIABLES EN LOS FACTORES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

	F1	F2	F3	F4
V1				.61 (0.07) 8.43

¹⁴ Suponga z_1 y z_2 dos variables ordinales con variables continuas subyacentes z'_1 y z'_2 respectivamente. Asumiendo que z'_1 y z'_2 tienen una distribución normal bivariada, su correlación es llamada *coeficiente de correlación policórica*. (Jöreskog and Sörbom, 1988 :193).



V2				.46 (0.05) 9.49
V3				.76 (0.06) 12.30
V4		.99 (0.02) 58.05		
V5		1.00 (0.02) 57.39		
V6		.96 (0.05) 19.45		
V7	.76 a (0.04) b 17.20 c			
V8	1.00 (0.02) 53.67			
V9	0.97 (0.01) 73.62			
V10	0.99 (0.01) 71.45			
V11	0.88 (0.04) 21.30			
V12	0.76 (0.03) 22.20			
V13			0.75 (0.08) 9.84	
V14			0.88 (0.04) 19.83	
V15			0.90 (0.03) 29.26	

Tabla 16

donde

a: cargas factoriales

b: error estándar

c: valores *t* (de Student)

Valores $\hat{\varphi}_i$ (correlación entre los cuatro factores o variables latentes de la evaluación de la calidad del servicio).

FACTORES	F1	F2	F3	F4
F1	1.00			
F2	.84 a (0.03) b 29.35 c	1.00		
F3	.49 (0.05) 10.65	.44 (0.05) 8.84	1.00	
F4	.87 (0.05) 17.03	.82 (0.06) 13.91	.45 (0.07) 6.62	1.00

Tabla 17

donde

a: cargas factoriales

b: error estándar

c: valores *t* (de Student)

Correlaciones múltiples al cuadrado de las quince variables o factores latentes de evaluación de la calidad del servicio:

CORRELACIONES MÚLTIPLES AL CUADRADO

V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15
.37	.21	.58	.98	1.00	.92	.57	.99	.94	.97	.78	.57	.57	.78	.82

Tabla 18

A continuación presentamos gráficamente el Análisis de Senderos (*Path Analysis*) de la evaluación de la calidad del servicio que se obtuvo al aplicar el *Modelo de Ecuaciones Estructurales*.

Simbolos empleados en el Análisis de Senderos:



Variable latente



Variable observada



Relación (unidireccional) causal entre dos variables

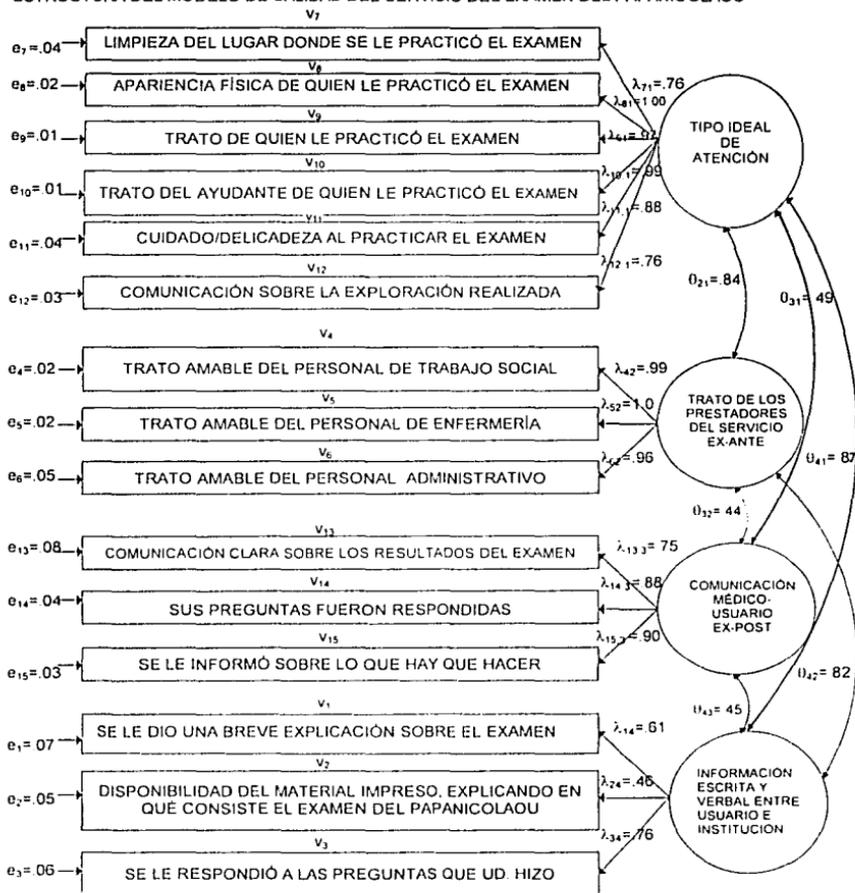


Correlación simple entre dos variables



Error de medición en la variable observada

ESTRUCTURA DEL MODELO DE CALIDAD DEL SERVICIO DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

3.14.2 ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE DEL MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

Hay una gran cantidad de índices que se han propuesto para precisar el ajuste del SEM. Las principales razones que obedecen a ello son las siguientes (Marcoulides y Herhberger, 1997: 242, 243): una de ellas se refiere a que aunque la gran mayoría definen estos índices en términos de la discrepancia entre el modelo observado y el modelo propuesto, hay otros que combinan diversos índices bajo el criterio de parsimonia, es decir, se prefieren los modelos más sencillos, ya que son quienes en general logran un mejor ajuste.

Hay también otros criterios que definen la bondad del ajuste en términos de la *complejidad* del modelo. Este modelo combina tres criterios: a) menor discrepancia entre el modelo observado y el modelo propuesto; b) parsimonia y c) pequeñas variaciones muestrales de los parámetros estimados.

Unos cuantos más definen la bondad de ajuste en términos del número de modelos equivalentes al propuesto.

Otra razón es que, muchos de los índices se ven afectados explícita o implícitamente por el tamaño de la muestra. En teoría, el ajuste de un modelo debería ser independiente del tamaño de la muestra.

Una última razón se refiere a que se parte del supuesto improbable de que algunos índices emplean de manera central a la distribución *ji-cuadrado* (χ^2) lo cual implica que el modelo es perfectamente cierto o verdadero. Desafortunadamente la cuestión "perfectamente" de este supuesto, probablemente nunca ocurrirá en la práctica. Un supuesto matemático del modelo más razonable es que el modelo es "aproximadamente" cierto o verdadero, lo cual sugiere que el uso no central de la distribución χ^2 como índice de ajuste no sea el único indicador.

A continuación presentaremos diversos índices de ajuste categorizados en pruebas de significancia, descriptivas y de información.

Dentro de la primera categoría, es decir, pruebas de significancia se obtuvo la *ji-cuadrado*¹⁵ para confirmar la bondad del modelo de calidad en la siguiente hipótesis nula:

H_0 = Los datos son consistentes con el modelo propuesto.

En términos matemáticos sería: $H_0 : \Sigma = \hat{\Sigma}$

Con un valor de $\chi^2 = 110.38$ con 48 grados de libertad ($gl = 48$) y un valor de $P = .028$ se rechaza la H_0 con un nivel de confianza del .982 y esto en términos prácticos implica el rechazo al modelo propuesto de cuatro factores porque este proyecto no se ajusta a los variables observadas. Sin embargo Jöreskog y Sörbom (1988: 44, 45) han señalado conjuntamente con otros autores como Marcoulides y Herhberger (1997: 243, 244) y Stevens (1996: 396, 397) que desafortunadamente el estadístico χ^2 empleado en el modelo SME es muy

¹⁵ $\chi^2 = (n - 1) F(S; \Sigma)$ con $gl = S(p(p + 1)/2)$ el número de parámetros estimados (Stevens, 1996: 403)

sensible al tamaño de la muestra, así que, con un tamaño de muestra grande –como es nuestro caso $n = 373$ – casi siempre cualquier hipótesis será rechazada, esto es, que la matriz original en la población es igual a la matriz reproducida de nuestro modelo. Cuando n aumenta, el valor de χ^2 se incrementará a un punto en el que, para un valor n grande, aún las diferencias triviales entre S y Σ serán significativas.

Por ello, Jöreskog en 1969 (en Stevens, 1996: 403) recomendó que la prueba χ^2 sea empleada más como un índice descriptivo de ajuste que como una prueba estadística. En este sentido, Sörbon y Jöreskog han incluido otros índices de ajuste al modelo en su programa computacional Linear Structural Relations (LISREL).

A continuación presentaremos los índices que otros autores han reconocido como los más importantes para evaluar la bondad del ajuste del modelo propuesto.

INDICES ESTADÍSTICOS DE BONDAD DE AJUSTE DEL MODELO DE CALIDAD EN
LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

EXPECTED CROSS-VALIDATION INDEX (ECVI) = 0.49
NORMED FIT INDEX (NFI) = 0.99
PARSIMONY NORMED FIT INDEX (PNFI) = 0.79
COMPARATIVE FIT INDEX (CFI) = 1.00
CRITICAL N (CN) = 395.53
ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL (RMR) = 0.12
GOODNESS OF FIT INDEX (GFI) = 0.99
ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX (AGFI) = 0.99

Tabla 19

El índice $ECVI = \chi^2 / (n - 1) + 2(l/(n - 1))$ es un coeficiente de validación cruzada esperado, que se aplica a la muestra total para evaluar el grado en el que un conjunto de parámetros, es estimado en una muestra que debería también ajustar los parámetros que se están estimando en otra muestra similar. Valores pequeños como el que obtuvimos de 0.49 nos indican que hay una mayor probabilidad de que el modelo será validado en otra muestra del mismo tamaño (Stevens, 1996: 405).

El índice $NFI = \frac{\chi_b^2 - \chi_m^2}{\chi_b^2}$ representa el incremento en el ajuste obtenido empleando el modelo hipotetizado m contrastado con el modelo nulo b . El rango de valores de este índice se encuentra entre cero y uno; valores altos indican un mayor perfeccionamiento relativo en el ajuste; valores considerados mayores a .9 son generalmente considerados como indicativos de un buen ajuste (Stevens, 1996: 405 y Marcoulides & Hershberger, 1997: 246). En nuestro caso el valor de NFI = 0.99 nos indica un ajuste casi perfecto.

El índice $PNFI = (df_1/df_0)(1 - F_1/F_0)$ es un coeficiente de parsimonia que corrige al NFI por la sobreparametrización que ocurre cuando podemos siempre mejorar el

ajuste, si añadimos más parámetros al modelo. El valor obtenido de 0.79 podríamos interpretarlo como bueno, en el campo de las Ciencias Sociales (Stevens, 1996: 405).

El índice $CFI = \left| \frac{(\chi_b^2 - g^l_b) - (\lambda_m^2 - g^l_m)}{\chi_b^2 - g^l_b} \right|$ compensa la tendencia del NFI al señalar equivocadamente un falta de ajuste en el caso de muestras pequeñas, también compara el modelo propuesto con el modelo nulo. Este coeficiente toma valores entre 0 y 1. En nuestro caso el valor obtenido $CFI=1.00$ nos indica un ajuste perfecto (Marcoulides y Hershberger, 1997: 247).

El índice $CN = \frac{\text{valor crítico } \chi^2}{F} + 1$, Hoelter (citado en Marcoulides y Hershberger 1997: 247) sugiere que si $CN \geq 200$ nos indica un buen ajuste. En nuestro modelo el valor obtenido fue de $CN= 395.53$ por lo tanto podemos decir que tenemos un buen ajuste.

El índice $RMR = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^q \sum_{j=1}^l (s_{ij} - \hat{s}_{ij})^2}{\sum_{j=1}^l q(q+1)}}$ proporciona un resumen general de la magnitud de los residuos. La magnitud del RMR depende también de la escala o nivel de medición de las variables observadas, un valor de $RMR \leq 0.05$ indica un buen ajuste cuando se han empleado las covarianzas, lo que implica un nivel de medición mínimo intervalar. En nuestro caso dado que empleamos correlaciones policóricas debemos esperar que el valor de RMR sea mayor al 0.05 Para el modelo de calidad el valor obtenido fue de $RMR= 0.12$ lo que nos hace suponer un buen ajuste (Marcoulides y Hershberger, 1997: 247).

El índice de bondad de ajuste $GFI = 1 - \frac{tr[(\hat{S}^{-1}S - Y)^2]}{tr[\hat{S}^{-1}S^2]}$ mide la cantidad relativa de las varianzas y covarianzas en S que son predecibles de S. El índice GFI toma valores entre 0 y 1, entre mayor sea el valor de este índice mejor será el ajuste, particularmente valores $> .90$ son considerados generalmente como indicadores de un muy buen ajuste (Marcoulides y Hershberger, 1997: 247). En el modelo de calidad el valor obtenido de $GFI = 0.99$ nos señala un ajuste casi perfecto.

Finalmente el índice $AGFI = 1 - \frac{[q(q+1)]}{2gl} (1 - GFI)$, se ajusta por los grados de libertad, entonces modelos con muchos parámetros tendrán valores bajos en este índice. Toma valores entre 0 y 1, para valores superiores a .90 podemos decir que hay un buen ajuste (Marcoulides y Hershberger, 1997: 247 y Stevens, 1997: 404, 405). En el modelo de calidad propuesto el valor obtenido para $AGFI = .99$ nos indica un ajuste casi perfecto. En suma, el modelo de evaluación de calidad propuesto en este trabajo es definitivamente muy bueno.

3.14.3 INSTRUMENTO ACTITUDINAL HACIA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER

A continuación presentamos las principales estadísticas descriptivas.

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL INSTRUMENTO ACTITUDINAL SOBRE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y CÁNCER

NÚM. De REACTIVO EN EL INSTRUMENTO	A	I	D	Mediana	Modo	Curtosis	Coef. de Asimetría
(12)	134 35.9 %	12 3.2%	227 60.9%	3	3	-1.704	-.517
(13)	213 57.1 %	7 1.9%	153 41.0%	1	1	-1.883	.327
(14)	189 50.7 %	23 6.2%	161 43.2%	1	1	-1.921	-.151
(15)	189 50.7 %	6 1.6%	178 47.7%	1	1	-1.991	.059
(16)	140 37.5 %	31 8.3%	202 54.2%	3	3	-1.799	.337
(17)	84 22.5 %	6 1.6%	283 75.9%	3	3	-.366	-1.266
(18)	220 59%	59 15.8 %	94 25.2%	1	1	-1.258	.709
(19)	36 9.7%	18 4.8%	319 85.5%	3	3	3.727	-2.325
(20)	119 31.9 %	49 13.1 %	205 55%	3	3	-1.615	-.471
(21)	60 16.1 %	7 1.9%	306 82%	3	3	1.169	-1.761
(22)	46 12.3 %	7 1.9%	320 85.8%	3	3	2.828	-2.173
(23)	162 43.4 %	29 7.8%	182 48.8%	2	3	-1.913	-.108
(24)*	37 9.9%	6 1.6%	243 65.1%	3	3	-1.218	-.808
(25)*	238 63.8 %	4 1.1%	44 11.8%	1	1	1.119	1.148
(26)	360 96.5 %	7 1.9%	6 1.6%	1	1	35.650	5.934

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(27)	284 76.1 %	14 3.8%	75 20.1%	1	1	-0.075	1.357
(28)	356 95.4 %	10 2.7%	7 1.9%	1	1	27.110	5.186
(29)	53 14.2 %	47 12.6 %	273 73.2%	3	3	.431	-1.437
(30)	347 93%	7 1.9%	19 5.1%	1	1	12.135	3.697
(31)	150 40.2 %	44 11.8 %	179 48%	2	3	-1.849	-156
(32)	208 55.8 %	83 22.2 %	82 22.0%	1	1	-1.149	.693
(33)	341 91.4 %	5 1.3%	27 7.3%	1	1	8.001	3.129
(34)	298 79.9 %	40 10.7 %	35 9.4%	1	1	2.323	1.946
(35)	103 27.6 %	11 2.9%	259 69.5%	3	3	-1.107	-924
(36)	239 64.1 %	14 3.7%	120 32.2%	1	1	-1.503	.675
(37)	52 13.9 %	6 1.6%	315 84.5%	3	3	2.061	-1.996
(38)	5 1.3%	5 1.3%	363 97.4%	3	3	46.519	-6.764
(39)	12 3.2%	22 5.9%	339 90.9%	3	3	11.769	-3.514
(40)	44 11.8 %	20 5.4%	309 82.8%	3	3	2.324	-2.016
(41)	197 52.8 %	15 4%	161 43.2%	1	1	-1.929	.195
(42)	313 83.9 %	19 5.1%	41 11.0%	1	1	2.806	2.128
(43)	181 48.5 %	14 3.8%	178 47.7%	2	2	-1.971	.016
(44)	194 52.0 %	23 6.2%	156 41.8%	1	1	-1.900	.205
(45)	260 69.7 %	10 2.7%	103 27.6%	1	1	-1.097	.931
(46)	258	17	98	1	1	-1.026	.952

	69.2 %	4.6%	26.2%				
--	-----------	------	-------	--	--	--	--

Tabla 20

$n = 373$

A= De acuerdo, I= Indiferente, D= Desacuerdo

* sin respuesta 87 casos que representan 23.3%

Estos reactivos fueron sometidos al Análisis Factorial empleando como método de extracción Componentes Principales con rotación ortogonal (Kendall, 1980: 52, 53), eligiendo aquellos con cargas factoriales $\geq .30$ y que proporcionaran en conjunto un sustento teórico-conceptual (*Ibidem*). Previamente fueron eliminados aquellos reactivos o variables observadas con valores para la curtosis y/o el coeficiente de asimetría $|\geq 2|$ ya que no hacerlo podría llevarnos a resultados incorrectos en la estimación del modelo (Muthen y Kaplan, 1992 y Potthast, 1993). Los reactivos eliminados fueron los siguientes: v8, v11, v15, v17, v19, v22, v23, v26, v27, v28, v29 y v31.

Los resultados de este análisis se presentan a continuación.

**CARGAS FACTORIALES Y FACTORES LATENTES DEL INSTRUMENTO
ACTITUDINAL HACIA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER EN EL
GRUPO DE MUJERES USUARIAS DEL PNPCCC QUE ASISTEN AL INCAN
($n = 373$)**

FACTOR 1: *Sentimientos hacia el examen*

(12)¹⁶ Temo al examen del Papanicolaou por el dolor físico que me causará: 0.66789

(13) Me atemorizan los resultados del Papanicolaou, por eso no he acudido a realizármelo: 0.70101

(23) Es muy molesto que un médico hombre me practique el examen del Papanicolaou: 0.41877

Porcentaje de varianza explicada 12.0%

FACTOR 2: *Negación hacia el examen y el cáncer*

(15) Ante la posibilidad de tener cáncer, no deseo se me practique el examen del Papanicolaou: 0.75820

(20) No puedo pagar el examen del Papanicolaou: 0.61292

(15) El cáncer no es una enfermedad para mí: 0.67155

Porcentaje de varianza explicada 7.9%

FACTOR 3: *Religión-destino y abnegación*

(35) Dios es quien determina los hijos que debo tener: 0.72181

(36) Dios es el único que decidirá el día de mi muerte: 0.67830

(41) No importa que yo enferme con tal de que mi familia goce de buena salud: 0.55632

Porcentaje de varianza explicada 7.1%

¹⁶ Número del reactivo en el instrumento actitudinal.

FACTOR 4: *Involucramiento de la pareja*

(24) Mi esposo o compañero le molesta que yo me realice el examen del Papanicolaou: 0.82846

(25) Mi esposo o compañero conoce la importancia de realizarme el examen del Papanicolaou: 0.80881

Porcentaje de varianza explicada 6.1%

FACTOR 5: *Mecanismos de defensa*

(14) No soportaría que me dijeran que tengo cáncer: 0.55252

(18) Por desidia no me he realizado el examen del Papanicolaou: 0.36500

(45) Si tuviera cáncer sería mi culpa por no haberme cuidado: 0.56392

Porcentaje de varianza explicada 5.2%

FACTOR 6: *Mitos y creencias*

(29) El cáncer es una enfermedad contagiosa: 0.61464

(31) Los enfermos de cáncer son rechazados por la sociedad: 0.74647

Porcentaje de varianza explicada 4.7%

FACTOR 7: *Información*

(27) El examen del Papanicolaou detecta principalmente el cáncer: 0.43849

(32) El cáncer es hereditario: 0.77379

Porcentaje de varianza explicada 4.6%

Estos siete factores dan un porcentaje de varianza explicada del 47.6%

Para estos seis factores latentes se llevó a cabo el Análisis de Consistencia Interna mediante el estadístico *alpha de Cronbach* obteniendo un valor de $\alpha = 0.6119$

Los resultados obtenidos para la validez y la consistencia fueron bajos, por lo que esta estructura deberá ser considerada sólo como una aproximación para entender la actitud hacia el examen del Papanicolaou y el cáncer.

A continuación se presentan análisis descriptivos de las variables sociodemográficas.

EDAD

Años cumplidos	Frecuencia	porcentaje
16	3	.8
17	3	.8
18	7	1.9
19	9	2.4
20	6	1.6
21	7	1.9
22	15	4.0
23	15	4.0
24	12	3.2
25	6	1.6
26	13	3.5
27	14	3.8
28	11	2.9
29	10	2.7
30	13	3.5
31	11	2.9
32	14	3.8
33	12	3.2
34	13	3.5
35	12	3.2
36	9	2.4
37	11	2.9
38	9	2.4
39	10	2.7
40	15	4.0
41	8	2.1
42	9	2.4
43	7	1.9
44	13	3.5
45	11	2.9
46	9	2.4
47	4	1.1
48	4	1.1
49	7	1.9
50	9	2.4
51	2	.5
52	3	.8
53	2	.5
54	3	.8
55	1	.3
56	1	.3
59	3	.8
60	2	.5
61	2	.5
62	1	.3

$\bar{X} = 35$ años
 Med = 34 años
 Modo = 22, 23 y 24 años
 $\sigma = 11.627$
 CV = 33%
 $n = 373$

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

63	2	.5
65	7	1.9
66	1	.3
75	1	.3
77	1	.3
Total	373	100.0

Tabla 21

ESTADO CIVIL

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	62	16.6
CASADA	187	50.2
DIVORCIADA	13	3.5
UNIÓN LIBRE	80	21.4
VIUDA	11	2.9
SEPARADA	20	5.4
TOTAL	373	100.0

Tabla 22

NÚMERO DE HIJOS (vivos y muertos)

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	52	13.9
1	61	16.4
2	86	23.1
3	77	20.6
4	44	11.8
5	16	4.3
6	15	4.0
7	11	2.9
8	3	.8
10	2	.5
11	1	.3
12	4	1.1
13	1	.3
TOTAL	373	100.0

Tabla 23

$$\bar{X} = 2.689$$

$$\text{Med.} = 2$$

$$\text{Modo} = 2$$

$$\sigma = 2.225$$

$$n = 373$$

OCUPACIÓN

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESIONISTA	8	2.1
EST TÉCNICOS	3	.8
AMA DE CASA	240	64.3
OTROS ⁽¹⁾	122	32.8

Tabla 24

(1) Campesina, ayudante de cocina, cajera, comerciante, sexo-servidora, peluquera, secretaria, planchadora, sirvienta, desempleada, costurera, modista, agente de ventas, estudiante, recepcionista, teje palma, comercio, empleada de una estética.

DELEGACIÓN POLÍTICA Y ZONA CONURBADA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÁLVARO OBREGÓN	34	9.1
AZCAPOTZALCO	5	1.3
BENITO JUÁREZ	3	.8
COYOACÁN	24	6.4
CUAJIMALPA	8	2.1
CUAUHTÉMOC	19	5.1
GUSTAVO MADERO	17	4.6
IZTACALCO	17	4.6
IZTAPALAPA	24	6.4
MAGDALENA CONTRERAS	3	.8
MIGUEL HIDALGO	6	1.6
MILPA ALTA	14	3.8
TLÁHUAC	18	4.8
TLALPAN	45	12.1
VENUSTIANO CARRANZA	29	7.8
XOCHIMILCO	8	2.1
ZONA CONURBADA Y PROVINCIA	99	26.6
TOTAL	373	100.0

Tabla 25

¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN FAMILIAR CON CÁNCER?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	113	30.3
NO	260	69.7
TOTAL	373	100.0

Tabla 26

NÚMERO DE VECES QUE SE HA HECHO EL
EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	5	1.3
1	90	24.2
2	62	16.6
3	46	12.3
4	40	10.7
5	26	7.0
6	30	8.0
7	4	1.1
8	10	2.7
9	2	.5
10	22	5.9
11	3	.8
12	4	1.1
13	1	.3
14	2	.5
15	11	2.9

$\bar{X} = 4.659$
 Mediana = 3
 Modo = 1
 $\sigma = 4.6$
 CV. = 99%
 $n = 373$

TESIS CON
 FOLIO DE ORIGEN

16	3	.8
18	1	.3
19	1	.3
20	6	1.6
24	2	.5
25	1	.3
Sin respuesta	1	.3
TOTAL	373	100.0

Tabla 27

¿SE HA HECHO EL PAPANICOLAOU EN EL ÚLTIMO AÑO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	360	96.5
NO	13	3.5
TOTAL	373	100.0

Tabla 28

¿EN DÓNDE SE HA HECHO EL PAPANICOLAOU?

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTROS DE SALUD	272	72.9
ISSSTE, IMSS	18	4.8
MÉDICO PARTICULAR	8	2.1
OTROS ^(*)	29	7.8
COMBINACIÓN DE LAS ANTERIORES	44	11.9
SIN RESPUESTA	2	.5
TOTAL	373	100.0

Tabla 29

(*) Reclusorio, UNAM-centro médico, unidad móvil, INCAN, Hospital de PEMEX, Laboratorios del Chopo, Hospital Gea González, Centro Médico Naval y laboratorios privados.

La siguiente tabla de contingencia muestra el número de veces que se han realizado el examen del Papanicolaou y la edad agrupada en cinco intervalos.

FRECUENCIA DEL NÚMERO DE VECES QUE SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAOU Y LA EDAD^(*) DEL GRUPO DE MUJERES USUARIAS DEL PNPCCC (n = 373)

EDAD/VECES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	19	20	24	25
16-24	1	43	17	8	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-34	3	29	21	19	12	10	8	2	0	2	7	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
35-44	1	11	17	12	14	8	11	0	6	0	8	2	2	1	1	5	1	0	1	2	0	0
45-64	0	5	6	6	9	4	9	2	4	0	7	0	1	0	1	4	1	1	0	2	2	1
≥ 65	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
TOTAL	5	91	62	46	40	26	30	4	10	2	22	3	4	1	2	11	3	1	1	6	2	1
%	1	24	17	12	11	7	8	1	3	.5	6	.8	1	.2	.5	3	.8	.2	.2	2	.5	.2

Tabla 30

n = 372 (se presentó un caso que no dio respuesta)

(*) La edad se agrupó de la misma manera que lo lleva a cabo el INEGI en sus estadísticas sobre salud y también lo considera el PNPCC en el diseño de sus metas de atención por grupos de edad.

En esta tabla podemos apreciar que las mujeres de 45 años o más presentan baja adherencia a realizarse el examen del Papanicolaou, de acuerdo a las normas médicas vigentes¹⁷.

3.14.4 MUJERES ASINTOMÁTICAS (POBLACIÓN ABIERTA)

De un total de 721 mujeres (tamaño de la muestra) se encontró que 237 mujeres no se han practicado el examen del Papanicolaou, lo que representa el 32.9%, cifra que coincide con otras investigaciones sobre este asunto¹⁸, lo cual le da validez externa al resultado que obtuvimos.

Para este grupo de mujeres (237) se observaron los siguientes resultados.

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL INSTRUMENTO ACTITUDINAL HACIA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER

REACTIVO EN EL INSTRUMENTO	A	I	D	Mediana	Modo	Curtosis	Coef. de Asimetría
(12)	103 (43%)	25 (11%)	109 (46%)	2	3	-1.415	-0.033
(13)	160 (68%)	11 (5%)	66 (27%)	1	1	-0.814	692
(14)	72 (30%)	9 (4%)	156 (66%)	3	3	-1.054	-596
(15)	185 (78%)	10 (4%)	42 (18%)	1	1	.201	1.124
(16)	129 (54%)	16 (7%)	92 (39%)	1	1	-1.315	219
(17)	109 (46%)	33 (14%)	95 (40%)	2	1	-1.288	066
(18)	63 (27%)	7 (3%)	167 (70%)	3	3	-0.803	-829
(19)	191 (82%)	18 (8%)	28 (10%)	1	1	808	1.177
(20)	202 (85%)	11 (5%)	24 (10%)	1	1	1.659	1.431
(21)	212 (89%)	5 (2%)	20 (9%)	1	1	2.592	1.654
(22)	217 (92%)	9 (4%)	11 (4%)	1	1	2.918	1.640
(23)**	70 (30%)	26 (11%)	122 (51%)	3	3	-1.236	-372

¹⁷ "6.3.2 La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer, las mujeres con los problemas anteriores serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad" (Diario Oficial de la Federación, 1998: 34)

¹⁸ En un trabajo realizado en 1997 por Romero, Guscáfré y Santillana sobre *Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar*, reportan que la frecuencia de no utilización fue de 31.4%.

Otro estudio realizado en 1996 por Aguilar y cols sobre *Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou*, reportan que 41.5% de las mujeres que desconocen la función de la prueba del Papanicolaou, cerca del 975 no se lo habían hecho. El valor final arroja 40.25% de mujeres que no se han hecho el Papanicolaou.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(24)*	156 (66%)	21 (9%)	24 (10%)	1	1	.723	1.086
(25)*	31 (13%)	30 (13%)	140 (59%)	3	3	.406	-1.011
(26)	15 (6%)	2 (.1%)	220 (93.9%)	3	3	.4913	-2.128
(27)	14 (6%)	4 (2%)	219 (92%)	3	3	4.008	-1.807
(28)	21 (9%)	5 (2%)	211 (89%)	3	3	2.856	-1.819
(29)	194 (82%)	8 (3%)	35 (15%)	1	1	.705	1.289
(30)	27 (11%)	2 (.1%)	208 (88.9%)	3	3	2.401	-1.797
(31)	162 (68%)	17 (7%)	58 (25%)	1	1	-.670	.749
(32)	96 (41%)	10 (4%)	131 (55%)	3	3	-1.334	-.271
(33)	18 (7.9%)	2 (.1%)	217 (92%)	3	3	4.670	-2.219
(34)	32 (13%)	14 (6%)	191 (81%)	3	3	.898	-1.282
(35)	193 (81%)	4 (2%)	40 (17%)	1	1	.538	1.293
(36)	95 (40%)	6 (3%)	136 (57%)	3	3	-1.494	-.3
(37)	206 (87%)	4 (2%)	27 (11%)	1	1	2.245	1.744
(38)	223 (94%)	1 (.4%)	13 (5.6%)	1	1	8.123	2.838
(39)	223 (94%)	2 (.9%)	12 (5.1%)	1	1	6.725	2.484
(40)	221 (93%)	3 (1%)	13 (6%)	1	1	5.616	2.283
(41)	143 (60%)	7 (3%)	87 (37%)	1	1	-1.344	.406
(42)	84 (35%)	13 (5%)	140 (60%)	3	3	-1.220	-.409
(43)	200 (84%)	20 (8%)	17 (8%)	1	1	1.477	1.236
(44)	200 (84%)	15 (6%)	22 (10%)	1	1	1.597	1.306
(45)	75 (32%)	7 (3%)	155 (65%)	3	3	-1.115	-.563
(46)	52 (22%)	19 (8%)	166 (70%)	3	3	-.481	-.838

Tabla 31

n = 237

donde

A= de Acuerdo, I= Indiferente, D= en Desacuerdo.

(*) Sin respuesta 19 casos equivalentes al 8%

(*) Sin respuesta 36 casos equivalentes al 15.2%

El instrumento actitudinal sobre el examen del Papanicolaou y el cáncer fue sometido a un análisis descriptivo con objeto de tener una descripción del comportamiento de las 35 variables. En este análisis los reactivos 22, 23, 26, 31, 35, 36, 37 y 38 tuvieron valores de curtosis y/o coeficientes de asimetría $|\geq 2.0|$ por lo que no fueron incluidos en el análisis factorial¹⁹. Los reactivos 24 y 25 también fueron eliminados del análisis, ya que el 13.5% de las mujeres a quien se les aplicó este instrumento no respondieron estas preguntas por no tener pareja o compañero. A continuación se presenta la tabla resumen de los valores de la curtosis y el coeficiente de asimetría.

¹⁹ Autores como Multhen y Kaplan (1992) y Potthast (1993) han señalado la importancia de llevar a cabo un análisis descriptivo de las variables bajo estudio, con el objeto de detectar variables ordinales con curtosis y coeficientes de asimetría altos que nos pueden llevar a resultados incorrectos en la estimación de modelos, como la probabilidad de sesgos negativos en los errores estándar y valores de *ji-cuadrada* sobrestimados. Las implicaciones de ello son por un lado que los parámetros pueden aparecer como significativos cuando no lo son y por el otro que los modelos pueden considerarse pobremente ajustados a los datos reales, cuando en realidad son correctos.

VARIABLES ELIMINADAS DEL ANÁLISIS FACTORIAL, SU CURTOSIS Y COEFICIENTE DE ASIMETRÍA

VARIABLES	CURTOSIS	COEFICIENTE DE ASIMETRÍA
VAR21	2.592	1.654
VAR22	2.918	1.640
VAR26	4.913	-2.128
VAR27	4.008	-1.8007
VAR28	-1.819	2.856
VAR33	4.670	-2.219
VAR37	2.245	1.744
VAR38	8.123	2.838
VAR39	6.725	2.484
VAR40	5.616	2.283

Tabla 32

Las 23 variables restantes fueron sometidas a un *análisis factorial* empleando como método de extracción *componentes principales* (Kendall, 1980: 52, 53) con rotación ortogonal eligiendo aquellos reactivos con cargas factoriales mayores o iguales a .30 y/o que proporcionan en conjunto un sustento teórico conceptual (Kerlinger, 1981). Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

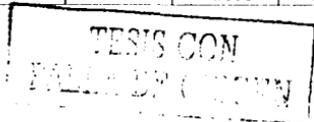
ESTADÍSTICAS DEL ANÁLISIS FACTORIAL DE MUJERES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ($n = 237$)

FACTOR	EIGENVALOR	PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA	PORCENTAJE ACUMULADO DE VARIANZA EXPLICADA
1	4.23776	18.4	18.4
2	2.61825	11.4	29.8
3	1.69456	7.4	37.2
4	1.45074	6.3	43.5
5	1.22222	5.3	48.8
6	1.08719	4.7	53.5

Tabla 33

CARGAS FACTORIALES DE LA ROTACIÓN ORTOGONAL ($n = 237$)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
V10	.05163	.58319	-.13110	.08671	.19914	.21161
V11	.02327	.81986	.19706	.11668	-.01519	.00639
V12	-.17049	.62928	-.01033	-.22082	.31400	.16290
V13	.40449	.53059	.41516	.05937	-.12039	.01415
V14	.21698	.25891	.11999	.37984	-.03889	.45869
V15	.04781	.05653	.11044	-.25194	.17726	.60490
V16	-.07049	.12569	-.03051	-.07126	.54032	-.14856



V17	.49921	.30815	-.07670	-.06064	-.42289	-.19699
V18	.63601	.26249	.07834	.02598	-.28428	.24761
V19	.03031	.06100	.04361	.22902	.02234	.74168
V20	.21783	.03730	.54009	-3.4321	-.15877	.37251
V23	-.24735	-.00025	-.21456	.55976	.20538	.13926
V29	.15469	.24222	.19653	.18135	-.17457	.41201
V30	-.04201	-.06269	-.05495	-.13633	-.06307	.07745
V31	-.39448	.14776	-.31722	.07334	.19825	-.07706
V32	.09514	.08305	.75971	.05782	-.16103	.19371
V34	-.15182	-.13902	.33121	.69966	-.01614	.00281
V35	.18102	.09853	.63920	.32834	.13093	-.01681
V36	.22809	.31106	.04573	.54079	.13292	.10250
V41	.80719	-.14070	.08122	-.03596	.13219	.06228
V42	.84433	.04545	.19258	.00296	.09782	-.02044
V43	.07178	.03319	-.14167	.28650	.62935	-.01143
V44	-.02043	.18782	-.04808	.01533	.63183	.17878

Tabla 34

NOTA. Las cargas factoriales en negritas, son las variables asumidas en cada uno de los factores.

Los factores latentes resultado del análisis fueron conceptualmente denominados de la siguiente manera: F1: *Omnipotencia y negación*; F2: *Temores, miedos y angustias*; F3: *Religión-destino y abnegación*; F4: *Cáncer: muerte y enfermedad costosa*; F5: *Mecanismos de defensa y responsabilidad*; F6: *Mitos y creencias*.

CARGAS FACTORIALES Y FACTORES LATENTES DEL INSTRUMENTO
ACTITUDINAL HACIA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER EN EL
GRUPO DE MUJERES QUE NO SE HAN HECHO EL EXAMEN DEL
PAPANICOLAOU $n = 237$

FACTOR 1 *Omnipotencia y negación*

- (41) Nunca me enfermaré de cáncer: 0.80719
 (42) El cáncer no es una enfermedad para mí: 0.84433
 (17) El examen del Papanicolaou es costoso: 0.49921
 (18) No puedo pagar el examen del Papanicolaou: 0.63601
 Porcentaje de varianza explicada: 18.4%

FACTOR 2: *Temores, miedos y angustias*

- (10) Temo al examen del Papanicolaou por el dolor físico que me causará:
0.58319
 (11) Me atemorizan los resultados del Papanicolaou, por eso no he acudido a
realizármelo: 0.81986
 (12) No soportaría que me dijeran que tengo cáncer: 0.62928
 (13) Ante la posibilidad de tener cáncer, no deseo se me practique el examen del
Papanicolaou: 0.53059
 Porcentaje de varianza explicada: 11.4%

FACTOR 3: *Religión-destino y abnegación*

- (33) Dios es quien determina los hijos que debo tener: 0.75971
 (34) Dios es el único que decidirá el día de mi muerte: 0.33121

(39) No importa que yo enferme, con tal que mi familia goce de buena salud: 0.63920

Porcentaje de varianza explicada: 7.4%

FACTOR 4: *Cáncer: muerte y enfermedad costosa*

(26) El cáncer es una enfermedad mortal: 0.55976

(40) Si tuviera cáncer mi familia se vería en apuros económicos: 0.54079

Porcentaje de varianza explicada: 6.3%

FACTOR 5: *Mecanismos de defensa y responsabilidad*

(16) Por desidia no me realizado el Papanicolaou: 0.54032

(43) Si tuviera cáncer sería mi culpa, por no haberme cuidado: 0.62935

(44) Ante un diagnóstico de cáncer caería en la depresión: 0.63183

Porcentaje de varianza explicada: 5.3%

Factor 6: *Mitos y creencias*

(14) Quien se practica el examen del Papanicolaou puede ser infectada con los aparatos que se utilizan en el examen: 0.45869

(15) Se pierde mucho tiempo cuando se acude a la clínica ha realizarse el examen del Papanicolaou: 0.60490

(21) Es muy molesto que un médico hombre me practique el examen del Papanicolaou: 0.74168

(27) El cáncer es una enfermedad contagiosa: 0.37251

Porcentaje de varianza explicada: 4.7%

Estos seis factores dan un porcentaje de varianza explicada de 58.1%

Para estos seis factores latentes y sus variables observadas se llevó a cabo el análisis de consistencia interna para cada factor y general (con los seis factores), mediante el estadístico *alpha de Cronbach* con los resultados que se presentan a continuación.

FACTORES	ALPHA	NÚMERO DE REACTIVOS
F1	.7114	4
F2	.6461	4
F3	.5169	3
F4	.2595	2
F5	.4651	3
F6	.5326	4
GENERAL	.7110	20

Tabla 35

Con excepción del primer factor (F1): *Omnipotencia y negación*, los cinco factores restantes tuvieron baja consistencia interna.

A continuación presentamos los resultados del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de información general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD

ANOS CUMPLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	1	.4
16	3	1.3
17	4	1.7
18	2	.8
19	12	5.1
20	26	11.0
21	12	5.1
22	16	6.8
23	10	4.2
24	10	4.2
25	6	2.5
26	7	3.0
27	6	2.5
28	7	3.0
29	12	5.1
30	7	3.0
31	3	1.3
32	3	1.3
33	3	1.3
34	8	3.4
35	5	2.1
36	4	1.7
37	4	1.7
38	7	3.0
39	5	2.1
40	7	3.0
41	2	.8
42	2	.8
43	4	1.7
44	2	.8
45	5	2.1
46	2	.8
47	1	.4
48	3	1.3
49	2	.8
50	8	3.4
51	1	.4
52	2	.8
53	2	.8
54	2	.8
58	2	.8
62	1	.4
66	1	.4
68	1	.4
70	2	.8

$\bar{X} = 31.232$
 Mediana = 28
 Modo = 20
 $\sigma = 12.191$
 CV. = 39%

72	1	.4
73	1	.4
TOTAL	237	100.0

Tabla 36

ESTADO CIVIL

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA ⁽¹⁾	94	39.7
CASADA	116	48.9
DIVORCIADA	5	2.1
UNIÓN LIBRE	12	5.1
VIUDA	10	4.2
TOTAL	237	100.0

Tabla 37

(¹) En esta categoría se incluyeron a las mujeres separadas.

NÚMERO DE HIJOS (VIVOS Y MUERTOS)

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN HIJOS	86	36.3
1	41	17.3
2	37	15.6
3	24	10.1
4	20	8.4
5	9	3.8
6	9	3.8
7	4	1.7
8	1	.4
9	2	.8
10	3	1.3
12	1	.4
TOTAL	237	100.0

Tabla 38

OCUPACIÓN

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESIONISTA	25	10.5
EST TÉCNICOS	26	11.0
AMA DE CASA	91	38.4
OTROS ⁽¹⁾	95	40.1
TOTAL	237	100.0

Tabla 39

(¹) Ayudante de cocina, cajera, comerciante, peluquera, recepcionista, planchadora, empleada doméstica, desempleada, costurera, modista, agente de ventas, estudiante, empleada en tiendas de autoservicio, personal de limpieza y empleada en estéticas.

$\bar{X} = 1.949$
 Mediana = 1
 Modo = sin hijos
 $\sigma = 2.292$
 CV. = 176%

DELEGACIÓN POLÍTICA Y ZONA CONURBADA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÁLVARO OBREGÓN	15	6.3
AZCAPOTZALCO	4	1.7
BENITO JUÁREZ	8	3.4
COYOACÁN	30	12.7
CUAJIMALPA	4	1.7
CUAUHTÉMOC	11	4.6
GUSTAVO MADERO	8	3.4
IZTACALCO	5	2.0
IZTAPALAPA	45	19.0
MAGDALENA CONTRERAS	4	1.7
MIGUEL HIDALGO	3	1.3
MILPA ALTA	4	1.7
TLÁHUAC	4	1.7
TLAPLAN	25	10.5
VENUSTIANO CARRANZA	4	1.7
XOCHIMILCO	13	5.5
ZONA CONURBADA	50	21.1
TOTAL	237	100.0

Tabla 40

¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN FAMILIAR CON CÁNCER?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	79	33.3
NO	158	66.7
TOTAL	237	100.0

Tabla 41

MUJERES ASINTOMÁTICAS QUE AL MENOS UNA VEZ SE HAN HECHO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

Este grupo se integró por 484 mujeres que representa 67.1% de la muestra ($n = 721$) con los siguientes resultados:

NÚMERO DE VECES QUE SE HA HECHO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

INTERVALOS (Núm. de veces)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RECUERDA	5	1.0
1 - 5	248	51.2
6 - 10	125	25.8
11 - 15	43	8.9
16 - 20	31	6.4
22 - 25	9	1.9
26 - 30	12	2.6
35	3	.6
38	3	.6

40	2	.4
50	3	.6
TOTAL	484	100.0

Tabla 42

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL INSTRUMENTO ACTITUDINAL SOBRE
EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER

Reactivo	A	I	D	Mediana	Modo	Curtosis	Coefficiente de Asimetría
(12)	325 67%	26 5.4%	133 27.6%	1	1	-.960	.700
(13)	381 79%	18 3.7%	85 17.3%	1	1	.093	1.136
(14)	213 44%	21 4.3%	250 51.7%	3	3	-1.487	-.130
(15)	399 82%	9 1.9%	76 16.1%	1	1	.838	1.406
(16)	302 62%	10 2.1%	174 35.9%	1	1	-1.319	.439
(17)	328 68%	17 3.5%	139 28.5%	2	1	-.953	.673
(18)	258 53%	8 1.7%	218 45.3%	2	1	-1.646	.149
(19)	396 82%	21 4.3%	67 13.7%	2	1	.733	1.295
(20)	437 90%	6 1.2%	41 8.8%	1	1	3.116	1.841
(21)	431 89%	19 3.9%	34 7.1%	1	1	3.631	1.938
(22)	435 90%	14 2.5%	37 7.5%	1	1	3.602	1.965
(23)	195 40%	49 10.1%	240 49.9%	2	3	-1.475	-.133
(24)*	392 81%	35 7.2%	33 6.8%	1	1	2.410	1.683
(25)*	43 9%	23 4.4%	395 81.6%	3	3	2.384	-1.722
(26)	13 3%	5 1.0%	466 96%	3	3	11.444	-3.065
(27)	28 6%	5 1.0%	451 93%	3	3	4.7	-2.023
(28)	13 3%	5 1.0%	466 96%	3	3	10.967	-2.978
(29)	423 87%	21 4.3%	40 8.7%	1	1	2.83	1.805
(30)	46 9.8%	1 2%	437 90%	3	3	3.518	-2.036
(31)	347 72%	44 9.1%	93 18.9%	1	1	-.362	.859
(32)	167 34.6%	31 6.4%	286 59%	3	3	-1.235	-.418

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(33)	30 6%	5 1.0%	449 93%	3	3	5.838	-2.410
(34)	51 10.6%	36 7.4%	397 82%	3	3	1.283	-1.35
(35)	409 85%	7 1.4%	68 13.6%	1	1	1.393	1.577
(36)	137 28.3%	13 2.7%	334 69%	3	3	-981	-761
(37)	451 93%	7 1.4%	26 5.6%	1	1	5.563	2.254
(38)	469 97%	3 6%	12 2.4%	1	1	12.142	3.125
(39)	470 97%	6 1.2%	8 1.8%	1	1	12.18	3.01
(40)	447 92.1%	9 1.9%	28 6%	1	1	5.701	2.439
(41)	322 66.6%	7 1.4%	155 32%	1	1	-1.161	615
(42)	180 37%	24 5%	280 58%	3	3	-1.276	-339
(43)	402 83%	40 8.3%	42 8.7%	1	1	1.640	1.337
(44)	390 81%	23 4.8%	71 14.2%	1	1	764	1.247
(45)	122 25.3%	8 1.7%	354 73%	3	3	-610	-892
(46)	100 20.6%	36 7.4%	348 72%	3	3	-344	-900

Tabla 43

$n = 484$

donde

A= Acuerdo, I= Indiferente, D= Desacuerdo

⁽¹⁾ Sin respuesta 24 casos equivalentes al 5%

Como en los casos anteriores con las variables de este instrumento actitudinal se llevó a cabo el *análisis factorial*, empleando como método de extracción *componentes principales* se eliminaron aquellas variables con un valor de curtosis y/o coeficiente de asimetría $|\geq 2.0|$: V20, V21, V22, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V30, V33, V37, V38, V39 y V40. Los resultados se presentan a continuación.

CARGAS FACTORIALES Y FACTORES LATENTES DEL INSTRUMENTO ACTITUDINAL HACIA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER EN EL GRUPO DE MUJERES QUE AL MENOS UNA VEZ SE HAN HECHO EL

EXAMEN ($n = 484$)

FACTOR 1: *Temores, miedos y angustias*

(12) Temo al examen del Papanicolaou por el dolor físico que me causará: 0.64715

(13) Me atemorizan los resultados del Papanicolaou, por eso no he acudido a realizármelo: 0.65870

(14) No soportaría que me dijeran que tengo cáncer: 0.42196

(16) Ante la posibilidad de tener cáncer, no deseo se me practique el examen del Papanicolaou: 0.74738
Porcentaje de varianza explicada: 14.0%

FACTOR 2: Religión-destino y abnegación

(35) Dios es quien determina los hijos que debo tener: 0.60610

(36) Dios es el único que decidirá el día de mi muerte: 0.63241

(41) No importa que yo enferme con tal que mi familia goce de buena salud: 0.63564

Porcentaje de varianza explicada: 8.4%

FACTOR 3: Omnipotencia y negación

(19) El examen del Papanicolaou es costoso: 0.44956

(31) Los enfermos de cáncer son rechazados por la sociedad: 0.31812

(43) Nunca me enfermaré de cáncer: 0.76940

(41) El cáncer no es una enfermedad para mí: 0.81884

Porcentaje de varianza explicada: 7.7%

FACTOR 4: Responsabilidad y miedo

(34) La principal causa de muerte en la mujer mexicana es el cáncer: 0.55832

(45) Si tuviera cáncer sería mi culpa, por no haberme cuidado: 0.67575

(46) Ante un diagnóstico de cáncer caería en la depresión: 0.51805

Porcentaje de varianza explicada: 6.0%

FACTOR 5: Mecanismos de defensa

(16) Quien se practica el examen del Papanicolaou puede ser infectada con los aparatos que se utilizan en el examen: 0.30796

(23) Es muy molesto que un médico hombre me practique el examen del Papanicolaou: 0.75738

Porcentaje de varianza explicada 5.9%

FACTOR 6: Responsabilidad ambivalente

(17) Se pierde mucho tiempo cuando se acude a la clínica ha realizarse el examen del Papanicolaou: 0.64636

(18) Por desidia no me he realizado el Papanicolaou: 0.53918

Porcentaje de varianza explicada: 5.5%

FACTOR 7: Familia y economía

(32) El cáncer es hereditario: 0.84445

(42) Si tuviera cáncer mi familia se vería en apuros económicos: 0.39618

Porcentaje de varianza explicada 5.2%

Estos siete factores dan un porcentaje de varianza explicada: 52.7%

Para cada uno de estos siete factores latentes y para todas las variables observadas asumidas en cada factor latente se llevó a cabo el *análisis de consistencia interna* del instrumento, mediante el estadístico *alpha de Cronbach* con los resultados que se presentan a continuación.

FACTORES	ALPHA	NÚMERO de REACTIVOS
F1	.5850	4
F2	.4840	3
F3	.4629	4
F4	.3614	3
F5	.2067	2
F6	.3397	3
F7	.5987	2
GENERAL	.6564	21

Tabla 44

A continuación se presentan los análisis estadísticos de las variables sociodemográficas y de información general.

EDAD

AÑOS CUMPLIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	1	.2
19	2	.4
20	8	1.6
21	6	1.2
22	3	.6
23	2	.4
24	9	1.9
25	15	3.1
26	11	2.3
27	11	2.3
28	15	3.1
29	12	2.5
30	13	2.7
31	12	2.5
32	17	3.5
33	14	2.9
34	8	1.7
35	21	4.3
36	15	3.1
37	20	4.1
38	10	2.1
39	22	4.6
40	21	4.3
41	11	2.3
42	19	3.9
43	17	3.5
44	15	3.1
45	17	3.5
46	10	2.1

$\bar{X} = 39.878$
 Mediana = 39
 Modo = 39
 $\sigma = 11.874$
 CV. = 29.78%

47	12	2.5
48	12	2.5
49	8	1.7
50	13	2.7
51	5	1.0
52	9	1.9
53	12	2.5
54	6	1.2
55	8	1.6
56	4	.8
57	6	1.2
58	4	.8
59	3	.6
60	2	.4
61	2	.4
62	4	.8
63	33	.6
64	11	.2
66	11	.2
67	11	.2
68	2	.4
69	4	.8
70	1	.2
71	1	.2
72	1	.2
73	1	.2
75	2	.4
TOTAL	484	100.0

Tabla 45

ESTADO CIVIL

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	55	11.3
CASADA	358	74.0
DIVORCIADA	32	6.6
UNIÓN LIBRE	12	2.5
VIUDA	27	5.6
TOTAL	484	100.0

Tabla 46

NÚMERO DE HIJOS (vivos y muertos)

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN HIJOS	38	7.9
1	84	17.3
2	147	30.4
3	105	21.7
4	55	11.4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5	23	4.8
6	15	3.1
7	5	1.0
8	3	.6
9	2	.4
10	4	.8
13	2	.4
18	1	.2
TOTAL	484	100.0

Tabla 47

Con una media de 2.6 hijos.

OCUPACIÓN

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESIONISTA	78	16.1
EST. TÉCNICOS	90	18.6
AMA DE CASA	214	44.2
OTROS	102	21.1
TOTAL	484	100.0

Tabla 48

DELEGACIÓN POLÍTICA Y ZONA CONURBADA

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÁLVARO OBREGÓN	35	7.2
AZCAPOTZALCO	8	1.7
BENITO JUÁREZ	10	2.1
COYOACÁN	73	15.7
CUAJIMALPA	9	1.9
GUSTAVO MADERO	24	5.0
IZTAPALAPA	78	17.1
MAGDALENA CONTRERAS	15	3.1
MIGUEL HIDALGO	14	2.9
MILPA ALTA	6	1.2
TLÁHUAC	12	2.5
TLALPAN	38	7.8
VENUSTIANO CARRANZA	12	2.5
XOCHIMILCO	20	4.1
ZONA CONURBADA	117	25.2
TOTAL	484	100.0

Tabla 49

**HA TENDIDO O TIENE ALGÚN FAMILIAR
CON CÁNCER**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	194	40.1
NO	290	59.9
TOTAL	484	100.0

Tabla 50

**SE HA HECHO EL PAPANICOLAOU EN EL
ÚLTIMO AÑO**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	333	68.8
NO	151	31.2
TOTAL	484	100.0

Tabla 51

**NÚMERO DE VECES QUE SE HA HECHO EL
PAPANICOLAOU**

VECES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	64	13.2
2	53	11.0
3	46	9.5
4	54	11.2
5	31	6.4
6	24	5.0
7	11	2.3
8	24	5.0
9	13	2.7
10	53	11.0
11	5	1.0
12	14	2.9
13	2	.4
14	3	.6
15	19	3.9
16	3	.6
17	2	.4
18	6	1.2
20	20	4.1
22	2	.4
23	1	.2
25	6	1.2
26	1	.2
27	1	.2
28	1	.2
30	9	1.9
35	3	.6

$\bar{X} = 8.19$
 Mediana = 5
 Modo = 4
 $\sigma = 8.20$
 CV. = 100%

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

38	3	.6
40	2	.4
50	3	.6
NO RECUERDA	5	1.0
TOTAL	484	100.0

Tabla 52

EN DÓNDE SE HA HECHO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTROS DE SALUD	60	12.4
ISSSTE, IMSS	162	33.5
MÉDICO PARTICULAR	136	28.1
OTROS ⁽¹⁾	32	6.6
COMBINACIÓN DE LOS ANTERIORES	93	19.2
NO RECUERDA	1	.2
TOTAL	484	100.0

Tabla 53

(¹) Centro médico de la UNAM, Reclusorios, INCan, Hospital Naval, Hospital Gea González, Laboratorios Frontera, Hospital de PEMEX y otros laboratorios.

Finalmente se seleccionaron aleatoriamente 150 mujeres del grupo que no se ha realizado el examen del Papanicolaou, con objeto de conocer el por qué de esta situación.

Algunos de los resultados más relevantes se presentan a continuación:

MOTIVOS	PORCENTAJE
POR DESIDIA	26
POR FALTA DE TIEMPO	12
POR MIEDO	11
NUNCA HE TENIDO RELACIONES SEXUALES; NO VEO LA NECESIDAD DE HACÉRMELO	9
NO LO CONSIDERO NECESARIO	6
POR MIEDO Y PENA	6
PORQUE NO SÉ EXACTAMENTE A QUÉ EDAD ME LO TENGO QUE HACER	5
PORQUE NO	4
PORQUE NO ME SIENTO MAL Y NO CREO QUE AÚN LO NECESITE	3
POR PENA	3
OTROS ⁽¹⁾	15

Tabla 54

(¹) Falta de tiempo, consciencia y miedo

Por descuido, falta de tiempo y temor.

Porque no me gusta

Porque promocionan que se debe hacer a partir de los 25 años y además en mi familia dicen que voy a perder la virginidad

No me gusta que me toquen mis "partes", por ello me prevengo con duchas vaginales.

Por dudas sobre los riesgos y las infecciones que puede uno adquirir al practicarse.

Porque la realizan los hombres.

Me da pena que el doctor me vea mis "partes".

No tengo tiempo y además me va a doler, no lo hacen con cuidado.

No tengo suficiente información.

A mi esposo no le gusta que me lo hagan.

3.14.5 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL SIMPLE

Para determinar las tendencias de muertes por cáncer cérvico uterino se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple con estadísticas disponibles de los últimos once años.

AÑO	MUERTES POR CÁNCER EN EL CUELLO DEL ÚTERO
1990	4280
1991	4198
1992	4401
1993	4369
1994	4373
1995	4350
1996	4549
1997	4512
1998	4545
1999	4590
2000	4620

Tabla 55 Fuente: INEGI

La ecuación de predicción obtenida fue la siguiente.

$$y' = -71048.36 + 37.84X$$

El coeficiente de correlación fue muy bueno $r = 0.92$ y el de determinación $r^2 = 0.85$. La prueba de bondad de ajuste del modelo resultó altamente satisfactoria, además no se encontró ningún dato aberrante (*outlier*) con puntaje *Studentizado* mayor a $|2.33|$, el residuo más pequeño fue de -1.74 y el más grande de 1.548 .

La ecuación de predicción para la morbilidad se calculó con los siguientes datos:

AÑO	MORBILIDAD
1991	8,504
1992	8,960
1993	9,164
1994	11,668
1995	12,306
1996	11,677
1997	11,435
1998	11,917

Tabla 56 Fuente: INEGI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

$$y' = -1044553 + 529.083X$$

Se obtuvo un coeficiente de correlación $r = 0.839$ y un coeficiente de determinación $r^2 = 0.704$. Como en el caso anterior la prueba de bondad de ajuste del modelo resultó altamente satisfactorio, no se encontró ningún dato aberrante (*outlier*) con puntaje *Studentizado* mayor a $|2.33|$, el más pequeño fue de -0.921 y el más grande de 1.581

3.15 RESULTADOS

De los análisis anteriores llegamos a las siguientes afirmaciones:

La primera hipótesis planteada se rechaza, es decir, hay evidencia estadística suficiente para señalar que la calidad del servicio evaluada por las mujeres usuarias del PNPCCC se ubica en un rango que va de bueno a excelente; 98.7% recomendaría al INCAn para la realización del examen del Papanicolaou.

Para la segunda hipótesis planteada, observamos de manera consistente en los tres grupos de mujeres y en relación con las actitudes hacia el examen del Papanicolaou (usuarias del PNPCCC, mujeres asintomáticas que no se han hecho el examen y mujeres que alguna vez se han hecho el examen) la siguiente estructura: un factor: *temores, miedos y angustias*, otro factor: *negación* y un tercer factor: *religión-destino y abnegación*.

Una marcada tendencia hacia la respuesta "acuerdo" a que el examen del Papanicolaou provoca en ellas una serie de sentimientos, como el temor a un resultado positivo (sí a neoplasia o cáncer); depresión y miedo a padecer cáncer; al dolor físico producto de un examen practicado con poco cuidado y que quizás ya se ha experimentado; la preferencia a ignorar que se tiene una neoplasia o cáncer; a que sea un hombre el encargado de realizar el examen; aceptar que Dios da la vida y la quita; que el cáncer es una enfermedad mortal que causaría estragos económicos y emocionales a su familia. Por todo ello, podemos decir que esta segunda hipótesis planteada se confirma, esto es: las actitudes hacia el examen del Papanicolaou y el cáncer son desfavorables.

En esta perspectiva es importante que cuando se implemente una política pública de esta naturaleza, se considere que los destinatarios de las mismas son humanos, en el sentido de que evitarán todo aquello que les cause dolor, miedo y angustia, por lo cual será necesario un trabajo multidisciplinario (característica metodológica de las Políticas Públicas) para modificar estas actitudes de negativas a positivas, es decir, en términos de ganancias más que de pérdidas.

Se confirma la hipótesis tres, es decir, el modelo de evaluación de la calidad del servicio propuesto en cuatro dimensiones (resultado del Análisis Factorial exploratorio) quedó estructurado en los mismos cuatro factores latentes siguientes:

- 1) *Tipo ideal de evaluación.*
- 2) *Trato de los prestadores del servicio ex-ante.*

3) *Comunicación médico usuario ex-post.*4) *Información escrita y oral entre usuario e institución.*

Los indicadores estadísticos obtenidos califican de excelente al ajuste del modelo propuesto.

Las mujeres jóvenes (con edad promedio de 35 años y desviación típica de 12 años) son las que tienen una mayor participación en el PNPCCC y no son precisamente la población objetivo prioritaria del programa en el corto plazo (45 a 65 años). Esto desde luego no es malo en una visión a largo plazo, ya que en la medida que la calidad del servicio no sólo se mantenga sino mejore, se refuerce en estas mujeres la práctica de esta conducta para producir adherencia la mismo, se incrementen los recursos asignados al programa y las nuevas autoridades del sector salud continúen los esfuerzos realizados por los diseñadores del programa, es muy probable que los índices de morbilidad y mortandad por cáncer cérvico uterino se decrementen en el largo plazo.

Las mujeres asintomáticas que no se han hecho el examen del Papanicolaou tienen en promedio 31 años de edad, con un coeficiente de variación del 40%, lo cual nos indica una muestra heterogénea integrada por mujeres muy jóvenes (14 años) con vida sexual activa y mujeres mayores (73 años).

Este hecho es importante, ya que el analista de Políticas Públicas debe considerar la dinámica de las variables exógenas que intervienen y afectan la implementación de un programa. En este sentido la información es un elemento clave, ya que la falta de conocimientos respecto al *por qué, cuándo y dónde*, así como los mitos hacia el examen del Papanicolaou fueron constantes manifestadas por este grupo de mujeres. No pasará mucho tiempo en que la comunidad médica científica nos informe que el cáncer cérvico uterino es una enfermedad sexual transmitida casi siempre por el Virus del Papiloma Humano (VPH) a partir de lo cual tendremos que trabajar no sólo con las mujeres sino también con sus compañeros sexuales.

El análisis de regresión (predicción) para la morbilidad y mortandad por cáncer cérvico uterino manifiesta claramente que de persistir las condiciones actuales, el número de mujeres que padecerán cáncer en el cuello del útero irán en aumento. Con los resultados obtenidos, para el año 2006 (término de la administración de Vicente Fox) se prevé que el número de fallecimientos será de 4 mil 858 mujeres (con un coeficiente de determinación del 84%) que representa un incremento de 238 mujeres con respecto al año 2000. Para la morbilidad, el número de mujeres con esta enfermedad será de 16 mil 788 (con un coeficiente de determinación del 70%) que representa un incremento de 4 mil 871 con respecto a 1998, con los costos de todo tipo que situaciones de esta naturaleza implican.

Por ello es indispensable que en un ejercicio de autoevaluación los diseñadores del PNPCCC reformulen el programa en términos de un mayor acercamiento con la población objetivo en la búsqueda de alternativas para revertir las cifras antes señaladas.

En el siguiente capítulo trabajaremos más de cerca con los ciudadanos para conocer desde su perspectiva, y conjuntamente con las autoridades y prestadores de los servicios sus necesidades y propuestas para mejorar el PNPCCC en un ejercicio de democracia deliberativa como uno de los elementos clave para mejorar el proceso de implementación de una política pública.

3.16 BIBLIOGRAFÍA

- Alleyne, G. (1996), *Reflexiones del director. Detección oportuna del cáncer de cuello de útero*, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 17, Vol. 121, No. 6, Washington DC. EUA. pp. 473-477.
- Alonso de Ruiz, P. Lazcano, p. Duarte, T. Juárez, R y Martínez, C. (1996), *Reproducibilidad diagnóstica del Papanicolaou en dos zonas de México: necesidad de mecanismos de control de calidad*, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 17, Vol. 121, No. 6, Washington DC. EUA. pp. 518- 527.
- Cabrero, E. (2000). *Usos y costumbres en la hechura de las Políticas Públicas en México*, Gestión y Política Pública vol. IX, no. 2, 191-206, CIDE México.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1991). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*, Amorrortu editores, Argentina.
- Cochran, W. (1974). *Técnicas de Muestreo*, CECOSA, México.
- Cuevas, C. (1998). *Derechos Humanos, Políticas Públicas y Suicidio Médicamente Asistido: Un asunto de agenda gubernamental*. Tesis de maestría en Políticas Públicas, UAM-X, México.
- Greenwald, A., Brock, T. and Ostrom, T. (1972). *Psychological Foundations of Attitudes*, Academic Press, New York and London.
- Hair, J., Anderson, R., Ronald, T., William, B. (1992). *Multivariate Data Analysis*, Maxwell Macmillan, New York.
- Hernández, D., García, R., Ornelas, L., Hernández, F., González, G., y Martínez, C., (1998). *Factors Associated with Non-Use of Pap Test. A population Survey*, Archives of Medical Research, Volume 29, No. 3, pp. 263-270, México.
- Joreskog, K.G. and Sorbon, D. (1979). *Advances in Factor Analysis and structural Equation Models*. Jay Magidson, Abt. Books Cambridge, Massachusetts.
- _____ (1988). *A guide to the Program and Applications*, LISREL, version 7, SPSS.
- Kendall, M. (1980). *Multivariate Analysis*, Macmillan Publishing Co. Inc., New York.
- Kerlinger, F. (1981). *Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento*, Interamericana, México.
- Likert, R. (1932). *A Technique for the Measurement of Attitudes*", Archives of Psychology, No. 140, pp. 1-50. Traducción de Marta Gustavo.
- Loehlin, J. (1998). *Latent Variable Models and introduction to factor, path, and structural analysis*, Third Edition, Lawrence Erlbaum Associates, USA.
- Luhmann, N. (1993). *Teoría Política en el Estado de Bienestar*, Alianza, Universidad.
- Marcoulides, G. and Herhberger, S. (1997). *Multivariate Statistical Methods*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Printed in USA.

- Méndez, I., Namihira, D., Altamirano, L. y de Martínez, C. (1993). *El protocolo de investigación*, Trillas, México.
- Menéndez, E. (s/a). *Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos*, en Antropología Médica. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179, México.
- Muthen, B. and Kaplan, D., (1992). *A comparison of some methodologies for the Factor Analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model*, British Journal of Mathematical and Statistical Psychology 45: 19-30.
- Nadelsticher, A. (1983). *Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple*, Instituto de Investigaciones Penales, cuaderno No. 11, México.
- Nájera, A., Lazcano, E., Alonso de Ruiz, P., Ramirez, T., Cantoral, L. y Hernández, M. (1996). *Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou*, Boletín de la Oficina Sanitaria de Panamá 121(16). 1996: 536-549.
- Nigenda, G. y Langer, A. (1996). *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Situación actual y perspectivas*, Instituto Nacional de Salud Pública, Perspectivas en Salud Pública, No. 20, México, pp. 17-33.
- Potthast, M., (1993). *Confirmatory Factor Analysis of Ordered Categorical Variables with Large Models*, British Journal of Mathematical and Statistical Psychology 46: 273-286.
- Robles, S. White, F. y Peruga, A. (1996) *Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas*, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 17, Vol. 121, No. 6, Washington DC. EUA. pp. 478-490.
- Romero, JA., Guiscafré, H., Santilla, M. (1997). *Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar*, Revista Medicina Familiar IMSS (Méx.) 1997: 35 (3): 227-232.
- Salinas, AA. (2000). *Factores que predisponen la prevención del cáncer cervico uterino*, Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Scheaffer, R., Mendenhall, W. y Ott, L. (1987). *Elementos de Muestreo*, Grupo Editorial Iberoamericana, México.
- Stevens, J. (1996) *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, third edition, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, USA.
- Thurstone, L. (1928). *Attitudes can be measured*, American Journal of Sociology, No. 33, traducido por Alberto E. Funes.

PUBLICACIÓN GUBERNAMENTAL

- Diario Oficial de la Federación (6-03-1998) Norma Oficial Mexicana: NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, cuadernos de salud de 1990 a 1999, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, cuaderno *Mujeres y Hombres 2002*, México.

ARTÍCULOS EN PERIÓDICOS

- Cruz, A (2000, 14 de agosto). Se quintuplicó la incidencia de cáncer en México en 18 años. *La Jornada*, pp. 1 y 46, México.
- _____ (2001, 2 de marzo). Grave rezago: Ssa. Mueren 22 mujeres al día por cáncer de mama o uterino. *La Jornada*, p. 15, México.
- _____ (2001, 18 de marzo). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 contradicen información oficial. Cuadro de vacunas incompleto en 25% de niños. *La Jornada*, p. 36, México.
- Martínez, J. (2000, 15 de diciembre). Los números de la vulnerabilidad (año 2000). *La Jornada*, p. 20, México.
- *La Jornada* (2003, 28 de julio). Cuesta arriba, la lucha anticáncer, pp. 46 y 48.

CAPÍTULO 4 PARTICIPACIÓN PÚBLICA EN UN ASUNTO DE SALUD

La Democracia Deliberativa no es meramente una forma de la política, sino un marco de condiciones sociales e institucionales que facilita la discusión libre entre ciudadanos iguales -proveyendo condiciones favorables para la participación, asociación y expresión- y ancla la autorización para ejercer el poder público (y el ejercicio mismo) en tal discusión, mediante el establecimiento de un esquema de disposiciones que garantizan la responsabilidad y el rendimiento de cuentas ante los ciudadanos por parte de quienes ejercen el poder político a través de elecciones periódicas competidas, condiciones de publicidad, y supervisión legislativa, entre otras.
Joshua Cohen

4.1 INTRODUCCIÓN

Hoy más que nunca es imprescindible buscar nuevas formas de participación entre ciudadanos, autoridades y prestadores de servicios públicos que permitan que de la discusión, y deliberación de asuntos que interesan a grandes núcleos sociales, se generen los mecanismos y las estrategias encaminadas a conseguir el éxito en la implementación de Políticas Públicas.

Este capítulo está dividido en cinco partes, en la primera de ellas se lleva a cabo una discusión sobre democracia participativa, presentando las tesis de algunos de los académicos más representativos y su vinculación con el proceso del diseño de una política pública. En la segunda parte, y recuperando algunos de los elementos desarrollados en la primera, se presenta la propuesta de un modelo de participación pública desarrollado por Simrell, Feltey y O'Neil (1998) que incorpora un elemento más: la deliberación deberá en la medida de lo posible llevarse a cabo en escenarios reales, donde se está implementando o se implementará la política pública en cuestión.

En la tercera parte se presentan las ideas centrales sobre el panel¹, como una técnica de discusión que permite la elaboración de soluciones más democráticas ante el planteamiento de problemas sociales, así como algunos estudios de caso de problemas públicos con resultados eficaces y sus principales limitaciones. También se aborda un elemento indispensable para la realización efectiva de un

¹ El término panel proviene del inglés y designa a un grupo de expertos que dialogan, conversan y debaten entre sí el tema propuesto, desde sus particulares puntos de vista y especialización, pues cada uno es experto en una parte del tema general. Finalizado el panel la discusión o debate pasa al auditorio (Cirigliano y Villaverde, 1985: 120).

panel: socializar la información sobre el asunto en cuestión, previo a la realización del mismo.

En la cuarta parte se presenta la experiencia de un panel de ciudadanos sobre salud pública en ginecología realizado en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan-2001). En la quinta y última parte de este trabajo, como uno de los resultados de la información vertida en el panel, se plantea la inminente necesidad de diseñar, estructurar la agenda e implementar la Carta de los Derechos de la Ciudadana en materia de Salud Ginecológica, se presenta una propuesta de los derechos y deberes que debe contener, algunos de los mecanismos para lograr su incorporación a la agenda gubernamental recuperando experiencias de la *Organization for Economic Co-operation and Development* (OCDE por sus siglas en español), así como las principales características de algunas Cartas de Derechos en países como: Francia, Australia, Canadá, Estados Unidos, Holanda y Reino Unido.

4.2 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Para algunos estudiosos de la Ciencia Política el que ciudadanos libres y en situación de igualdad política discutan sus problemas con administradores y autoridades es una utopía (White, 1998). Por ejemplo, para Dahl (1996) la democracia en el sentido de igualdad política y gobierno de la mayoría no es bajo ningún concepto la solución más deseable para toda sociedad, sin embargo, él mismo reconoce que, aunque la democracia no es la única forma de tomar decisiones, sí lo es para la más poderosa de las sociedades: el Estado.

Para otros la democracia es la esencia del proceso de una política pública en la concepción original de Harold Lasswell (1996) las *Ciencias de Políticas Públicas Democráticas*².

Para deLeon (1992) el objetivo de llevar a cabo análisis de políticas participativas debería no sólo beneficiar a las Ciencias de Políticas Públicas de la Democracia, *quo* democracia, debería, también, incrementar la credibilidad de que es posible la democracia participativa.

Por su parte Bohman (1996) expone que la democracia de alguna forma implica deliberación pública. La deliberación de los ciudadanos es necesaria si se quiere que las decisiones no sean simplemente impuestas. El consentimiento es la principal característica de la democracia. El tomar decisiones políticas es legitimar las Políticas Públicas que se producen en un proceso de discusión y debate social, en donde los ciudadanos y sus representantes van más allá de sus propios intereses y sus limitados puntos de vista, en este sentido las decisiones reflejan el interés general o el bien común.

² Las Ciencias de Políticas Públicas de la Democracia en la concepción original de Harold Lasswell (1996) en el año de 1951 fueron diseñadas para desempeñar un papel importante en la reconstrucción política del período de la posguerra, las Ciencias de las Políticas Públicas se gestaron en un objetivo moral fundamental: la protección y promoción de la democracia no sólo en América sino en el mundo (Fischer, 1993: 165)

La deliberación pública³ es un proceso dialogístico de intercambio de razones, con el propósito de resolver situaciones problemáticas que sólo pueden ser resueltas con la coordinación interpersonal y la cooperación (Bohman, 1996: 27).

Para Barber (1984) la *democracia fuerte* es definida por los políticos como la democracia participativa, literalmente es el auto-gobierno para los ciudadanos más que el gobierno representativo en nombre del pueblo. Los gobernados toman un papel activo particularmente cuando se trata de políticas importantes, las cuales están siendo decididas por otros en un despliegue de poder. Los ciudadanos mediante un proceso de participación real buscan incidir en la estructuración de la agenda, en la deliberación, legislación e implementación de las Políticas Públicas.

Desde la perspectiva de las Políticas Públicas, de lo que se trata es que administradores y/o analistas de políticas incorporen diversos mecanismos de participación, para que las opiniones de los ciudadanos puedan ser incluidas en el proceso de formulación o reformulación de una política pública. Esto, desde luego, implica un esfuerzo consciente y de responsabilidad para considerar e incorporar, con la mayor fidelidad posible, las preferencias individuales a la política.

El punto medular radica en que, a pesar de que la mayoría de ciudadanos no son suficientemente expertos para poder intervenir y comentar sobre algún asunto, son los afectados y en consecuencia sí están en el derecho de expresar sus percepciones, necesidades y creencias en un panel o foro de debate y argumentación.

Existe un reconocimiento tácito y expreso que hay decisiones que a ninguno de nosotros, como ciudadanos, nos gustaría que se consultara de una forma democrática. A esto es lo que Dahl (1996) ha llamado el criterio de *idoneidad*⁴. A pesar de que ciertas decisiones como, por ejemplo, el realizar una operación quirúrgica o la práctica de un examen médico afectan a uno de manera vital, no sería racional que uno insistiera en que la participación fuera democrática.

Imaginemos que estamos en el quirófano de un hospital para ser intervenidos en un trasplante de corazón, no nos gustaría que el médico les preguntara a las enfermeras, a los pacientes, a los policías, afanadores, recepcionistas, trabajadores sociales y demás personal que se encuentra y labora en un hospital en situación de igualdad en relación de cómo llevar a cabo la operación. Como dice Dahl (1996: 43)

³ Pública se refiere no sólo a la forma en que los ciudadanos deliberan, sino también al tipo de razones que ellos exponen en la deliberación. Denota no sólo al conjunto de ciudadanos sino también las esferas superpuestas de toma de decisiones, discusión e información que debiera en principio estar abierta y disponible para todos (Bohman, 1996: 25)

⁴ "Si se considera que una decisión acerca de un tema dado me compromete u obliga a otros porque ha sido tomada por una persona particularmente calificada por conocimientos o habilidad para emitir un juicio correcto, entonces se acepta el criterio de idoneidad como una base apropiada para la autoridad sobre el tema" (Dahl, 1996: 39-40)

(...) por el propio interés, la participación de uno debe detenerse donde comienzan las diferencias significativas de idoneidad. Justamente porque las vidas humanas son importantes y porque hay diferencias de idoneidad, queremos autoridades competentes a cargo del avión, el barco o la sala de operaciones. Cuando la propia vida está en juego, uno quiere la autoridad del mejor piloto, el mejor médico, el mejor juez.

Y no hay oposición entre el criterio de idoneidad y el de elección personal porque aunque el criterio de idoneidad depende del criterio de elección personal, la dependencia se esclarece cuando uno elige libremente ponerse bajo la autoridad de quien uno considere sea el más competente (Dahl, 1996: 43).

Para Elster (1998: 5, 6) cuando un grupo de individuos libres y políticamente iguales discuten, y deliberan respecto a un asunto público que les concierne si no llegan por consenso a tomar decisiones pueden recurrir a tres formas diferentes: 1) argumentando, 2) negociando y 3) votando. Los ciudadanos pueden llegar a tomar una decisión empleando alguno de ellos, con alguna combinación de dos de ellos, o bien, haciendo uso de los tres, pero sólo la argumentación y la negociación⁵ son formas de comunicación, esto es, son actos discursivos, mientras que la votación no lo es.

Y en este sentido Cohen (1999) recupera la concepción de democracia discursiva de Habermas expresando que ésta, colocada dentro del orden constitucional protege las libertades personales y políticas, vinculando dos elementos del proceso de la toma de decisiones colectivas: 1) la discusión informal de asuntos en una esfera pública, no organizada, natural, descentralizada (es decir, no está coordinada desde el centro) que no permite la presencia de decisiones colectivas autoritarias y 2) un proceso político formal, que incluye elecciones y toma de decisiones legislativas y judiciales.

4.3 PARTICIPACIÓN PÚBLICA

La participación ciudadana permea todo el proceso de la hechura o diseño de una política pública, desde que la política se encuentra en gestación, cuando el problema es definido como público hasta la evaluación de la misma. En esta perspectiva se trata también de un proceso de aprendizaje y ajustes.

Los ciudadanos tienen un papel primordial y de gran actividad en todas, y cada una de las etapas del proceso de una política pública. En la primera etapa del proceso, cuando se define un problema público la elaboración de los argumentos y su posterior discusión por parte de ciudadanos y autoridades es incuestionable. En la segunda etapa del proceso, la estructuración de la agenda, en donde el eje de la misma es un asunto que genera conflicto, y éste entendido como un proceso social, son precisamente los ciudadanos quienes tienen un papel importante en

⁵ "La argumentación tiene como objetivo la transformación de las preferencias, se argumenta sobre asuntos reales" (Elster, 1998: 6) La negociación implica el intercambio de promesas y amenazas.

esta etapa. Para Cobb y Elder (1986) estos ciudadanos son clasificados como públicos⁶.

En la tercera etapa del proceso del diseño de una política pública, la implementación –la etapa más delicada de todo el proceso– se pone en acción la decisión política, es el momento que la ciudadanía está esperando que sus demandas y necesidades (objeto de la política pública) sean atendidas. El *por qué, cómo, cuándo, quién o quiénes* y *dónde* debiera ser el objeto de una amplia discusión entre ciudadanos, administradores y autoridades.

Finalmente la evaluación, cuarta etapa del proceso del diseño de una política pública, en donde son objeto de medición los impactos positivos y negativos de la política pública a la ciudadanía, la participación de la sociedad es, precisamente, la que permite en buena parte la redefinición de la misma, en una evolución de mejora continua retroalimentando el proceso.

En esta dinámica del diseño de una política pública, los administradores deben asumir que los ciudadanos no siempre cuentan con respuestas sólidas a los asuntos que se discuten, así como tampoco poseen un método para llegar a las respuestas y, en este sentido, hay dos elementos que deben estar presentes en la experiencia del aprendizaje entre autoridades, administradores y analistas de políticas públicas y ciudadanos (deLeon, 1992: 127):

- 1) Las autoridades o analistas gubernamentales y los diseñadores de políticas públicas deben crear, y buscar que proliferen los incentivos para que puedan llevarse a cabo los paneles y foros en donde puedan tener lugar los análisis esenciales sobre Políticas Públicas Democráticas. Además, deberán garantizar que los resultados de estos encuentros no serán fingidos ni falsos, esto es, que la información obtenida de las discusiones será un componente importante en la formulación o reformulación de la política pública. Igualmente el compromiso de que la información no será manipulada ni fragmentada.

⁶ Cobb y Elder (1986) identifican cuatro tipos generales de públicos: 1) *Públicos específicos: grupos de identificación*. Se trata de individuos enfocados a la atención de ese grupo, asemejando sus intereses generalmente como aquellos de ese grupo, o bien, que reflejan una simpatía persistente hacia sus intereses genéricos 2) *Públicos específicos: grupos de atención* Aquí encontramos a grupos que no se interesan en la mayoría de los asuntos, pero están informados e interesados en ciertos asuntos específicos. De hecho una vez que se aborda un asunto en su esfera de interés, se vuelven fácilmente movilizables. 3) *Públicos masivos: público atento*. Se trata de un estrato de la población generalmente informado e interesado. Aunque este grupo no es homogéneo, el público atento tiende a ser relativamente estable en estructura y proviene desproporcionadamente de los grupos educados y con mayores ingresos. Es precisamente a través de éstas personas que segmentos de la población menos activos y más interesados toman conciencia de un conflicto. 4) *Públicos masivos: público general*. Esta parte de la población, que es menos activa, está menos interesada y menos informada, es el último segmento de un público en involucrarse en un conflicto. Para que el público, en general, se active, los asuntos deben ser muy generalizados y simbólicos. En cualquier caso cuanto mayor sea el tamaño del público al cual pueda extenderse un punto de disputa, mayor será la probabilidad de que obtenga una posición en la agenda sistémica y de ahí, el acceso a la agenda formal o gubernamental.

2) Los ciudadanos, por su parte, deben reconocer que es su responsabilidad el articular de la manera más coherente posible sus opiniones.

El proceso de participación pública está integrado por cuatro componentes (Simrell, Feltey y O'Neil 1998: 319):

- 1) El asunto o problema público.
 - 2) La estructura administrativa, sistemas y procesos dentro de los cuales la participación tiene lugar.
 - 3) Los administradores.
 - 4) Los ciudadanos.
- Proponemos un quinto elemento:
- 5) El escenario en donde tiene lugar la participación pública.

La manera como se ha desarrollado este proceso de participación pública, es en el sentido de que al ciudadano se le ha colocado lo más alejado posible del asunto o problema público; las estructuras administrativas y los procesos han estado muy cerca del asunto, en tanto que los administradores son los agentes intermedios entre las estructuras y los ciudadanos. Este ha sido el contexto en el que las Políticas Públicas han tenido lugar. De manera esquemática la participación clásica o convencional sería la siguiente:

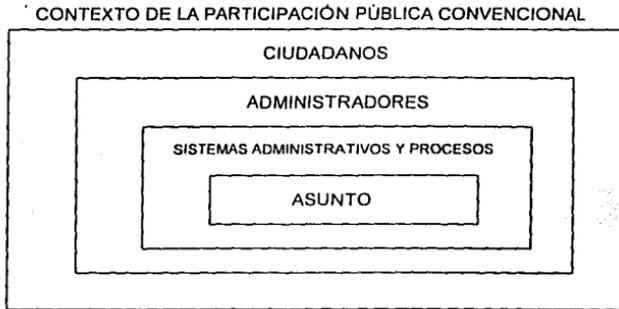


Figura 1. Fuente: Simrell, Feltey y O'Neil (1998: 320)

Como puede apreciarse en la figura 1 el escenario real donde tiene lugar la participación pública no es considerado y los administradores desempeñan el papel de expertos. White y McSwain (citados en Simrell, Feltey y O'Neil 1998: 320) expresan que en este contexto la participación de los administradores está estructurada de forma tal que les permite mantener la centralidad, presentándose como agentes representativos, consultivos o participativos. En esta perspectiva el ciudadano se constituye en el "cliente" del administrador. Este último es el profesional, el poseedor de los conocimientos, en tanto que el ciudadano común, generalmente desposeído de conocimientos y pericia técnica, se encuentra en una posición en la que difícilmente cuestionará la autoridad profesional y el conocimiento técnico de los administradores.

**ANÁLISIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Habermas (citado en Fischer, 1993: 166) ha ilustrado las formas en que las estrategias de aplicación tecnocrática son introducidas para conferirle legitimación científica a las decisiones, que por cierto, han fallado para generar consenso en los procesos de deliberación pública. Estas formas que Habermas llama "prácticas científicas" de las Ciencias de Políticas Públicas lo que hacen son privatizar y despolitizar el proceso de deliberación con lo cual se refuerza a la elite encargada de la toma de decisiones.

En este contexto se establece una dualidad entre ciudadanos y administradores que Fischer (citado en Simrell, Feltey y O'Neil 1998: 320) llama "jerarquía profesional-cliente", en esta falsa dualidad, el administrador está separado o aislado de las demandas, necesidades y valores de los ciudadanos a quienes todos suponemos debe servir.

En estas condiciones la participación es inefectiva y conflictiva, y si llega a darse, desafortunadamente lo hace tardíamente, cuando los asuntos ya estructurados y la gran mayoría de las decisiones importantes han sido tomadas. Los administradores suponen que la intervención de los ciudadanos tiene como objetivo bloquear o redireccionar los esfuerzos administrativos por ellos realizados, más que considerarla como un trabajo entre compañeros para definir los asuntos, establecer las estrategias, desarrollar los métodos más apropiados de investigación y seleccionar las técnicas para dar solución a los problemas.

La verdadera participación requiere que los administradores se ocupen tanto del proceso de poner en marcha una política como de su resultado. Bajo esta visión, la participación es un elemento integral de la administración, más que un agregado o barreras u obstáculos para que el administrador lleve a cabo sus funciones. La auténtica participación, significa que los ciudadanos son parte del proceso de deliberación de un asunto que les afecta y, en consecuencia, los vincula en la toma de decisiones.

En esta perspectiva el administrador participa en este proceso cooperando y asistiendo a los ciudadanos, examinando sus intereses, trabajando conjuntamente con ellos para llegar a decisiones y comprometiéndose con ellos a una deliberación abierta y auténtica, dando lugar a una discusión donde todos los participantes son iguales y ningún grupo es privilegiado sobre los demás y esto es para Habermas (citado en Simrell, Feltey y O'Neil 1998: 321) el corazón de una participación real.

Por su parte los ciudadanos son el objeto central y directo del asunto, en consecuencia deben tener la oportunidad para influir en el proceso y al hacerlo también tienen responsabilidad en los resultados. La influencia de los administradores deriva no sólo de su relación con los ciudadanos, sino también de su posición y de sus conocimientos. Las estructuras administrativas y los procesos están definidos por las relaciones e interacciones entre ciudadanos y administradores.

El escenario donde tiene lugar la participación pública se constituye en el marco real donde la deliberación tiene lugar. Cuando ciudadanos, administradores y

autoridades están discutiendo un asunto en el lugar preciso, las evidencias son claras y reales esto en definitiva facilitará el llegar a consensos. El buscar que la discusión se lleve a cabo en escenarios reales vinculados con el asunto que se discute, tiene impactos tanto para los ciudadanos como para administradores y autoridades. No es lo mismo discutir un asunto de salud pública, por ejemplo, en la sala de un gran hotel, de una escuela o de una delegación; que en el auditorio o alguna aula del propio centro de salud, donde la política pública se está implementando o se va a implementar.

El caso práctico que en la segunda parte de este capítulo vamos a presentar permitió observar, entre otras cosas, que: 1) 98% de los ciudadanos asistentes no conocían físicamente el lugar donde se está implementando el PNPCCC objeto del panel, el conocer este lugar les dio oportunidad de apreciar de manera real los recursos y limitaciones con los que los prestadores del servicio llevan a cabo su trabajo, así como las condiciones en que se desarrolla el mismo. Observaron también a los usuarios del servicio del INCan, personas que padecen algún tipo de enfermedad relacionada con el cáncer; todo esto permitió una mayor sensibilidad al asunto que se discutiría. 2) Al terminar el panel que tuvo lugar en el aula magna del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) cerca de 50 mujeres solicitaron fueran atendidas ese día y los subsecuentes, desafortunadamente se les negó a muchas el servicio el día que lo pidieron por falta de infraestructura, por lo cual en ese momento el Jefe de la Clínica de Displasias del INCan, al ver la demanda real del servicio, se comprometió con los asistentes al panel, solicitar formalmente a la dirección del INCan que se ampliaran los servicios de atención a sábados y/o domingos.

El contexto de lo que sería la auténtica participación que se propone se presenta en el siguiente esquema.

CONTEXTO DE UNA PARTICIPACIÓN PÚBLICA AUTÉNTICA

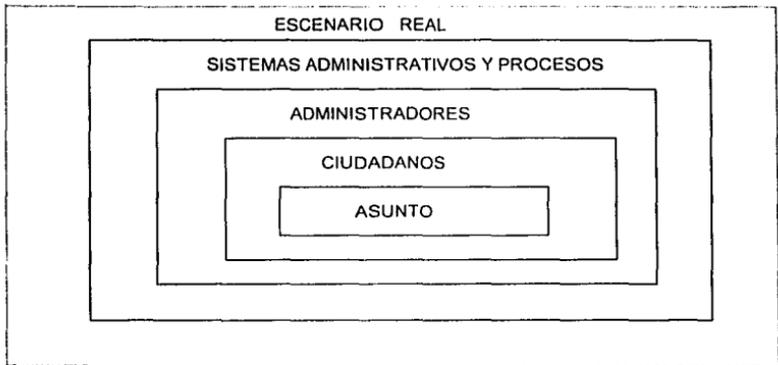


Figura 2. Fuente: Simrell, Feltey y O'Neil (1998: 320) modificado en este trabajo con la inclusión del escenario real.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.3.1 PANEL DE CIUDADANOS Y EXPERIENCIAS EFICACES

El panel es una forma de participación pública, una técnica de discusión a cargo de un grupo competente y representativo de las opiniones y tendencias sobre un asunto en particular. Su característica principal es que la discusión descansa en un núcleo de participantes que se constituyen en testigos de los diferentes puntos de vista manifestados en la discusión (Anzieu & Yves, 1993).

Se trata de una técnica empleada para estudiar problemas generales sobre un asunto en donde se intercambian impresiones y puntos de vista, pero en presencia del conjunto de personas implicadas en los problemas o asuntos que ahí se presentan. En este sentido la organización de un panel incluye dos grupos: 1) el grupo que discute y 2) el grupo integrado por la audiencia. Este último no es un grupo pasivo, ya que cada miembro puede expresar su opinión si así lo desea. En suma, el panel es (Anzieu & Yves, 1993: 267, 268):

(...) un método de discusión en grupo amplio, que actualmente es cada vez más conocido y practicado en la perspectiva de una mejor información y de una elaboración más democrática de las soluciones, cuando se plantean los problemas colectivos.

El panel de ciudadanos constituye una estrategia alternativa para que pueda darse la participación pública. Crosby, Kelly y Schaefer (1986: 170) expresan que el Panel de Ciudadanos (*Citizens Panel*) con letras mayúsculas, se construye de manera análoga al sistema jurídico.

Desde 1974 un grupo pequeño de académicos ha estado trabajando en el *Center for New Democratic Processes* con objeto de desarrollar una nueva forma de participación ciudadana, que permita superar los problemas surgidos por la falta de representatividad de los participantes. Esta ausencia de representatividad tiene un impacto negativo en la ciudadanía, pues ha limitado su participación en asuntos públicos.

Otro grupo de académicos alemanes ha trabajado, también, desde mediados de la década de los 70 de manera independiente para crear un proceso similar al del *Center for New Democratic Processes*. Dirigido por Peter C. Dienel del *Institute for Citizen Participation and Planning Procedures* de la Universidad de Wuppertal, este grupo ha conducido siete paneles integrados por ciudadanos elegidos al azar para discutir asuntos de planeación de ciudades, y veinticuatro paneles referentes a proyectos nacionales en siete ciudades, en asuntos de planeación a largo plazo sobre necesidades de suministro de energía en Alemania. También se reportan resultados importantes, producto de un panel de ciudadanos que llevó a cabo el *Center of New Democratic* en el año de 1984 en Minnesota, sobre el impacto de la calidad del agua en la agricultura, de hecho este panel fue el primer estudio oficialmente empleado por el gobierno de los Estados Unidos (Crosby, Kelly y Schaefer, 1986: 170).

En Woburn, Massachusetts a finales de los 70 y principios de los 80, ante la presencia de desechos tóxicos que estaban produciendo enfermedades como leucemia en la población infantil, los miembros de la comunidad de Woburn se movilizaron para investigar las causas de esto. Haciendo a un lado al Estado y a las autoridades locales, esta comunidad fue capaz de reunir información y recabar datos importantes que permitieron obtener evidencias científicas de que este problema era de salud pública. Este ejercicio público ha sido descrito como "prototipo" de alianzas populares entre ciudadanos y científicos, como un modelo de "bajo costo epidemiológico" (Fischer, 1993a).

En Alberta, Canadá, a finales de la década de los 80 la población de esta localidad, gobierno e industriales trabajaron juntos y activamente en el manejo de residuos radioactivos a lo que los ambientalistas llamaron "democracia ambiental". Estos tres grupos se involucraron en un proceso de participación que transformó un aspecto conflictivo en un asunto de negociación. Fue un juego de suma positiva producto de consultas locales, reuniones públicas, seminarios y paneles, entre otros mecanismos de participación pública (Fischer, 1993a).

El panel ha demostrado también su eficiencia en problemas públicos relacionados con el transporte, en Estados Unidos y Gran Bretaña (Golob, Kitamura y Long, 1997). El panel ha permitido identificar las complejas y dinámicas relaciones entre actitudes, percepciones y conducta del viajero, así como la construcción de modelos dinámicos que mejoran la predicción referente a los cambios necesarios en el transporte.

Kathlene y Martin (1991) en una muestra aleatoria de 700 residentes de un poblado de Denver (EUA) llevaron a cabo un panel sobre el Plan Maestro de Transporte (*Transportation Master Plan*). Para ello recabaron información mediante entrevistas domiciliarias, encuestas por teléfono y por correo. Contrario a lo que Dahl (1996) ha expresado como una limitación para que los ciudadanos respondan a la invitación de participar en este tipo de eventos, en el sentido de que la gente actúa según el modelo de elección racional (*rational choice*), es decir, que el ciudadano para colaborar toma en cuenta el tiempo que tiene que invertir, la retribución por su participación, la importancia del asunto, su conocimiento y competencia para intervenir en el asunto y la probabilidad de que sus opiniones realmente sean tomadas en cuenta; Kathlene y Martin (1991) encontraron que el panel es un mecanismo que permite superar muchos de los impedimentos comunes para lograr una participación ciudadana efectiva, encontraron que los ciudadanos estuvieron deseosos de invertir tiempo y esfuerzo para entender los asuntos de la comunidad cuando se les dio la oportunidad para participar, y la información necesaria para de manera confiada poder hacerlo y con la seguridad de que su participación era importante.

A finales de junio de 2001, en los Estados Unidos se llevó a cabo un panel con el objeto de discutir la situación de los mexicanos indocumentados, con propuestas muy interesantes, las cuales serían presentadas en fecha próxima al Congreso de los Estados Unidos para su discusión y probable aprobación (*New York Times*,

25-06-2001). Desafortunadamente los acontecimientos del 11 de septiembre y sus consecuencias a nivel mundial y en todos los ámbitos han detenido tales propuestas.

En suma, el panel puede trabajar bien si se aplica en el contexto correcto. El trabajo conjunto de ciudadanos, autoridades, administradores y/o diseñadores de Políticas Públicas da como resultado que éstas sean sensibles a la problemática ciudadana y en consecuencia eficaces.

La participación ciudadana, por medio del panel, es un intento para empezar a deliberar con un grupo de ciudadanos generalmente heterogéneo, interesados por un asunto para alcanzar consensos en términos de recomendar a las autoridades las opciones de Políticas Públicas que encierran más apropiadas. En este sentido se trata de un esfuerzo que implica sobre todo inversión de tiempo por parte de un grupo representativo de ciudadanos que dialoga y delibera con autoridades y administradores para que conozcan de manera directa lo que ellos piensan, se trata de un conocimiento generado a partir de sus propias experiencias⁷.

Se han sugerido seis criterios para que la participación ciudadana sea eficaz (Crosby, Kelly y Schaefer, 1986: 171):

- 1.- Los ciudadanos participantes deben ser representativos de un público amplio y en esta perspectiva deben ser seleccionados de manera aleatoria⁸.
- 2.- Los procedimientos empleados durante la participación deben promover una toma de decisión efectiva⁹.
- 3.- Los procedimientos empleados en la participación deben ser justos o imparciales
- 4 - El proceso de deliberación debe guardar una relación positiva de costo beneficio.
- 5 - El proceso de deliberación debe ser flexible y
- 6 - La probabilidad de que las recomendaciones emitidas por los ciudadanos sean tomadas en cuenta debe ser alta.

En este trabajo proponemos un criterio más:

- 7.- Los ciudadanos participantes en la deliberación deben contar con información precisa e importante, es decir, proporcionarles información mínima, necesaria y suficiente para poder realmente llevar a cabo la discusión.

⁷ El modelo conceptual para la toma de decisiones participativa integra aspectos multidimensionales en donde son asignadas tareas específicas a diferentes grupos de la sociedad. Estos grupos representan tres formas de conocimiento: 1) conocimiento basado en el sentido común y la experiencia personal, 2) conocimiento basado en la ciencia técnica y 3) conocimiento derivado de los intereses y apoyo social (Ortwin, Webler, Raket, Dienel y Johnson, 1993: 189).

⁸ Aleatoria significa que todos los elementos que integran la población tienen en la misma probabilidad de salir electos en la muestra o grupo.

⁹ La toma de decisión debe verse más como un proceso que como un resultado en particular, proceso en el que dos aspectos son evaluados: 1) la forma en que la decisión fue estructurada por los ciudadanos y 2) la forma en que los ciudadanos se desempeñaron dentro de la estructura (Crosby, Kelly y Schaefer, 1986: 171)

Justo es reconocer que el panel no sólo tiene grandes ventajas como hemos presentado sino que también tiene limitaciones, algunas de las cuales presentaremos a continuación.

La primera de ellas es la dificultad de aplicar una selección aleatoria en sentido estricto, debido fundamentalmente a la falta de acceso a bases de datos que poseen algunos organismos del sector público y/o inexistencia de las mismas, así como la imposibilidad práctica de elaborar un marco poblacional confiable.

Una segunda limitante es que no todos los ciudadanos poseen la misma información, no han tenido las mismas experiencias, tampoco tienen iguales niveles educativos, lo cual en ocasiones limita o sesga su participación. De ahí la importancia de buscar la homogeneidad en la información antes de realizar el panel (Renn, Webler, Rakel, Dienen y Johnson, 1993: 207).

Una tercera limitante es que como los ciudadanos no son responsables de la implementación de una política pública, pueden plantear alternativas que no son ni física ni financieramente factibles, por lo que al no ser aplicadas pueden generar una sensación de desilusión o desesperanza aprendida, y si no se da una explicación pública generará desinterés por participar en los eventos que más adelante se organicen. De ahí la importancia del trabajo conjunto entre la Administración Pública y los analistas de Políticas Públicas para informar oportunamente las limitaciones que puedan surgir durante la puesta en acción de un programa.

Una cuarta limitante es que para muchos la percepción de participar en un panel es un medio efectivo (o se asume) de redistribución del poder económico, social y político (Strange, 1972: 470), por lo cual los ciudadanos no desean participar cuando son invitados o bien perciben su intervención marginal.

Quinta limitante, los costos de llevar a cabo diversos paneles, foros, entrevistas y aplicación de cuestionarios, entre otras técnicas pueden resultar elevados. Crosby, Kelly y Schaefer (1986: 172) comentan al respecto lo difícil de establecer algún parámetro que permita evaluar los costos, y ponen para ello el ejemplo de que una legislatura puede gastar mucho tiempo debatiendo un asunto que implique un costo de 100 mil dólares, sobre un programa que cuesta billones de dólares. Proponen que si algún método de participación ciudadana tiene un costo dos o tres veces mayor que otro, entonces habrá que presentar buenos argumentos para decir por qué fue elegido a pesar de ser el más costoso.

Sexta limitante, Dahl (1996: 56, 57) expone que el tiempo que una persona racional dedica a participar en las decisiones que afectan a la sociedad está en función de seis factores¹⁰, pero de cualquier manera los ciudadanos no pueden

¹⁰ "En general, el valor de participar en las decisiones de una sociedad es superior en los siguientes casos: 1) Cuanto más se disfruta de tomar parte. (...) 2) Cuanto más importantes sean para uno los temas que conciernen a la sociedad. (...) 3) Cuanto mayores sean las diferencias entre las opciones a adoptar en las decisiones de la sociedad. (...) 4) Cuanto más probable sea que por medio de la participación puede cambiarse el resultado en la dirección de la elección propia () 5) Cuanto más

estar todo el tiempo dedicados a reunirse y discutir permanentemente la gran mayoría de los asuntos, en otras palabras, el tiempo tiene un valor que representa un costo. Dado que el tiempo es un recurso valioso, es deseable desarrollar mecanismos para llegar a decisiones que minimicen el tiempo. Al respecto Dahl (1996: 69) ha expresado lo siguiente: "(...) el 'ideal' pocas veces es óptimo. En ese caso, es más racional elegir lo óptimo que lo 'ideal'".

La última limitante, hace referencia a las restricciones de los analistas de Políticas Públicas para integrar adecuadamente las diferentes opiniones de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones.

En suma, la participación pública es un proceso complejo que requiere de gran creatividad, de un trabajo conjunto de ciudadanos, autoridades, administradores y analistas de Políticas Públicas que promuevan esta forma de plantear y resolver problemas públicos más que bloquearlos o tomar una posición estática, es decir, de mantener el *status quo*. Los diversos casos que hemos presentado nos muestran que la participación pública no es una utopía.

4.3.2 PANEL DE CIUDADANOS SOBRE EL PNPCCC

La realización del panel de ciudadanos que a continuación expondremos tuvo dos ejes rectores: el primero de ellos fue el sustento teórico y práctico presentado en las tres primeras partes de este trabajo; el segundo fue el pronunciamiento hecho por la Oficina Sanitaria Panamericana con respecto al éxito de los programas de detección oportuna del cáncer cérvico uterino (OSP, 1996: 471):

(...) además de esforzarse por racionalizar los servicios de salud, es preciso conocer la impresión que las mujeres tienen del programa y fomentar su participación en sus distintos aspectos. El esfuerzo requiere tanto ampliar la cobertura, como seguir a las usuarias, programar las actividades de diagnóstico y tratamiento, y brindar apoyo a esas actividades. Es esencial entender mejor el problema y la respuesta de la sociedad en su conjunto para superar las barreras administrativas, sociales y culturales que en este momento limitan el acceso a las mujeres a problemas de detección oportuna. (subrayado añadido)

El 25 de julio de 2001, a las 10 de la mañana, en la aula magna del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México se llevó a cabo un panel de ciudadanos sobre el Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC). Asistieron 121 ciudadanos invitados por un grupo de estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). También participaron el Jefe de la Clínica de Displasias del INCan (sede del PNPCC), la trabajadora social responsable de la parte administrativa del programa en el instituto, una mujer del público elegida aleatoriamente e invitada como panelista y una moderadora (la autora de este trabajo).

probable sea un resultado desfavorable al no participar () 6) Cuanto más idóneo sea uno con respecto al tema en cuestión

El panel tuvo una duración de un poco más de dos horas. Al inicio del mismo la moderadora presentó a cada uno de los miembros, acto seguido se dirigió a ellos en los siguientes términos:

Cada uno de ustedes es aquí portavoz de visiones distintas que existen en el grupo que hoy nos acompaña. Los debates que voy a dirigir nos permitirán ordenar los intercambios que tendrán lugar entre nosotros, pero muy importante es decirles que quienes nos acompañan en el auditorio los complementarán, los puntualizarán y sobre todo nos plantearán problemas y soluciones en todo momento.

En la primera parte de este panel vamos a limitar las intervenciones e intercambios entre los miembros del panel.

Posteriormente me dirigí a la audiencia haciendo los siguientes pronunciamientos:

Ustedes van a escuchar en esta mesa los diferentes puntos de vista que se pueden tomar a propósito del problema de las mujeres que no desarrollan una cultura de la prevención en salud ginecológica. Particularmente ¿por qué no acuden a realizarse el examen del Papanicolaou o bien no lo hacen con la frecuencia que su médico o las autoridades de salud pública les dicen?

Cada uno(a) de ustedes puede expresar su opinión y para ello levantará la mano en el momento que lo considere oportuno. Tienen también un cuestionario que se les ha entregado para que de igual manera en forma escrita puedan participar.

Finalmente quiero expresarles que hemos hecho la mejor elección de los miembros del panel, para que las opiniones sobre este asunto sean lo más representativo posible.

Después de ello y con objeto de que todos los asistentes al panel tuvieran la información mínima, necesaria y suficiente a la que se hizo alusión anteriormente, el Jefe de la Clínica de Displasias Dr. Solorza hizo una presentación sobre el cáncer cérvico uterino y el PNPCCC con una duración de aproximadamente 20 minutos. Durante la misma señaló, que con los recursos promedio que se destinan a atender a una mujer con cáncer cérvico uterino, se pueden llevar a cabo 5 mil exámenes del Papanicolaou como una medida preventiva de gran eficacia (INCan videocasete, 2001).

Posteriormente se inició el debate entre los miembros de la mesa, y el público empezó a participar cuando la mujer que se encontraba en el panel, señaló que en una clínica del Seguro Social la habían atendido muy bien. Una mujer de la audiencia señaló que en esa misma clínica la atendieron muy mal.

Algunos datos relevantes obtenidos del cuestionario que se aplicó a la audiencia (anexo B) se presentan a continuación. El promedio de edad fue de 31 años, el 50% se ubicó en el rango de edades de 18 a 23 años; 17% entre 24 y 40 años; 21% entre 41 y 50 años; 11% entre 51 y 61 años y una persona de 83 años. El

91% (100) fueron mujeres y 9% (11) restante hombres. Llama la atención que el mayor porcentaje de los asistentes corresponda al Estado de México con 22%; seguido por Coyoacán con 12% y en tercer sitio Xochimilco con 11%. No hubo asistencia de dos delegaciones políticas: Cuajimalpa y Milpa Alta.

Con respecto a las preguntas relacionadas con la participación de la audiencia al panel los resultados fueron los siguientes:

• *¿Cree que su opinión y las expresadas en este panel serán realmente tomadas en cuenta por quienes deciden las políticas públicas en materia de salud?*

La audiencia respondió de la siguiente manera: 52% (63 personas) sí; 43.8% (53 personas) parcialmente; 1.7% (dos personas) no; y 2.5% (tres personas) no sé.

En cuanto a la pregunta sobre el tiempo que invirtió para participar en este panel los asistentes respondieron así: 14.9% (18 personas) les pareció mucho; 48% (58 personas) regular; 35.5% (43 personas) poco; y 1.6% (dos personas) sin respuesta.

A la pregunta de *si fuera nuevamente invitado a participar en un panel de esta naturaleza ¿asistiría?*

Las respuestas fueron las siguientes: 99.2% (120 personas) dijo que sí; y sólo el 0.8% (una persona) dijo que no.

En relación con la pregunta de *si le gustaría tener mayor información sobre el tema que se discutió*. Los resultados fueron los siguientes:

• Médica 93.4% (113) dijo que sí; 0.8% (una persona) no; y 5.8% (siete personas) sin respuesta.

• *¿Cómo funciona el programa de prevención del cáncer?*: 81% (98 personas) dijo que sí; 2.5% (tres personas) no; y el 16.5% (20 personas) sin respuesta.

• *Rendición de cuentas de las autoridades de salud sobre el programa de prevención de cáncer*: 63% (76 personas) dijo que sí; el 3% (cuatro personas) no; y 34% (41 personas) sin respuesta.

• *Ubicación y horarios de clínicas de salud donde se practica el examen del Papanicolaou así como su costo*: 82% (99 personas) dijo que sí; 2.5% (tres personas) no; y 15.5% (19 personas) sin respuesta.

De la última pregunta *¿cómo le gustaría que esta información estuviera disponible?* Los resultados se presentan a continuación:

• Internet, 40.5% (49 personas) dijo que sí; y el restante 59.5% (72 personas) sin respuesta.

• Se le enviará por correo a su domicilio, 47.9% (58 personas) dijo que sí; y el resto 52.1% (63 personas) sin respuesta.

• Por televisión, 72.7% (88 personas) dijo que sí; y 27.3% (33 personas) sin respuesta.

• Por radio, 50.4% (61 personas) dijo que sí; y 49.6% (60 personas) sin respuesta.

• En el periódico, 36.4% (44 personas) dijo que sí; en tanto el 63.6% (77 personas) sin respuesta.

• Otros ¿cuáles? :

Elaboración de trípticos, folletos, volantes, conferencias, visitas y paneles. Los participantes sugirieron que los folletos estuvieran disponibles en centros de salud, clínicas, hospitales y farmacias. Que se llevaran a cabo campañas a las empresas donde laboran mujeres y que en las escuelas públicas y privadas se realice el examen del Papanicolaou.

Participación de todos los medios masivos de comunicación, colocar espectaculares en calles y en los cines invitando a las mujeres a realizarse el examen. Que la información estuviera disponible en lugares "comunales", en sitios donde asiste mucha gente, como por ejemplo donde se realizan pagos y en centros comerciales.

Promover campañas directas con mujeres y que quienes han tenido algún tipo de lesión en el cuello del útero sean las promotoras. Discutir en la propia casa y en reuniones con hombres y mujeres la importancia de practicarse el examen del Papanicolaou.

Las propuestas para que un mayor número de mujeres acuda a realizarse el examen del Papanicolaou, y que por escrito hicieron los asistentes al panel fueron las siguientes:

- Quienes realicen físicamente el examen del Papanicolaou y analicen las muestras sean personal calificado.
- Se dé información sobre la importancia de realizarse el examen del Papanicolaou, se diga en qué consiste y esto se haga de manera diferencial, es decir, separando la información médica de la información administrativa y, sobre todo, sea accesible a todas las clases sociales.
- Ampliación de horarios de servicio y atención.
- Reducción de tiempos de espera para recibir el servicio.
- Poder sacar la cita por teléfono para no tener que gastar tiempo y dinero, y no estar pidiendo permisos en el trabajo¹¹.
- Colocar módulos de información en lugares públicos.
- Mayores campañas de difusión en programas de televisión con gran audiencia, en delegaciones políticas, en lugares de trabajo, donde se destaque la importancia que tiene para todos, el que la mujer se realice el examen del Papanicolaou y también se indiquen los lugares, y horarios de atención.
- Que se abran clínicas exclusivamente de diagnóstico para el cáncer cérvico uterino.
- Agilidad en el tiempo de entrega de los resultados y no se pierdan las muestras.
- Abrir clínicas en donde se practique el examen del Papanicolaou los fines de semana (sábados y domingos).
- Mejorar la calidad en la toma y análisis de la muestra.
- Que el examen lo practique una mujer.

¹¹ El pasado 18 de julio de 2003 el ISSSTE dio a conocer los resultados del Sistema de Citas Médicas programadas por vía telefónica o Internet a un año de su implementación, diciendo que cerca de 1.8 millones de derechohabientes se han beneficiado con dicho sistema, abatiendo tiempos de espera y garantizando la programación de citas médicas, precisando unidad médica, día, hora y consultorio. El sistema ha recibido la calificación de los usuarios de excelente.

- Que existan guarderías en las clínicas o centros de salud, para las mujeres que no tengan con quien dejar a sus hijos, puedan acudir a realizarse el examen del Papanicolaou.
- Mayor número de unidades móviles en zonas de escasos recursos.
- Impulsar programas educativos de salud desde la preparatoria.
- Que el INCan incremente el número de exámenes diarios.
- Visitas a domicilio para platicarles la importancia de realizarse el examen del Papanicolaou.
- Que fuera un requisito para ingresar al trabajo.
- Que las mujeres fuéramos más responsables.
- Llevar a cabo campañas similares a las de la Cartilla Nacional de Vacunación Infantil.
- Realizar reuniones y paneles para intercambiar información y de ahí, como efecto multiplicador, llevarlo a los familiares, amigos y vecinos.
- Mayor privacidad durante la realización del examen del Papanicolaou.
- Que los prestadores de servicio den un mejor trato, den confianza y seguridad y que nos muestren los aparatos que nos van a introducir y la limpieza de los mismos.
- Que lo practiquen de otra forma.
- Comunicación directa y personal.

Desde luego hubo también participaciones orales, tanto de la audiencia como de los invitados a la mesa. El propio Jefe de la Clínica de Displasias del INCan señaló enfáticamente que es responsabilidad de las mujeres, solicitarle al médico la información y explicación en términos accesibles sobre el examen ginecológico que se le va a practicar, así como los resultados que arroje el mismo, y las dudas que puedan tener.

La trabajadora social de la Clínica de Displasias del INCan, señaló que cuando una mujer recibe en su clínica de salud un resultado positivo (es decir, la presencia de algún tipo de lesión) y es remitida para su tratamiento a otra institución de salud, la falta de información o la información inadecuada es motivo de irritación, molestia, enojo y angustia lo que se traduce en agresión hacia el personal que labora en estas instituciones; las mujeres quieren que en el preciso momento que llegan se les aclaren sus dudas e inquietudes en cuanto al presunto diagnóstico clínico, manifestando desesperación y demandando atención inmediata.

Se tuvieron 35 intervenciones orales por parte de los y las ciudadanas asistentes al panel, en donde el consenso general fue la falta de información y la importancia de que ésta fluya de manera permanente y sistemática por muy diversos medios de comunicación, la necesidad de clínicas en lugares accesibles que laboren sábados y domingos y/o amplíen sus horarios de atención, un trato más humano y oportunidad en la entrega de los resultados, entre los más importantes.

En un encuentro anterior (11 de junio de 2001) en el INCAN con 21 pacientes del Instituto con diagnóstico de cáncer ginecológico, sus familiares, el Jefe de la Clínica de Displasias del INCAN, la Jefa de Trabajo Social del INCAN, la trabajadora social encargada del servicio de ginecología y una moderadora (la autora de este trabajo) (Videocasete 11-07-01) en una combinación de conferencia y participación de pacientes y familiares se manifestó la necesidad de dar una mayor difusión a la prevención del cáncer cérvico uterino, en donde se informe y se eduque a la gente (hombres y mujeres) respecto a la importancia de practicarse exámenes ginecológicos de manera periódica. Este grupo estuvo integrado por un alto porcentaje de mujeres que vienen de provincia y su preocupación fue la poca atención que a este problema se da en sus lugares de origen. Se resaltó en el evento los mitos y la falta de información que tiene la población respecto al cáncer cérvico uterino¹².

Aunque una de las principales limitaciones de este panel, fue la imposibilidad de llevar a cabo una selección aleatoria del marco poblacional que se construyó con 1915 mujeres del Distrito Federal y zona conurbada, debido a que muchos ciudadanos tuvieron que trabajar el día que se llevó a cabo el panel (miércoles 25-07-2001), los resultados obtenidos muy seguramente pueden ser generalizados a un amplio sector de la población. Quizás éste sea uno de los pocos casos en que difícilmente podría hablarse de un sesgo o imparcialidad hacia el asunto discutido, la salud que significa vida y el cáncer que se asocia a enfermedad y muerte, es un asunto que a la gran mayoría preocupa e interesa.

Al preguntarles a los invitados por qué asistirían nuevamente a participar en un panel sobre salud y cáncer cérvico uterino la respuesta mayoritaria, diríamos unánime, fue la siguiente "porque intercambiamos información de interés que nos permite prevenir enfermedades, estamos interesadas en nuestra salud."

4.4 CARTA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LA CIUDADANA EN SALUD GINECOLÓGICA

El contenido de la Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica que a continuación presentamos es resultado del panel, encuestas, entrevistas con ciudadanos y ciudadanas, personal que labora en centros de salud, así como de la revisión del trabajo académico y de investigación que sobre este problema de salud pública, hemos venido desarrollando.

En entrevistas, aplicación de cuestionarios, panel y en diversas reuniones con mujeres que tienen cáncer, además de manifestar sus opiniones, han externado una serie de denuncias y experiencias personales en relación con la práctica del examen del Papanicolaou, expresando que han sido tratadas como objetos y no como seres humanos¹³ al grado de sentirse en un estado de alta

¹² Una mujer expresaba su preocupación de que a su hijita de tan sólo un año de edad estuviera infectada de cáncer. Un hombre dijo que el cáncer que padecía su mujer se debió a que ella es enojona y egoísta.

¹³ Iod (citada en Castro y Bronfman, 1998, 229, 230) expresa que en sus investigaciones sobre la interacción cara-a-cara que tiene lugar entre doctores (generalmente hombres) y pacientes mujeres que acuden a consulta ginecológica o de planificación familiar, las pacientes tienden a presentar sus casos

vulnerabilidad, sin poder decirle al médico que les explicara cómo llevaría a cabo el examen y qué instrumental utilizaría por el miedo a ser lastimadas físicamente durante la realización del examen. También, se hizo mención a la pérdida de las muestras y/o la tardanza en la entrega de los resultados hasta por seis meses con las graves consecuencias de ello; peor aún, es el dar resultados negativos cuando en realidad hay una lesión que al pasar el tiempo ha llegado a ser de fatales consecuencias. La información clínica con respecto a los hallazgos encontrados en el examen y el resultado del laboratorio en ocasiones es deficiente, de ahí la necesidad de que el examen se practique cada año¹⁴.

En este sentido lo expresado por Acebes¹⁵ (www.igsap.map.es/cia/cartas/cartacia.htm) tiene para este asunto una gran trascendencia.

Los ciudadanos, como usuarios de los servicios públicos, tienen derecho a conocer cuáles son los servicios que les prestan las organizaciones estatales y a recibirlos con la mayor calidad. Las Cartas de Servicios sirven para construir la nueva Administración Pública que sitúa a los ciudadanos en el centro de sus decisiones.

Los puntos mínimos que debería incluir la Carta de Derechos de la Ciudadana en Salud Ginecológica serían los siguientes:

Toda ciudadana tiene derecho a demandar y cumplir:

1.- Derecho a la información asistencial

La información sobre los servicios que proporcionan las clínicas, centros e institutos de salud debe ser completa, precisa y estar expresada en un lenguaje sencillo y comprensible.

En esta perspectiva los prestadores del servicio (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo) deben dar a las usuarias la información en dichos términos.

2.- Derecho a la comunicación

Los resultados deben ser manejados y comunicados a la usuaria del servicio de acuerdo con los principios éticos establecidos en la práctica médica. Los contenidos de los mensajes deben guiarse por los siguientes enunciados (Lazcano y cols. 2000: 241):

- Si es negativo significa bajo riesgo de sufrir la enfermedad, no significa no riesgo.

relacionando sus síntomas con diversos aspectos de su vida diaria, así como sus propias opiniones y creencias a propósito de lo que le ocurre. En tanto que los médicos, por el contrario, educados dentro del Modelo Médico Hegemónico, modelo con una visión biologicista (científica) en donde prevalece la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos que son conocidos, tiende a dirigir autoritariamente la conversión en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean. En suma: "(...) el mundo queda dividido entre el sujeto que conoce (científico, mente, masculino) y el objeto que es conocido (naturaleza, cuerpo, femenino)".

¹⁴ Esta situación no es privativa de México, en países como el Reino Unido cerca del 7% de los exámenes del Papanicolaou tienen que repetirse porque la muestra es inadecuada

¹⁵ Angel Acebes Paniagua es el actual Ministro de Administraciones Públicas de España

- Si el resultado es lesión precursora de neoplasia cervical, la paciente debe conocer que la enfermedad es 100% tratable y curable.
- Si el diagnóstico es de cáncer invasor, se le debe indicar que si se encuentra en estadios iniciales puede ser tratada y curada.
- Si se encuentra en estadio avanzado, es necesario posible tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, además debe ser enviada (referida) a una unidad de apoyo para la comunicación de los resultados.

Al respecto el Diario Oficial de la Federación (6-03-98: 33) expresa lo siguiente:

Las pacientes con reporte citológico de infección por virus del papiloma humano, displasia moderada, severa o cáncer, deberán referirse a una clínica de displasias o centro oncológico, para la confirmación diagnóstica por estudio histopatológico y para el tratamiento y control, según corresponda; exentando de pago en el Sector Público a las mujeres de bajos recursos económicos, asegurando su atención médica. Se deberá dar apoyo psicológico de acuerdo con los procedimientos de atención integral para las pacientes con cáncer.

Los sentimientos y las apreciaciones subjetivas de las mujeres deben tomarse en cuenta como parte integral de la atención, sobre todo en situaciones tan difíciles como cuando se comunica un diagnóstico de cáncer¹⁶.

3.- Derecho a la accesibilidad, la no discriminación y la gratuidad del servicio.

Los servicios deben ofrecerse con una mayor amplitud de horario y en ciertos lugares brindarse el servicio sábados y domingos, en este sentido, los servicios deben satisfacer la conveniencia de las usuarias y no la de los prestadores del servicio.

La prevención, que incluye la detección, se llevará a cabo por medio de la citología cervical y será gratuita en las unidades médicas institucionales. En las unidades del sector público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.

La única limitante para practicar el examen del Papanicolaou será el que una mujer esté menstruando (DOF, NOM-014-SSA2-1998: 32, 34 y Tapia & Ávila, 2000: 245).¹⁷

¹⁶ "Cuando a una le dicen que tiene cáncer, se pone toda nerviosa y aunque le expliquen rapidito, una no alcanza a oír". Dicen '¿quiere hacer una pregunta?', y yo dije 'no, está bien, entendí todo claro', pero no había entendido y estaba tan nerviosa que lo único que quería era irme". "Me dijeron lo que tenía, yo me volví llorando, cuadras y cuadras, como si se me hubiera muerto alguien la gente me miraba a mí y a mi niña; yo iba mirando los árboles, como si nunca los hubiera mirado en mi vida, pensaba que mañana iba a estar muerta y ¿a quién le iba a dejar mis niños? Yo le quiero preguntar al médico y él ni siquiera me mira y dice 'salga para afuera'." (Robles, 1996: 475).

¹⁷ En las instituciones del Sector Salud se solicita a las mujeres que, para que puedan ser atendidas, cumplan con los siguientes requisitos: 1) no traer niños el día de la consulta; 2) no aplicar cremas, ungüentos, gel, óvulos o duchas vaginales un día antes de la consulta, ya que impide un diagnóstico seguro y confiable; 3) no haber tenido relaciones sexuales un día antes de la

4.- Derecho a opinar y participar

Las usuarias de los servicios médicos deben ser consultadas por los administradores, en relación con el mejoramiento de los servicios y tales opiniones deberán ser consideradas.

5.- Derecho a conocer los estándares con los cuales la institución presta el servicio

En el lugar donde se recibe el servicio deben estar claramente especificados los estándares con que opera la institución. Incluyendo cortesía entre prestadores de servicios y usuarios, así como calidad en la prestación del servicio de los primeros en el sentido de tener un trato cálido, amable¹⁸ y asistencial, puntualidad, compromiso y respuesta expedita, los cuales pueden ser expresados en términos de metas mínimas de atención y tiempos de espera, de manera tal que dicho período entre la práctica del examen y la comunicación de los resultados sea breve, es decir, no tolerar esperas injustificadas.

La entrega de los resultados no deberá ser mayor a los siguientes 30 días naturales, después de practicado el examen del Papanicolaou.

6.- Derecho a la privacidad

Cuando se esté realizando el examen del Papanicolaou, la mujer deberá estar en la sala o lugar donde éste sea practicado, exclusivamente con el médico o con quien le vaya a tomar la muestra y de ser posible una enfermera, de tal manera que se preserve la intimidad del cuerpo de la usuaria.

7.- Derecho a la libre elección

La mujer podrá solicitar que sea una mujer quien le practique el examen.

8.- Derecho a la elección y seguimiento de mujeres con anomalías detectadas

El tiempo que transcurre entre el diagnóstico completo y/o tratamiento no deberá exceder de tres meses (Lazcano y cols. 2000: 231).

9.- Derecho a conocer la identidad de los prestadores del servicio

Deberes de las instituciones de salud pública y de las usuarias

1.- Corresponsabilidad

consulta; 4) bañarse el día de la consulta; 5) venir con falda y sin pantimedias; 6) no asistir si se encuentra en su período menstrual.

¹⁸ Es importante tomar en cuenta que un alto porcentaje de mujeres no acude a realizarse el examen del Papanicolaou por temor a los resultados. "(...) brindar atención a una mujer cuando acude al programa de detección oportuna de cáncer, comprende una serie de acciones que van más allá de la simple toma de la muestra. Implica, para la mujer, superar una serie de barreras culturales, geográficas, económicas y organizacionales a las que se enfrenta para solicitar la atención" (Lazcano, Nájera, Alonso, Buiatti y Hernández, 2000: 224).

La meta de las acciones de prevención del cáncer cérvico uterino como de los programas emprendidos por las autoridades del sector salud es disminuir las tasas de morbilidad y mortandad¹⁹. En esta perspectiva hay un doble compromiso, por un lado las autoridades de salud se comprometen a realizar al menos una vez al año y a nivel nacional campañas de detección de cáncer cérvico uterino, y por el otro, las mujeres deben cuidarse y responsabilizarse de su propia salud ginecológica, particularmente las que se encuentren en alguno, varios o todos de los siguientes casos (DOF, 6-03-1999, NOM-014-SSA-1998 e Instituto Nacional del Cáncer en <http://www.publications.nci.nih.gov>):

- a) 25 años o antes si ya han tenido relaciones, independientemente que ya no las tengan;
- b) una vez al año de preferencia si el estudio es normal o cuando el médico lo indique;
- c) que han padecido o padecen con frecuencia infecciones (flujo o desecho) así como tener infección producido por el Virus del Papiloma Humano (VPH);
- d) si sangra por la vagina de una manera anormal en los siguientes casos: 1) entre una menstruación y la otra; 2) después de tener relaciones sexuales y 3) después de hacerse un lavado vaginal;
- e) si la menstruación dura demasiado tiempo o si el sangrado es mayor de lo normal;
- f) si la mujer está en la menopausia o si se ha hecho una histerectomía, deberá continuar realizándose con regularidad;
- g) nunca se ha practicado el examen del Papanicolaou;
- h) múltiples parejas sexuales (tanto el hombre como la mujer);
- i) antecedentes de enfermedades de transmisión sexual;
- j) tabaquismo; y
- k) deficiencias de folatos y vitaminas A, C y E.

2.- Responsabilidad de la institución por la pérdida de muestras y calidad de los resultados

3.- Reparación del daño por equivocación en los resultados

Ante un diagnóstico falso-negativo emitido por algún centro de salud público o privado, que ocasione daños a la salud de la mujer por la falta de atención oportuna, la institución no sólo tendrá que pagar todo el tratamiento y los medicamentos que la propia enfermedad demande, sino también, la mujer en estas condiciones tendrá que ser indemnizada en los términos que establezca la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

4.- Respuesta y seguimiento a la presentación de quejas

Las usuarias del servicio o sus familiares podrán presentar sus quejas sobre el funcionamiento del servicio en los lugares y en la forma que se presentan a continuación:

¹⁹ "La prevención del cáncer cérvico uterino se realizará por medio de la promoción de la salud y de la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir tempranamente alteraciones citológicas" (Diario Oficial de la Federación 6-03-98: 33).

- Mediante llamada telefónica a la unidad responsable de la Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica.
- Por correo postal.
- Mediante correo electrónico.
- En el buzón o libro de quejas y sugerencias.
- Presentarse directamente a la unidad responsable de la Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica.

5.- Obligación de las usuarias de hacer buen uso de las instituciones de salud pública a las que asisten

Esta Carta en un ejercicio de democracia deliberativa, debemos buscar que no sea sólo un catálogo de declaraciones o principios bienintencionados, sino que se traduzcan en verdaderos mandatos para la Administración Pública y correlativos derechos para las ciudadanas que pueden ser invocados como propios, con mecanismos efectivos de cumplimiento, es decir, que esta Carta formalice jurídicamente tales derechos para que sea posible reclamar su amparo, de no ser así todo quedará en buenas intenciones.

La Carta debe entenderse como un compendio de las demandas y requerimientos de los ciudadanos a los que la Administración Pública puede y debe atender. En un juego de suma positiva donde por un lado la ciudadana reciba los servicios de salud pública de acuerdo a determinadas normas de calidad preestablecidas y cuantificables, definidas mediante un proceso de discusión entre ciudadanos, organizaciones sociales y académicas, autoridades, médicos expertos en la materia y prestadores de los servicios médico-administrativo, en algo que bien podríamos llamar democracia en salud; y por el otro, que la Administración Pública al acercarse al ciudadano a quien debe servir justifique su propia existencia.

Sin embargo, debemos reconocer que los derechos de los usuarios de los servicios públicos de salud son acuerdos informales, que por lo mismo los prestadores de servicios pueden o no seguirlos y es precisamente por ello imprescindible que los derechos y deberes de las ciudadanas queden protegidos por leyes, normas o reglamentos.

4.4.1 MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CARTA DE DERECHOS DEL CIUDADANO

La implementación de una Carta de Derechos del Ciudadano podría llevarse a cabo de dos maneras tal y como sugiere la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (1997: 290): el Gobierno es quien toma la decisión de hacer una reglamentación general o bien deja que cada dependencia lo haga con el respaldo de algunas recomendaciones centrales.

Las formas que ha expresado la OCDE (1997: 106, 110 y 122) son las siguientes:
1.- En forma de una ley general administrativa en donde todas las autoridades públicas de diversos países de la OCDE hacen de la Declaración Normal del

Servicio Público (DNSP) el marco de su actuación en todas las áreas administrativas y de servicios.

2.- Una de las estrategias de la implementación de la Carta del Ciudadano, o el nombre que se designe para referirse al documento en donde se expresen las declaraciones de normas del servicio público más aconsejable, es la que corresponde al modelo central, ya que las normas de servicio y resultados son definidos, publicados y reportados a nivel del Gobierno nacional (OCDE, 1997: 106) de manera que esta información permita establecer las bases para un diálogo entre ciudadanos y autoridades que permitirá una mejora continua en los servicios públicos prestados.

3.- El modelo llamado *continental*, que bien podría aplicarse para el caso de México, es aquel que cuenta con un marco jurídico más rígido, que focaliza los medios y procedimientos que deben garantizar los resultados, la equidad y el respeto por las leyes y reglamentos.

La calidad de la información de la Carta de Derechos, es la llave para conseguir una implementación exitosa en virtud del papel que ésta juega en la evaluación y mejoramiento de la actuación de un Gobierno. La OCDE (1997: 292-294) ha expresado que la información para que sea de calidad debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- Definición de la población objetivo o destino.
- 2.- Orientación hacia las salidas y resultados.
- 3.- Empleo de lenguaje preciso y no complejo.

En el caso de las declaraciones de normas de servicio será necesario agregar los siguientes requisitos:

- 1.- Administración de un rango adecuado de asuntos.
- 2.- Administración de un número apropiado de normas.
- 3.- Información que sea pertinente para el usuario.
- 4.- Poder llevar a cabo comparaciones que permitan que el usuario del servicio pueda elegir entre un grupo de alternativas, es decir, informar sus decisiones.
- 5.- Establecimiento de normas realistas y que representen un reto.

4.4.2 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y FORMA DE OPERAR DE ALGUNAS CARTAS DE DERECHOS: FRANCIA, AUSTRALIA, CANADÁ, ESTADOS UNIDOS, HOLANDA Y REINO UNIDO

A continuación presentamos brevemente las principales características y la forma de operar de algunas Cartas de Derechos en países como Francia, Australia, Canadá, Estados Unidos, Holanda y Reino Unido con objeto de tener una visión general que nos permita comprender el diseño y viabilidad de la Carta que en este trabajo estamos proponiendo.

En cuanto a las políticas de servicios los *Informes del Ciudadano del Reino Unido* proporcionan a los clientes (pasajeros, contribuyentes, hospitales, pacientes y padres de niños) información relativa a los servicios que cada uno de ellos tiene derecho. En estos informes se reporta el desempeño que cada servicio tiene en

relación con los objetivos expresados en las Cartas (OCDE, 1997: 280, 281). Aquí la información se emplea para reforzar los derechos de los clientes.

El Libro Blanco del Gobierno Danés sobre Declaraciones de Normas (OCDE, 1997: 281) contiene políticas generales que analiza el potencial de la información sobre los servicios. Da recomendaciones sobre asuntos que deben considerarse al describir información sobre servicios, así como principios y normas generales para ofrecer una adecuada información. La estandarización en la medición del tiempo de espera en hospitales es un ejemplo de ello.

Ambos documentos convergen en ayudar a los ciudadanos a ejercer sus derechos y coadyuvan a mejorar la actuación de los prestadores del servicio.

La Iniciativa Canadiense de Normas del Servicio (OCDE, 1997: 283) establece los principios que debe seguir los departamentos y dependencias al instrumentar un enfoque al cliente. Incluye el compromiso de informar a los clientes acerca de cuáles servicios están disponibles y los reglamentos y decisiones aplicables. Las normas del servicio instrumentadas se volverán obligatorias por mandato.

La Carta de Servicios Públicos de Francia (OCDE, 1997: 283, 284) se ocupa de informar a los clientes en relación con sus derechos, mejorando la manera en la cual éstos son recibidos por los prestadores del servicio, simplificando los documentos y procedimientos públicos, incrementando los niveles de democratización y acercando más a los ciudadanos a la instrumentación de políticas. Informar acerca de los derechos que los clientes tienen es un asunto de vital importancia para la Carta francesa.

También establece algunos principios de indicación relacionados, con la administración de los servicios públicos y la información sobre estos es principalmente sobre su diversidad y cómo se puede tener acceso a ellos.

La Carta Belga para usuarios de servicios públicos (OCDE, 1997: 284) es una guía para los usuarios sobre la manera en que deben funcionar los servicios públicos. Establece tres principios generales que rigen la relación entre ambos: transparencia, acceso a los servicios y obligación de los prestadores de servicios a informar a los usuarios acerca de sus derechos. Precisamente uno de ellos muy importante para los asuntos de salud, es el derecho a la queja y a la reparación del daño.

Los Lineamientos de la Carta del Ciudadano del Sur de Australia (OCDE, 1997: 285) contienen declaraciones sobre los principios que rigen los servicios públicos. La información sobre los servicios se enfoca hacia una mayor concesión de facultades al cliente, es decir, se establece un compromiso con los ciudadanos, hay una obligación del Gobierno de rendir cuentas. Se apoya a las dependencias del sector público en el desarrollo de sus propias cartas.

En esta Carta se establece que los ciudadanos tienen derecho a normas explícitas, es decir, publicadas y exhibidas en el punto de la prestación del servicio.

Todas estas Cartas del Ciudadano constituyen un esfuerzo global para mejorar el desempeño de la Administración Pública, así como proporcionar información acerca de los servicios.

El eje de discusión para que la Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica se formalice jurídicamente, sería el reconocimiento de que el derecho a la salud es un derecho humano y constitucional.

El respeto a los derechos humanos no sólo es un mandato ético, varios de ellos están positivizados por lo que su violación entraña sanciones legales. Los derechos humanos en México están protegidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por la Ley General de Salud y por el reconocimiento que la Constitución hace en su artículo 133 a los diferentes instrumentos que nuestro país ha signado, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, entre otros pactos y declaraciones.

En México, el Presidente de la República Vicente Fox conjuntamente con el Secretario de Salud anunciaron la Carta de los Derechos de los Pacientes (12-12-2001) la cual establece diez condiciones mínimas para la calidad del servicio a los ciudadanos: atención médica adecuada; trato digno y respetuoso; recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; decidir libremente sobre su atención; otorgar o no su consentimiento válidamente informado; ser tratado con confidencialidad; contar con facilidades médicas para obtener una segunda opinión; atención médica en caso de urgencias; contar con un expediente clínico y ser atendido cuando se inconforme por el servicio recibido (*La Jornada* 12-12-2001: 5).

Consideramos que esto no es suficiente, se requiere ir más allá. La Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica que proponemos es una iniciativa que también tendrá que ser impulsada o promovida y discutida por los propios ciudadanos y ciudadanas, los prestadores del servicio (médicos y personal de salud), Organizaciones No Gubernamentales (ONG), representantes en la Cámara de Diputados y Senadores, y en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Comisión de Equidad y Género de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de la Mujer, así como el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal hasta alcanzar el rango de ley, donde se señalen claramente las sanciones en caso de incumplimiento.

Insistimos, esta Carta no puede quedar como un catálogo de buenas intenciones o un acto publicitario de la autoridad en turno, que será archivado como una declaración más de preceptos de carácter ético que debieran observarse tanto en la práctica médica como en la prestación de los servicios de salud.

En este sentido vale la pena recuperar las aportaciones hechas por Cobb y Elder (1986) sobre la estructuración de la agenda. En particular consideramos que para lograr captar la atención y el interés de las autoridades gubernamentales es preciso trabajar tanto en la agenda sistemática como en la agenda gubernamental. La primera de ellas, está integrada por todos los temas que son

percibidos comúnmente por los miembros de la comunidad política como meritorios de la atención pública y como asuntos que quedan dentro de los límites legales de la autoridad gubernamental. Ambas agendas prescriben el rango de intereses legítimos de la sociedad²⁰.

Cobb y Elder (1986) exponen que para que un asunto o un punto polémico adquiera el reconocimiento público, sus partidarios deben tener acceso a los medios masivos y contar con los recursos necesarios para llegar a los ciudadanos. En este sentido se propone que la mujer conozca el contenido de la propuesta de la Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica que la protege y compromete con su salud, por lo cual esta Carta deberá ser enviada a los hogares y/o estar disponibles en centros de salud y lugares de trabajo, entre otros.

Si no hay acción por parte de una serie de públicos no se llegará a la estructuración de la agenda sistemática. En paralelo la participación decidida de mujeres y familiares que han denunciado a la Comisión Nacional de Derechos Humanos y a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de los abusos y negligencia de que han sido objeto, también podrían iniciar el proceso de extensión de este asunto a otros públicos atentos e interesados hasta el punto de ampliarlo, incrementando con ello la probabilidad de su ingreso a la agenda gubernamental.

El momento más propicio para promover un asunto de esta naturaleza es cuando se aproximan procesos electorales, para entonces un grupo identificado con la difusión de esta Carta sería el encargado no sólo de extenderlo a otros grupos y públicos, sino también habrá expuesto en diferentes foros, como el Parlamento de las Mujeres, la importancia que para la ciudadanía tiene el que esta Carta adquiera el rango de ley y los beneficios de todo tipo incluyendo el político que se conseguirán.

Estaríamos discutiendo un asunto de tipo regulatorio según la clasificación de Lowi²¹ (1996), que causaría impactos específicos e individuales que se reflejarían, en el caso que nos ocupa, en un incremento de las alternativas u opciones individuales ante la prestación de un servicio. Pudiéramos pensar que su regulación es un asunto que beneficia a toda la ciudadanía, sin embargo, también es posible considerar que una parte se verá afectado en la medida que no cumpla con los deberes que esta misma Carta le impone. Y quizás los más afectados

²⁰ Cobb y Elder (1986) expresan que son necesarios tres prerequisites para que un asunto obtenga el acceso a la agenda sistemática: 1) atención amplia o al menos conciencia de la importancia del asunto que se discute, 2) interés compartido de una parte considerable del público en cuanto a que se requiere algún tipo de acción y 3) una percepción compartida de que el asunto tiene un interés adecuado para alguna autoridad gubernamental y se encuentra dentro de los límites de su autoridad.

²¹ Theodore Lowi (1996) expone tres categorías fundamentales de políticas públicas: 1) las distributivas, 2) las regulatorias y 3) las redistributivas, las cuales constituyen auténticas arenas de poder.

podieran ser los prestadores de servicio que no cumplen adecuadamente sus funciones, o bien, aquellos que quedan a merced de algunos ciudadanos que no se conducen adecuadamente. Una vez que la Carta se convierta en ley caerá dentro de la normatividad universal y en consecuencia su aplicación será general.

Como es muy probable que se presenten conflictos, será el propio Congreso de la Unión quien tome la decisión y ponga punto final a la disputa. La resolución favorable a la iniciativa será producto de haber construido y expuesto argumentos técnico-científicos no ideológicos de por qué la Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica es la mejor opción para atender la calidad en la prestación del servicio y de su *publicidad*²² en el sentido de manifestar que esta Carta responde al interés y necesidades de al menos un poco más de la mitad de la población (mujeres) en un asunto que se sostiene públicamente.

4.5 REFLEXIONES

Las decisiones de cómo –clínicamente– debe realizarse el examen del Papanicolaou y su periodicidad, le corresponde exclusivamente al grupo de médicos y autoridades en salud, expertos en la materia. La implementación, es decir, la operacionalización del *cómo*, *cuándo* y *dónde* deben hacerse los exámenes ginecológicos corresponde de manera conjunta a administradores y usuarios bajo el enfoque de la participación pública, cuidando que la falta de apreciación de muchos directores de programas o proyectos nacionales, de las características del cáncer cérvico uterino en el contexto de un problema de salud pública, no sean un obstáculo²³.

En este sentido el PNPCCC debe ser administrado bajo la visión de la gerencia pública en donde los principios de eficiencia, eficacia, equidad y calidad de los servicios, y la participación ciudadanía deben permear las acciones de la Administración Pública.

La Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadana en Salud Ginecológica, es un instrumento que la Administración Pública debe hacer suyo, para que las ciudadanas participen activamente en todo el proceso del diseño de Políticas Públicas en salud, particularmente en la implementación y evaluación de las mismas para reducir los índices de morbilidad y mortandad de las mujeres mexicanas por cáncer cérvico uterino.

La participación de las mujeres en los asuntos de salud pública ginecológica debe verse como un mecanismo para crear las condiciones necesarias que permitan

²² "Publicidad refiere la naturaleza pública, jurídica y sociopolítica del Estado, ya que la palabra 'publicidad' en nuestra lengua está demasiado asociada a actividades o campañas de promoción. En lengua germánica, el vocablo para designar la publicidad del Estado es *Offentlichkeit*, mientras que en inglés es *publicity*. En ninguno de los dos casos existe la homofonía con 'publicidad' que hay en español." (Bazúa y Valenti, 1993: 32).

²³ "Estos directores suelen ser ginecólogos con un enfoque eminentemente clínico y con una sobrecarga de tareas que compiten por su atención" (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1996: 589).

relaciones más cercanas y duraderas entre los prestadores del servicio y las usuarias del mismo, en un auténtico ejercicio de democracia deliberativa. La calidad en el servicio es el resultado de la participación de las usuarias y los servidores públicos.

El desarrollo de este trabajo se ha centrado fundamentalmente en el destinatario de las Políticas Públicas, bajo esta perspectiva y en la búsqueda de elementos que permitan mejorar el proceso de implementación de un programa público de diagnóstico y prevención de cáncer cérvico uterino, en el siguiente capítulo se abordará el estudio de las preferencias y decisiones que llevan a una mujer a realizarse o no el examen del Papanicolaou, con objeto de elaborar una estructura sobre la cual la Administración Pública y el análisis de Políticas Públicas pueden incidir puntualmente para conseguir una mayor participación y adherencia a estos programas.

4.6 BIBLIOGRAFÍA

- Anzieu, D. & Yves, M. (1993) *La dinámica de los grupos pequeños*. Biblioteca Nueva España.
- Bazúa, F. y Valenti, G. (1993) *¿Cómo hacer del Estado un bien público?* Sociológica, año 8, número 22, México.
- Barber, B. (1984) *Strong Democracy Participatory Politics for a new age*. Massachusetts, USA.
- Bohman, J. (1996) *Public Deliberation*. MIT Press, USA.
- Castro, R. y Bronfman, M. (1998) *Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión*. En Figueroa, J.G. (1998) *La condición de la mujer en el espacio de salud*. El Colegio de México, México.
- Cirigliano, G. y Villaverde, A. (1985) *Dinámica de Grupos y Educación*. Humanitas, Buenos Aires.
- Cobb, R. y Elder, Ch. (1986) *Participación en Política Americana. La dinámica de la estructuración de la agenda*. Noema Editores, México.
- Cohen, J. (1999) *Reflections on Habermas on Democracy*. Ratio Juris, Vol. 12, No. 4 December 1999 (385-416).
- _____ (2000) *Procedimiento y substancia en la Democracia Deliberativa en Democracia Transparente*, Vol. 4 Núm. 14, Abril-Junio de 2000, pp 24-47, México.
- Crosby, N., Kelly, J. y Schaefer, P. (1986) *Public Management Forum. Citizen Panels: A New Approach to Citizen Participation*. Public Administration Review, March/April.
- Dahl, R. (1996) *¿Después de la Revolución?* Gedisa, editorial. Barcelona, España.
- deLeon, P. (1992) *The Democratization of the Policy Sciences*. Public Administration Review, March/April 1992, Vol. 52. No. 2
- Elster, J. (1998) *Deliberative Democracy*. Cambridge University Press.
- Fischer, F. (1993a) *Citizen participation and the democratization of policy expertise: From theoretical inquiry to practical cases*. Policy Sciences 26: 165-187, 1993.

- Golob, T. Kitamura, R y Long, L. (1997) *Panels for Transportation Planning. Methods and Applications*. Kluw Academic Publishers, Boston.
- Kathlene, L. y Martin, J. (1991) *Enhancing Citizen Participation: Panel Designs, Perspectives, and Policy Formation*. Journal of Policy Analysis and Management, Vol. 10, No. 1, 46-63.
- Lazcano, P., Nájera, A., Alonso de Ruiz, P., Buiatti, E. y Hernández, M. (2000) *Indicadores y mecanismos de control de calidad en la organización de un programa de detección de cáncer de cuello uterino*, en Alonso de Ruiz, P., Lazcano, P. y Hernández, M. (2000) *Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. Médica Panamericana, UNAM-Fac. de Medicina, México.
- Lasswell, H. (1996) *La orientación hacia las políticas.*, en Aguilar, L. (1996) *El estudio de las Políticas Públicas*, pp: 79-103, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Lowi, T. (1996) *Políticas públicas, estudios de caso*, en Aguilar, L. *La hechura de las Políticas*. Miguel Angel Porrúa, México, pp. 89- 117.
- Ortwin, R., Webler, T., Rakel, H., Dienel, P. y Johnson B. (1993) *Public participation in decision making: A three-step procedure*. Policy Sciences 26: 189-214, 1993.
- Robles, S. (1996) *Tamizaje del cáncer de útero: presentación del número monográfico*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 121(6), 1996.
- Simrell, Ch. Feltey, K. y O'Neil, B. (1998) *The Question of Participation : Toward Authentic Public Participation in Public Administration*. Public Administration Review, Jul/August 1998, Vol. 58, No. 4.
- Summers, A. (1998) *Mental health consequences of cervical screening*. Psychology, Health & Medicine, Vol. 3, No. 1, 1998.
- Strange, J. (1972). *The Impact of Citizen Participation On Public Administration*. Public Administration Review, Vol. 32, 1972.
- Tapia, R. y Ávila, I. (2000) *Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino*, en Alonso de Ruiz, P., Lazcano, P. y Hernández, M. (2000). *Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. Médica Panamericana, UNAM-Fac. de Medicina, México.
- White, O. (1998) *The Ideology of Theocratic Empiricism and the Discourse Movement in Contemporary Public Administration. A Clarification*. Administration & Society, Vol. 30 No. 4, September 1998 471-476.

VIDEOCASETE

- INCan (Producción), y Cuevas, C. (Dirección) (25-07-2001) *Panel Ciudadano sobre el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino* (videocasete). (Disponible en Facultad de Psicología, cubículo 35, edificio C, UNAM, México).
- INCan (Producción), y Cuevas, C. (Dirección) (11-07-2001) *Reunión del grupo de autoayuda Nueva Visión* (videocasete). (Disponible en Facultad de Psicología, cubículo 35, edificio C, UNAM, México).

INTERNET Y BASES DE DATOS EN LÍNEA

- Acebes, A. *Carta de servicios del Centro de Información Administrativa MAP-España*. Última actualización: 10:08:2001 <http://www.igsap.map.es/cia/cartas/cartacia.htm>. Accesado el 13/08/01.
- Instituto Nacional del Cáncer en <http://www.publications.nci.nih.gov>. Accesado 15/04/01.

PUBLICACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1996) *Comunicaciones desde el terreno. Taller centroamericano sobre la detección del cáncer del cuello uterino*. Bol. Oficina Sanit. Panam. 121(16), 1996: 589-607.
- OCDE (1997) *Un Gobierno alerta. Iniciativas de servicios de calidad en la administración*. Departamento del Distrito Federal, PUMA, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, México.
- _____ (2001) *Citizens as Partners*.
- OSP (1996) *El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 121, No. 6, Dic. 1996

PUBLICACIÓN GUBERNAMENTAL

- Diario Oficial de la Federación 6-03-98. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1998, México.

ARTÍCULOS EN PERIÓDICOS

- Crossette, B. (2001) *Panel to find solutions for mexican immigrants*. New York Times, 25 June 2001, sec. A.
- *La Jornada*, 12-12-2001 *Nueva estrategia de desarrollo humano y social a partir del 1ero. de enero, anuncia Fox*, p. 5, México.
- *La Jornada*, 18-07-2003 *Destaca el ISSSTE logros de sus sistema de citas*, p. 23, México.

CAPÍTULO 5 DECISIONES, PREFERENCIAS Y CONDUCTAS DE SALUD

¿Peras o manzanas? ¿mantequilla o cañones? Todos experimentamos en nuestras vidas una serie de elecciones, grandes y pequeñas. ¿Qué hace a una elección racional? Una respuesta común es que todo depende de qué queremos, cuánto queremos y cómo podríamos conseguirlo. Cada opción tiene costos y consecuencias. Cuando las consecuencias son claras y los costos son iguales, el agente racional elige midiendo la cantidad de aquello que prefiere más. Cuando no son claras las consecuencias y costos, los agentes eligen calculando el beneficio neto probable de cada una de las opciones. La racionalidad es entonces un medio y no un fin. Es una relación de consistencia entre preferencias, información y acción.
Hargreaves, Hollis, Lyons, Sugden y A. Weale

5.1 INTRODUCCIÓN

La responsabilidad de la implementación de una política pública ha correspondido a los administradores, los encargados de ponerlas en acción. Los destinatarios de tales políticas han permanecido en la categoría de receptores de los servicios.

Hoy por hoy el papel de estos destinatarios es igual de importante que el de los tomadores de decisiones y los administradores, por ello es indispensable conocer cómo los ciudadanos toman decisiones, con relación a los programas que resultan de una política pública promovida por ellos.

Particularmente para los programas sanitarios, las conductas de salud en nuestro país no se presentan con la frecuencia deseada. La práctica del examen del Papanicolaou es quizás uno de los ejemplos más claros. En México el cáncer cérvico uterino constituye la primera causa de mortalidad en mujeres de 25 a 65 años (INEGI) no obstante ser una enfermedad curable en el cien por ciento de los casos si se detecta a tiempo.

En términos de recursos financieros este asunto adquiere dimensiones importantes de ser tomadas en cuenta, con el costo promedio¹ de atender a una mujer con alguna neoplasia o cáncer se pueden llevar a cabo cinco mil exámenes

¹ "Los costos unitarios estimados de las actividades del programa (Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino) asociados con la citología son de 11.6 dólares por su toma y lectura; 10.8 dólares por cada revisión colposcópica; y 4.1 dólares por estudio histopatológico." (Hernández y cols. 1997: 383).

del Papanicolaou (INCan videocasete, 2001) como una medida de diagnóstico y prevención de gran eficacia. El número de horas que se han perdido por muertes de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad productiva en los años 1998 y 1999, sólo por citar los más recientes da un total de 1760² horas anuales. Este número al ser incorporado a los años mencionados da los siguientes resultados:

1998 Mortalidad por tumores malignos del cuello del útero (INEGI)

De 25 a 34 años: 177 mujeres X 1760 horas = 311,520 horas productivas anuales perdidas.

De 35 a 44 años: 737 mujeres X 1760 horas = 1,297,120 horas productivas anuales perdidas.

De 45 a 64 años: 1,953 mujeres X 1760 horas = 3,437,280 horas productivas anuales perdidas.

Total 5,045,920 horas productivas anuales perdidas de las cuales 1,513,776 corresponden al 30% de la población femenina económicamente activa (INEGI, 2001) que impacta al Producto Interno Bruto (PIB).

1999 Mortalidad por tumores malignos del cuello del útero (INEGI)

De 25 a 34 años: 254 mujeres X 1760 horas = 447,040 horas productivas anuales perdidas.

De 35 a 44 años: 723 mujeres X 1760 horas = 1,272,480 horas productivas anuales perdidas.

De 45 a 64 años: 1,968 mujeres X 1760 horas = 3,463,680 horas productivas anuales perdidas.

Total 5,183,200 horas productivas anuales perdidas de las cuales 1,554,960 corresponden al 30% de la población femenina económicamente activa (INEGI, 2001) que impacta al Producto Interno Bruto (PIB)

2000 Mortalidad por tumores malignos del cuello del útero (INEGI)

De 25 a 34 años: 220 mujeres X 1760 horas = 387,200 horas productivas anuales perdidas.

De 35 a 44 años: 748 mujeres X 1760 horas = 1,316,480 horas productivas anuales perdidas.

De 45 a 64 años: 1,960 mujeres X 1760 horas = 3,449,600 horas productivas anuales perdidas.

Total 5,153,280 horas productivas anuales perdidas de las cuales 1,545,984 corresponden al 30% de la población femenina económicamente activa (INEGI, 2001) que impacta al Producto Interno Bruto (PIB)

Otro indicador importante en este problema de salud pública, es el índice de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) el cual se refiere a los años de vida que pierde una sociedad por cada defunción que ocurre antes de un límite definido. Para su cálculo generalmente se utiliza la cifra vigente de la esperanza de vida al

² Supuestos: jornada laboral promedio de ocho horas diarias, cinco días a la semana y once meses, ya que se descuentan vacaciones y días feriados. Se incluye también el trabajo del hogar.

nacimiento, o bien, un límite o punto de corte específico teóricamente alcanzable por todo individuo (Santacruz y Aceves, 1994: 587).

A continuación presentamos el cálculo de los índices de AVPP con información disponible para los años de 1998 (año en que se instrumentó el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino) 1999 y 2000

Cálculos:

$$AVPP = \sum n_i (L_{sup} - X_i)$$

donde

n_i = número de defunciones en el n -ésimo grupo de la población bajo estudio.

L_{sup} = límite superior del intervalo o punto de corte establecido.

X_i = punto medio de clase del n -ésimo grupo de la población.

La esperanza de vida de la mujer mexicana, para los cálculos, se estimó en 70 años, según los datos más recientes del INEGI (2002).

MUERTES DURANTE 1998 POR CÁNCER CÉRVICO UTERINO
RANGO DE EDADES DE 25 A 64 AÑOS

EDADES	X_i (punto medio)	n_i
25-34	30	177
35-44	40	737
45-64	55	1953
total		2867

Tabla 1. Intervalos de edades, punto medio y número de muertes 1998

$$\begin{aligned} AVPP_{1998} &= 177(70 - 30) + 737(70 - 40) + 1953(70 - 55) \\ &= 7080 + 22110 + 29295 \\ &= 58,485 \text{ años de vida potencial perdidos.} \end{aligned}$$

MUERTES DURANTE 1999 POR CÁNCER CÉRVICO UTERINO
RANGO DE EDADES DE 25 A 64 AÑOS

EDADES	X_i (punto medio)	n_i
25-34	30	254
35-44	40	723
45-64	55	1968
total		2945

Tabla 2. Intervalos de edades, punto medio y número de muertes 1999

$$\begin{aligned} AVPP_{1999} &= 254(70 - 30) + 723(70 - 40) + 1968(70 - 55) \\ &= 10160 + 21690 + 29520 \\ &= 61,370 \text{ años de vida potencial perdidos.} \end{aligned}$$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MUERTES DURANTE 2000 POR CÁNCER CÉRVICO UTERINO
RANGO DE EDADES DE 25 A 64 AÑOS

EDADES	X_i (punto medio)	n_i
25-34	30	220
35-44	40	748
45-64	55	1960
total		2928

Tabla 3. Intervalos de edades, punto medio y número de muertes 2000

$$\begin{aligned} AVPP_{2000} &= 220(70 - 30) + 748(70 - 40) + 1960(70 - 55) \\ &= 8800 + 22440 + 29400 \\ &= 60,640 \text{ años de vida potencial perdidos.} \end{aligned}$$

En suma, las pérdidas o costos son en definitiva muy altos, además del sufrimiento y de todo lo que implica –en términos cualitativos– la muerte de mujeres jóvenes, que dejan hijos en edades que más la necesitan. Datos publicados por INEGI (*Mujeres y Hombres 2002*) manifiestan que de los 22.6 millones de hogares que existen en el país, 4.7 millones son encabezados por mujeres quienes en su mayoría son viudas, divorciadas o separadas (seis de cada 10 en los 3 casos). Mientras que las jefas de familia solteras, casadas o en unión libre son 4.5 y 8 de cada 10 respectivamente.

En esta perspectiva, las preferencias y la toma de decisiones de los destinatarios de los programas de salud, constituyen el corazón de este capítulo.

En la primera parte se presentan las principales tesis de Jeremy Bentham y John Stuart Mill sobre el utilitarismo; los fundamentos teóricos sobre preferencias y toma de decisiones de destacados matemáticos, economistas y psicólogos. En la segunda parte se recuperan las tesis desarrolladas por Kanheman y Tversky sobre las preferencias estructuradas en marcos de referencia (positivos, neutros y negativos), así como su impacto en asuntos de salud. En la tercera parte se presentan los resultados de aplicar el modelo desarrollado por Kanheman y Tversky a una muestra aleatoria de 802 mujeres del Distrito Federal y zona conurbada, en uno de los diez problemas de salud pública en México: el cáncer cérvico uterino (de la Fuente y Sepúlveda, 1999). En la cuarta y última parte se presentan algunas reflexiones resultado de la investigación, que nos conducen a repensar la forma de implementar una política pública en salud.

5.2 MARCO TEÓRICO³

5.2.1 UTILITARISMO

Desde la perspectiva de la filosofía política el utilitarismo está basado en el principio de "los mayores bienes para el mayor número" (The Encyclopedia of Sociology, 1981: 295).

³ El desarrollo de la teoría matemática de las preferencias se debe en buena parte a las ideas centrales que presentó, Beatriz Rumbos en una conferencia en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), el 30 de julio del 2001

La palabra utilitarismo fue inventada de forma casual por Bentham y reinventada por J. S. Mill, quien la aplicó específicamente a sus propias doctrinas (Sillis, 1982: 588).

El modelo utilitarista de Bentham postula que existe "algo" que promueve el interés –o es del interés– de un individuo cuando tiende a incrementar la suma total de sus placeres, o a disminuir la suma total de sus dolores (Bobbio, 1982: 1656). Su modelo es una cuantificación matemática del placer y del dolor, su interés por el hombre y la sociedad es material. Podemos resumirlo diciendo que tanto el placer como el dolor son una función matemática de las siguientes variables independientes (Bobbio y Matteucci, 1982: 1656-1657): Intensidad (I), Duración (D), Certeza (C), Lejanía (L), Fecundidad (F), Pureza (P) y Amplitud (A) en las siguientes expresiones matemáticas:

$$V(p) = f(I, D, C, L, F, P, A)$$

$$V(d) = f(I, D, C, L, F, P, A)$$

donde

V(p) = valor del placer

V(d) = valor del dolor

Entonces, la capacidad para producir placer o dolor será igual a $V(p) + V(d)$, si $V(p)$ es mayor a cero será un indicador de la buena tendencia a la acción en su conjunto, en beneficio de los intereses de la persona de forma individual. Por el contrario, si $V(p)$ es menor a cero será un indicador de la mala tendencia a la acción en su conjunto, en beneficio de los intereses de la persona de manera individual.

Por su parte para John Stuart Mill el utilitarismo o principio de la mayor felicidad sostiene que las acciones son buenas en la medida en que tienden a promover la felicidad y, por felicidad, Mill entiende el placer y la ausencia de dolor (Mill, 1974: 28-29):

El credo que acepta la Utilidad o Principio de la Mayor Felicidad como fundamento de la moral, sostiene que las acciones son justas en la proporción con que tienden a promover la felicidad; e injustas en cuanto tienden a producir lo contrario de la felicidad. Se entiende por felicidad el placer, y la ausencia de dolor; por infelicidad, el dolor y la ausencia de placer.

A diferencia de Bentham, para Mill los diversos placeres no difieren sólo en cantidad sino sobre todo en calidad, en este sentido reivindica el aspecto cualitativo del placer sobre el cuantitativo (Bobbio, 1982: 658):

(...) Mill le confiere a la organización social en cuanto tal una función eficaz e insustituible en la realización del principio utilitarista; la intervención en la sociedad como realidad supraindividual autónoma es condición imprescindible para la consecución de la felicidad general. No solo ella, pues también la contribución individual a la felicidad de los demás es motivo de acción para los efectos de la felicidad.

Bentham y Mill coinciden en expresar que los individuos son los mejores jueces de sus propios intereses, por lo tanto se deben respetar sus preferencias. La mejor forma de hacerlo es reconociendo que toda preferencia, por el hecho de ser detenada, conlleva la presunción de que es auténtica, y no es adaptable o manipulable.

En el utilitarismo se respeta al individuo y a sus preferencias, pues se reconoce a éstas como suyas y tendrá que ser responsable por ello. Deberá, igualmente, respetar las preferencias autónomas, es decir, las informadas del individuo y no por parte de alguna instancia superior. Supongamos que un individuo X está contento con lo que se posee y afirma que sus preferencias están satisfechas. ¿Cómo sabemos si sus preferencias están satisfechas sólo porque son adaptables? Tal vez ofreciéndole más de lo que ya tiene u otras cosas que no tiene. Si las rechaza esto muestra que sus preferencias no eran adaptables, porque quizás X ignoraba que podía tener más cosas (o a lo mejor en un cierto tiempo no podría tenerlas) y estaba, sin embargo, generalmente satisfecho. Si X quiere más de lo que tiene muestra que su preferencia no es adaptable; pero si X no quiere más de lo que tiene, esto no muestra que su preferencia es adaptable.

El asunto, estrictamente hablando, es de naturaleza política y de Políticas Públicas en el sentido de maximizar el placer del mayor número de ciudadanos. Cualquier política pública podría en principio ser medida en términos de su utilidad. Por ejemplo, ¿qué deben hacer las autoridades gubernamentales con las mujeres que no acuden a realizarse el examen de diagnóstico y están satisfechas con esa conducta? El utilitarismo diría que no deben acudir si al hacerlo van a tener que faltar un día al trabajo, les da pena que las atienda un hombre, las van a lastimar físicamente o les van a dar resultados no deseados. Pero no dicen –en cambio– que no incremente las opciones de salud de la mujer, más allá de sus preferencias actuales.

Un gobierno utilitarista puede abrir centros de salud para detección temprana de cáncer cérvico uterino que laboren los fines de semana, que los exámenes sean practicados por mujeres y que en caso de un resultado positivo se le brinde toda la atención médica y psicológica requerida; antes de que las mujeres reclamen este tipo de servicios, después de la creación de estos centros de diagnóstico; si la mujer X no acude a ellos pudiendo hacerlo, entonces sabremos que su preferencia por no concurrir al centro de diagnóstico no es adaptable. Sin embargo, los recursos del gobierno son limitados y escasos. ¿Debe un gobierno utilitarista crear más opciones o alternativas que pocos o ningún ciudadano demanda –que tienen altos costos– sólo para probar que las preferencias de los ciudadanos no son aceptables? Más allá de la provisión adicional de ciertos bienes básicos (por definición útiles para todos los ciudadanos) no parece que deba hacerlo, pues es más probable que en este caso disminuya la felicidad a que aumente.

Existe evidencia empírica que las mujeres no asisten a realizarse el examen del Papanicolaou por miedo a ser las lastimadas físicamente o a que se descubra que tienen alguna neoplasia o cáncer (evitar el dolor físico o espiritual). En esta dirección, Isaiah Berlin (en Lukes, 1998: 312) expresa:

(...) que el conocimiento es incompatible con la felicidad. Platón y otros filósofos lo negarían absolutamente, y así también Marx. Con todo, si supiera que tengo cáncer no creo que por ello sería más feliz. Algunos podrían decir que tal conocimiento me da libertad, puesto que conociendo mi enfermedad sabría qué hacer; pero puede darse el caso que no supiera. El cáncer con frecuencia es una enfermedad mortal, y en tal caso estaría sin lugar a dudas desesperado sabiendo que lo tengo, etcétera.

En suma, no se puede perturbar al individuo que detenta una cierta preferencia, obligándolo a actuar en contra de ella. Lo que si se puede hacer es ofrecerle nuevas alternativas y opciones. Pero si el costo de esas opciones recae sobre toda la sociedad hay que limitarse (salvo casos de acuerdo unánime) a pocas opciones nuevas, respecto de las que existe abrumadora evidencia empírica de que son requeridas por la gran mayoría de los individuos (como ya hemos dicho, los bienes de primera necesidad).

5.2.2 PREFERENCIAS Y DECISIONES: TESIS Y EVIDENCIAS

A pesar de que todos los días tomamos decisiones, el proceso de decidir no es un asunto fácil. ¿Cómo el hombre toma decisiones?, ha sido objeto de estudio desde el siglo XVII y permanece aún vigente en este siglo XXI.

Las Matemáticas y la Economía han sido las dos disciplinas que más han contribuido a explicar cómo opera el mecanismo de la toma de decisiones, recientemente lo ha hecho la Psicología, y la Administración Pública empieza a trabajar en ello.

Quizás los primeros estudios sobre este asunto, formalmente estructurados, datan del siglo XVII con los trabajos desarrollados por Pascal y Fermat, posteriormente en siglo XVIII aparecen los estudios desarrollados por la familia Bernoulli –familia suiza de distinguidos matemáticos– con aportaciones muy importantes para comprender cómo el ser humano toma decisiones.

La microeconomía moderna ha estudiado al individuo que toma decisiones de manera “racional”⁴. Supone además que las teorías que subyacen al comportamiento del tomador de decisiones son fundamentalmente tres, teoría de la:

- 1.- Utilidad.
- 2.- Utilidad Esperada.
- 3.- Utilidad Esperada Subjetiva.

Cada una de ellas será brevemente explicada a continuación.

⁴ Un hombre es racional desde la perspectiva de la Economía si cumple al menos con dos supuestos: reflexividad y transitividad.

Si un individuo tiene que decidir entre comer carne, pasta o una ensalada, escogerá aquella que le dé mayor beneficio o utilidad. Una forma de modelar esta situación, y en general para la toma de decisiones es suponer que el tomador de decisiones *ordena* un conjunto de alternativas según sus preferencias y elige la que él considera la "mejor". Esto desde luego es muy subjetivo, habría que ser más puntuales y es precisamente la *Teoría de la Utilidad* la que formaliza este razonamiento.

5.2.2.1 TEORÍA DE LA UTILIDAD

La Teoría de la Utilidad fue desarrollada en las décadas de los años 40 y 50 del siglo pasado. Sus representantes han sido Arrow, Debreu, Birklorf, Eslenberg y Richter cuyo trabajo fue formalizar el proceso de toma de decisiones anteriormente descrito. Se tiene una idea subjetiva de orden, que vamos a llamar una relación de preferencia sobre el conjunto de alternativas y cada alternativa tiene algún valor numérico, de manera que elegir la mejor alternativa sea la que tenga el valor más grande. Formalmente la relación de preferencia sería la siguiente:

$$\begin{aligned} f: x &\rightarrow x \\ x \leq y &\Leftrightarrow f(x) \leq f(y) \quad \forall x, y \in X \end{aligned}$$

donde

\leq se lee "es preferido a"

5.2.2.2 TEORÍA DE LA UTILIDAD ESPERADA

¿Cómo se explica esto? Si un individuo está frente a una lotería⁵ en donde cada alternativa tiene una probabilidad de ocurrencia ¿cómo el tomador de decisiones evalúa una lotería?, la respuesta según esta teoría es con el *valor esperado*. Por ejemplo se lanza una moneda no "cargada" y si sale *águila* el premio es de \$2 y si sale *sol* se pierde \$1; el valor esperado de la lotería (L) será el siguiente:

$$E(L) = 1/2(2) + 1/2(-1) = \$0.50$$

Cincuenta centavos es lo que vale esta lotería para el tomador de decisiones, esto significa que en principio el tomador de decisiones estaría dispuesto a pagar el valor de la lotería (\$0.50) por entrar a ésta.

Pascal y Fermat en el siglo XVII establecieron formalmente la función de la utilidad esperada como sigue: el valor que tiene para un individuo una lotería X con premios x_1, x_2, \dots, x_n con probabilidades p_1, p_2, \dots, p_n está dada por su valor o utilidad esperada.

Sin embargo, un siglo después llega uno de los matemáticos de la familia Bernoulli, quien demuestra que esto no funciona porque los individuos toman en

⁵ Se tiene un caso en el que una persona recibirá, para $i = 1, 2, \dots, n$, una recompensa r con probabilidad p_i . A esto se le llama lotería $(p_1, r_1; p_2, r_2; \dots, p_n, r_n)$ (Winston, 1994:720).

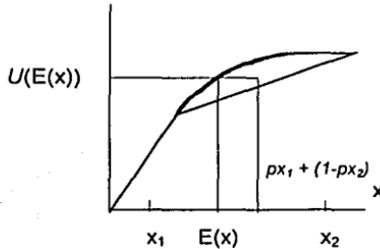
cuenta "algo" que no es posible valorizar y a esto se le conoció como la paradoja de "San Petesburgo"⁶.

Daniel Bernoulli propone la siguiente solución a tal paradoja. Sucede que los individuos no evalúan los premios monetarios de una lotería de forma lineal \$10 no valen el doble de \$5. Para modelar esto suponemos una función de utilidad:

$$U : \{ \text{premios} \} \rightarrow \mathbb{R}$$

En lugar de evaluar esta función con el valor esperado $\sum u(x_i)P_i$ se calcula con el valor esperado de la utilidad. Si $U(x) = \ln x$ entonces $\sum \ln(2^{n-1}) = \ln 2$

Pasaron casi dos siglos y nuevas aportaciones al proceso de toma de decisiones surgieron. Una de ellas fue la demostración de que la función de utilidad es cóncava, lo cual significa que los individuos son aversivos al riesgo; y si la función de utilidad fuera lineal diríamos simplemente que los seres humanos son neutrales al riesgo. Gráficamente lo podemos representar de la siguiente forma.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 1. Función de utilidad cóncava. Fuente: (Winston, 1994: 732).

Una función de utilidad cóncava significa una conducta contraria o aversiva al riesgo. En términos sencillos significa que en una lotería se ofrecen dos opciones: 1) pueden ganar \$20 con probabilidad $\frac{1}{2}$ o \$5 con probabilidad $\frac{1}{2}$; 2) ofrecer \$12.50 sin necesidad de jugar. El valor esperado de esta lotería es de \$12.50, entonces la gente va a preferir que le den los \$12.50 en lugar de jugar, simplemente porque son aversivos al riesgo, o bien, su conducta es contraria al riesgo.

Sin embargo, también existen individuos que les gusta el riesgo, cuya función de utilidad es convexa. Garantizar esta función de utilidad para quienes son "amantes" del riesgo no es algo sencillo. Fue en el año de 1944 con la Teoría de Juegos desarrollada por Von Neumann y Morgenstern que buscó resolver el

⁶ Por ejemplo suponga que se lanza una moneda no "cargada" repetidamente hasta que salga "águila", si en el primer tiro sale se gana \$1, si es en el segundo \$2, en el tercero \$4 y así sucesivamente. 1, 2, 4, 8, ... 2^{n-1} ¿En cuánto se evalúa esta lotería? Las probabilidades asociadas a cada resultado son $1/2$ en el primer tiro, $1/4$ en el segundo, $1/8$ en el tercero y así progresivamente. Al calcular el valor esperado de esta lotería podemos observar que nadie estaría dispuesto a pagar arriba de \$5. No hay nadie que evalúe esta lotería con el valor esperado $\sum 1/2 = \infty$.

problema. Pero como el proceso de toma de decisiones es muy complejo, en 1953 surgió la paradoja de Allais⁷ que, de manera muy resumida, demuestra que ciertas alternativas ni son lineales ni independientes. En suma, la convexidad de la función de utilidad aún no está resuelta.

En el año de 1981 Kahneman y Tversky presentaron su modelo de preferencias relacionado con el concepto llamado *marco de referencia*, buscando con ello debilitar la falta de independencia en las alternativas. Estos autores demuestran que a pesar de que los resultados son los mismos en las alternativas presentadas, las preferencias de los individuos no son consistentes, lo cual es explicado por la forma en que la información de cada opción es estructurada ya sea en términos positivos (ganancia) o negativas (pérdidas). Las críticas que han recibido van en el sentido de que para modelar las preferencias de los individuos necesitan asignarle valores al marco de referencia y esto, desde luego, no es sencillo. Por ejemplo, cómo cuantificar la ganancia –no monetaria– de que una mujer por practicarse el examen del Papanicolaou sepa que el cuello de su matriz está sano. A pesar de sus limitaciones, en dos campos han tenido éxito: salud y mercadotecnia.

5.2.2.3 TEORÍA DE LA UTILIDAD ESPERADA SUBJETIVA

Los problemas reales a los que el individuo se enfrenta, en su mayoría no son cuantificables, ni tampoco son lanzamiento de monedas o tirada de dados o juegos al azar. Son situaciones reales en donde el tomador de decisiones imagina o forma una medida de probabilidad subjetiva y con relación a ella toma sus decisiones, en este sentido se trata de tomar decisiones en condiciones de incertidumbre que, por cierto, son las más comunes. Un problema de esta naturaleza sería por ejemplo, cuál es la probabilidad que en las próximas elecciones del 2006 para Presidente de la República vuelva a ganar el PAN. Savage en 1954 y Auman en 1963 desarrollaron la teoría de la utilidad esperada subjetiva en donde supusieron un conjunto de estados del mundo no determinista y un conjunto de consecuencias, ya sea ganancias o pérdidas, asociadas a cada uno de los estados, donde los individuos van a llevar a cabo sus preferencias. Para esta teoría de la *utilidad esperada subjetiva* una vez más surge una nueva

⁷ Paradoja de Allais "Imaginemos que enfrentamos el problema 1. Las recompensas son monetarias: sus valores absolutos no importan y se pueden interpretar en cualquier tipo de cambio. Problema 1 escoger entre:

A: 2 500 con una probabilidad de 0.33, 2 400 con una probabilidad de 0.66 y 0 con una probabilidad de 0.01

B: 2 400 con toda certeza

Ahora imaginemos que en lugar del problema 1 enfrentamos el siguiente:

Problema 2: elegir entre

C: 2 500 con una probabilidad de 0.33 y 0 con una probabilidad de 0.67

D: 2 400 con probabilidad de 0.34 y 0 con probabilidad de 0.66

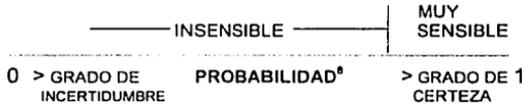
En experimentos en los cuales se usaron ejemplos similares, muchas personas eligieron B en el problema 1 y C en el problema 2. En el experimento cada uno de los problemas fue presentado a 72 personas. En el problema 1, 82% de la muestra eligió B; en el problema 2, 83% escogió C. De acuerdo con la teoría de la utilidad esperada, este modelo de elección es irracional: cualquier persona racional que elija B en el problema 1 debe escoger D en el problema 2, y viceversa (Hargreaves, Hollis y Weale, 1992, p. 37 citado por Ayala, 2000: 119).

paradoja, la de Ellsberg donde se demuestra que las preferencias por no ser lineales hay problemas de aditividad.

En suma, modelar las preferencias de los sujetos, como hemos podido observar, es un asunto complejo que requiere de mucha investigación interdisciplinaria con una fuerte dosis matemática, económica, sociológica y psicológica.

5.2.2.4 LAS PREFERENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE DANIEL KAHNEMAN Y AMOS TVERSKY

Para Kahneman y Tversky (1982) la amenaza de una pérdida tiene un impacto mayor sobre una decisión que ofrece la posibilidad de obtener una ganancia equivalente. La gran mayoría de las personas son generalmente muy sensibles a la diferencia entre certidumbre y alta probabilidad de ocurrencia; y relativamente insensibles a valores intermedios de probabilidad. Gráficamente lo podemos representar de la manera siguiente:



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 1. Comportamiento de los individuos ante la certeza e incertidumbre de un suceso.

El arrepentimiento asociado a una pérdida por una acción realizada, tiende a ser más intenso que el arrepentimiento asociado con la inacción o una oportunidad perdida. Estas observaciones y otras de carácter similar contribuyeron a entender cómo la gente toma decisiones, así como elucidar algunos factores importantes subyacentes a la elección racional. Kahneman y Tversky (1979) critican el modelo de la elección racional en el proceso de la toma de decisiones, diciendo que los axiomas que postula la teoría de la utilidad esperada son violados y de ahí su propuesta de un modelo descriptivo que tome en cuenta la elección en condiciones de riesgo.

Para clarificar lo anterior veamos el siguiente ejemplo:

• Suponga que participa en un juego donde tiene que elegir sólo una de las dos siguientes opciones:

(A) gana \$80 seguro (probabilidad del 100%)

o

(B) puede ganar \$100 con una probabilidad del 85%, o no ganar nada con una probabilidad del 15%

⁸ Supuesto un experimento aleatorio (A), con espacio muestral asociado Ω y álgebra de sucesos asociada \mathcal{Q} , la probabilidad se define como una aplicación del álgebra de sucesos \mathcal{Q} en el intervalo estrictamente cerrado $[0, 1]$ que satisface los tres axiomas siguientes:

$$P: \mathcal{Q} \rightarrow [0, 1]$$

$$1 - 0 \leq P(A) \leq 1$$

$$2 - P(\Omega) = 1$$

$$3 - P(A \cup B) = P(A) + P(B), \Leftrightarrow A \cap B = \emptyset$$

¿Cuál escogería?

(A) o (B)

La gran mayoría de la gente a quien se le presenta este juego elige la opción (A) de ganancia segura (Kahneman y Tversky, 1982). Este juego o lotería fue presentado a 149 estudiantes de las facultades de Contaduría y Administración, Psicología, y Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM (2001); 61% eligieron la opción A, a pesar de que el juego tiene una *esperanza monetaria* $E(M)$ mayor que el resultado seguro.

$$E(M) = 100(.85) + 0(.15) = \$85$$

Esta esperanza refleja el valor monetario promedio del juego. Si alguien fuera a jugar este juego muchas veces, la ganancia promedio sería de alrededor de \$85 por juego, mayor a \$80

Aunque B tiene un valor esperado mayor que A, la mayor parte de las personas preferirán A en lugar de B, porque A ofrece la certeza de una paga relativamente "grande"; mientras que B tiene una probabilidad de 0.15 de no ganar nada.

En suma, la mayor parte de las personas preferirán A en lugar de B, porque A representa menos riesgo (o incertidumbre) que B.

Una elección es contraria al riesgo si el resultado seguro se prefiere al juego en donde éste tiene un valor mayor o igual a la esperanza monetaria.

Una elección tomada en condiciones de riesgo, se presenta si un resultado cierto o seguro se rechaza a favor del juego que tenga una esperanza monetaria promedio igual o menor.

La hipótesis de que la gente generalmente toma decisiones contrarias al riesgo ha sido ampliamente discutida por los economistas, quienes asumen que un consumidor o un emprendedor elegirá una empresa riesgosa sobre otra segura, sólo cuando la esperanza monetaria de tal empresa sea suficientemente alta para compensarle el riesgo que está asumiendo.

Desde la perspectiva psicológica (Kahneman y Tversky, 1982) por el contrario, expresan que cuando se tiene que elegir entre una pérdida segura o una pérdida un poco mayor a aquella con probabilidad de ocurrencia alta y con probabilidad baja de no perder nada, escogerán generalmente esta última.

Para tener una idea más clara sobre las elecciones en condiciones de riesgo imaginemos el siguiente ejemplo desarrollado por Kahneman y Tversky (1982):

•Suponga que es obligado a participar en el siguiente juego donde tiene que elegir **sólo una** de las dos siguientes opciones:

(C) pierde \$80 seguro (probabilidad del 100%).

o

(D) puede perder \$100 con una probabilidad del 85%, o no perder nada con una probabilidad del 15%

¿Cuál escogería?

(C) o (D)

En este juego la gran mayoría prefiere elegir la opción D a C, no obstante que la esperanza matemática de la pérdida es superior a la pérdida segura.

La esperanza monetaria del juego es la siguiente:

$$E(M) = -100(.85) + 0(.15) \\ = -\$85$$

Este juego fue igualmente presentado a los 149 estudiantes antes mencionados, 83% eligieron la opción D.

La preferencia mayoritaria decidió asumir el riesgo. De esto se deduce un cierto patrón de comportamiento: las preferencias por las ganancias seguras son contrarias al riesgo y las preferencias sobre pérdidas se toman en condiciones de riesgo.

Esta estructura ha sido confirmada en problemas hipotéticos con resultados diferentes al dinero, tales como duración del dolor, el número de vidas que pueden perderse en una epidemia o vidas que logran ser salvadas por la intervención médica.

La idea central de la teoría de las preferencias es que la utilidad no es una función lineal del dinero: una ganancia de dos mil pesos contribuye menos del doble cuando mucho a la utilidad de una ganancia de mil pesos. Así como tampoco la mayor esperanza monetaria tiene la mayor utilidad esperada.

En esta perspectiva se asume que el tomador de decisiones selecciona la opción con la mayor utilidad, ya sea que la opción tenga o no la mayor esperanza monetaria.

¿Cómo identifica la gente los resultados de una decisión? Para Bernoulli (1954) la utilidad se asigna a estados de bienestar, Kahneman y Tversky (1982) hacen su análisis de elecciones en términos de cambios de bienestar, más que en estados de bienestar.

El análisis clásico que hacen los economistas es que las preferencias reflejan una visión comprehensiva de las opciones. Simon Herbert (1986) critica esta visión a través de su modelo llamado *racionalidad limitada*, en el que describe al hombre como "es". Asume la dificultad de no tener una racionalidad total para analizar los problemas, explorando las limitaciones que tiene el ser humano. La toma de decisiones bajo las premisas de este modelo se fragmenta. Su modelo descansa en el reconocimiento de que el ser humano tiene:

- Límites en sus valores y conocimientos, es decir, nadie conoce todo y tampoco se tiene, invariablemente, un juicio adecuado para cada situación, y
- El sujeto se encuentra limitado por su grado de capacidad, hábitos y reflejos cuyo desarrollo tiene un límite.

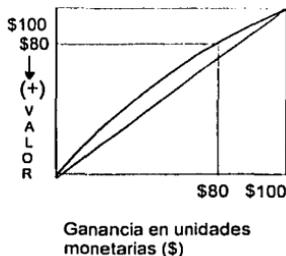
Kahneman y Tversky (1979, 1982) identifican las consecuencias como ganancias o pérdidas relativas a un punto neutro (*status quo*). Esta forma de cálculo mental puede dirigirnos a elecciones inconsistentes, porque la misma consecuencia objetiva puede ser evaluada en más de una forma.

Para explicar las elecciones introducen una función que asocia un valor subjetivo a cualquier cantidad que puede ganarse o perderse llamada *función valor*⁹.

⁹ Para Bernoulli (1954: 23) el concepto de *valor* que se emplea en la siguiente regla: "Los valores esperados se calculan multiplicando cada posible ganancia por el número de formas en que pueden ocurrir, dividiendo la suma de estos productos por el número total de casos posibles, bajo el

Como en la teoría clásica de la utilidad, las condiciones y la aversión al riesgo se explican por la curvatura de la función que relaciona valores subjetivos a valores objetivos. Al considerar primeramente la función valor de las ganancias, se supone que las ganancias tienen un valor positivo y que el *status quo* tiene un valor subjetivo de cero. Kahneman y Tversky (1979,1982) asumen que la función valor de las ganancias es cóncava descendente, de manera tal que cada unidad monetaria extra ganada añade menos valor que la precedente. Esta concavidad de la función valor es compatible con la impresión común que la diferencia entre una ganancia, por ejemplo, de \$100 y una de \$200; es más, significativa que la diferencia entre una ganancia entre \$1,100 y una de \$1,200 no obstante que en ambos casos la diferencia en términos monetarios es la misma \$100. Este razonamiento de la función valor nos muestra claramente la aversión al riesgo.

Si consideramos la elección entre una ganancia segura y un juego o lotería que ofrece cierta probabilidad de una gran ganancia y cierta probabilidad de no ganar nada; la ventaja de una gran ganancia segura se evalúa en la región más plana de la función valor, donde los incrementos monetarios producen aumentos relativamente pequeños en el valor. La ventaja que ofrece el resultado seguro sobre cualquier otra ganancia con cierta probabilidad de ocurrencia, es evaluada en la región con mayor pendiente de la función valor, donde cada unidad monetaria, produce una gran diferencia en el valor. Precisamente porque el valor no es una función lineal, el resultado seguro se acerca más a la mayor ganancia en términos del valor que le representa a quien toma la decisión, que en términos de unidades monetarias. La gráfica 2 ilustra gráficamente lo anterior. En suma, la forma cóncava de la función valor favorece la preferencia de aversión al riesgo, sobre resultados seguros desde una perspectiva de riesgo.



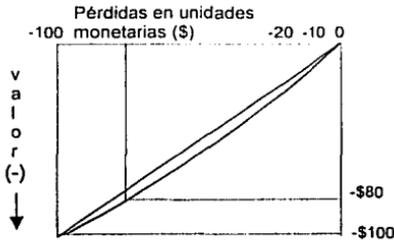
Gráfica 2. Función valor cóncava (Fuente: Kahneman y Tversky, 1982: 162).

supuesto de que todos los casos son equiprobables* (1954: 23), puede definirse de tal forma que sea universalmente aceptada y sin reservas. Y para hacerlo, la determinación del *valor* de un artículo no puede basarse en su *precio*, sino en la *utilidad* que le produce o representa. El precio del artículo sólo depende de este en sí mismo y es igual para todos; la utilidad, sin embargo, es dependiente de las circunstancias particulares de la persona que hace la estimación. De esta manera no hay duda, que una ganancia de 1000 ducados es más significativa para un pobre que para un hombre rico, no obstante que ambos ganarán la misma cantidad, dice Bernoulli.

TRICIS CON
MILLA DE ORIGEN

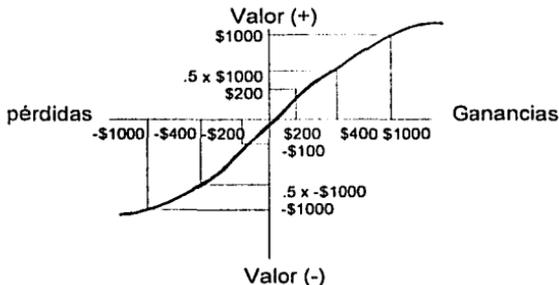
Para explicar la dinámica de las preferencias hacia el riesgo en elecciones que involucran pérdidas, Kahneman y Tversky (1982) asumen que la función valor para las pérdidas es convexa, de manera tal, que cada unidad monetaria extra de pérdida da como resultado un pequeño cambio en el valor con respecto al que le precede. Esta propuesta también es concordante con la impresión común de que la diferencia entre una pérdida de \$100 y una de \$200, parece más significativa, que la diferencia de una pérdida de \$100 en una cantidad de \$1,100; y una de \$200 en una cantidad de \$1200.

La forma convexa de la función valor de las pérdidas favorece la preferencia por el riesgo en una apuesta sobre una pérdida segura. La ventaja del mejor resultado de la lotería (que no es pérdida) sobre la pérdida segura, es evaluada en la región con mayor pendiente de la función valor. Por otro lado, la ventaja de la pérdida segura sobre el peor resultado de la lotería se evalúa en la región plana de la función valor. Un resultado de pérdida segura es relativamente cercano al peor resultado en la escala del valor, que en la escala monetaria. La gráfica 3 ilustra gráficamente lo anterior.



Gráfica 3. Función valor convexa (fuente: Kahneman y Tversky, 1982: 164).

Al vincular ganancias y pérdidas en una sola función, la función valor toma la forma de ζ (ese), tal y como aparece en la gráfica 4.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 4. Función valor que incorpora convexidad y concavidad. Fuente: Kahneman y Tversky (1982: 166).

Estos conceptos teóricos de la función valor han sido recuperados principalmente en el marco de las decisiones sobre conductas de salud (Rothman & Salovery, 1997, Meyerowitz & Chaiken, 1987).

Para Rothman y Salovery (1997) el que la gente pueda ser sensible a alternativas conductuales está enmarcado en términos de los costos asociados (marco¹⁰ de *pérdidas*) o beneficios (marco de *ganancias*), aun cuando los dos describen objetivamente situaciones equivalentes.

La explicación de este cambio en las preferencias corresponde a la teoría de la expectativa, la cual postula que la gente está más dispuesta a aceptar riesgos cuando evalúa las opciones en términos de los costos asociados, y evitar riesgos cuando las mismas opciones le son presentadas en términos de beneficios asociados.

Casi toda la información relacionada con salud puede construirse en términos de beneficios o costos. Por ejemplo, una campaña para promover la realización de una mamografía, podría destacar los costos que tiene para una mujer el no realizarse dicho examen "si te realizas la mamografía con regularidad tienes la ventaja de emplear el mejor método para detectar a tiempo un cáncer de pecho" (Rothman & Salovery, 1997: 4). Porque las conductas de salud frecuentemente involucran una buena dosis de incertidumbre y riesgo, la predicción de que la gente está asumiendo los riesgos al ser confrontada con información acerca de probables pérdidas, se ha considerado particularmente relevante para entender y promover conductas de salud.

Aunque las conductas de salud son casi en su totalidad una función de los marcos (*frames*), en las intervenciones de salud, los factores contextuales tienen mayor probabilidad de influir en la respuesta que una persona le da a la información en términos de pérdidas o ganancias.

Porque la gente procesa activamente la información, las respuestas conductuales a la estructuración de la misma deberían ser una función del mensaje estructurado y de las percepciones preexistentes de salud.

En asuntos de salud, generalmente la gente evita riesgos cuando hay ganancias o beneficios seguros; sin embargo, prefiere asumírselos cuando la situación se contextualiza en términos de pérdidas o costos, es decir, hay una búsqueda hacia el riesgo¹¹.

¹⁰ Se emplea el término "marco de decisión" (*decision frame*) para referirse a la concepción de los tomadores de decisiones sobre los actos, resultados y contingencias asociadas a una elección particular. El marco que un tomador de decisiones elige, es controlado particularmente por la formulación del problema y parcialmente por las normas, los hábitos y las características personales (Tversky y Kahneman, 1981: 453).

¹¹ Rothman y Salovery (1997: 4, 5) presentan el siguiente ejemplo hipotético aplicado a un asunto de salud

1) Estructura de la información positiva en términos del número de vidas que se salvarán:
- Si el programa A es adoptado, 200 personas serán salvadas.

El problema de la enfermedad sirve para ilustrar cómo los conceptos de *certeza*, *riesgo* y *pérdida-ganancia* han sido operacionalizados en pruebas formales desde la teoría de la expectativa.

1) Los mensajes estructurados en términos de ganancias y pérdidas son contruidos para describir un resultado en relación con un punto particular de referencia.

2) La decisión tiene dos opciones de respuesta que difieren en cuanto a la probabilidad de que el resultado sea obtenido. De esta manera, el *riesgo* se define formalmente como la probabilidad asociada al logro de un resultado particular. Ambas opciones de respuesta se construyen para que tengan el mismo valor esperado; pero también pueden ser percibidas de manera distinta en términos de su riesgo relativo. Las pruebas que se han llevado a cabo con mensajes estructurados que minimizan el problema de la enfermedad, no tienen dificultad para operacionalizar el riesgo (Fagley & Miller, 1987, 1990; Levin & Chapman, 1990, citados en Rothman & Salovey, 1997).

Sin embargo cuando las estructuras de los mensajes son integradas dentro de las recomendaciones reales de salud, tal y como se aprecia en las declaraciones de los servicios de salud pública, publicidad o programas educacionales, la operacionalización de estos mensajes es considerablemente más difícil. Esto se debe fundamentalmente a dos situaciones:

1) Las decisiones, generalmente, no permiten elegir entre dos distintas opciones, es decir, enfatizan en adoptar un solo curso de acción recomendado por las autoridades, y

2) el riesgo asociado a una alternativa conductual, generalmente no puede ser definido en términos de la probabilidad real de un resultado particular.

En esta perspectiva, el *riesgo* refleja la percepción subjetiva de que para llevar a cabo una conducta, puede involucrar un resultado no placentero.

Por ejemplo, Rothman & Salovey (1997) expresan cómo al realizar una conducta de detección tal y cómo sería la autoexploración mamaria, ésta es percibida como

- Si el programa B es adoptado, existe una probabilidad de 1/3 de que todas las 600 personas se salven, y de 2/3 de que nadie se salve.

2) Estructura de la información negativa en términos del número de vidas que se perderán:

- Si el programa C es adoptado, 400 personas morirán

- Si el programa D es adoptado, existe 1/3 de probabilidad de que morirán, y de 2/3 de que todas las personas morirán.

A pesar de que los programas presentados son los mismos en cada condición, la estructura (*frame*) altera la forma en que son comprendidos. Cuando son consideradas las intervenciones en términos de vidas potenciales salvadas (programa A contra programa B), los participantes consistentemente prefieren el programa A, el cual ofrece una cierta ganancia. Sin embargo, cuando los intervenciones son estructuradas en términos de pérdidas de vidas potenciales, los participantes rechazan el programa que describe ciertas pérdidas en favor del programa D, que describe un resultado en términos de riesgo.

una conducta riesgosa, en virtud de que una mujer que decide realizarse la auto-exploración "corre" el riesgo de obtener información significativa no placentera (por ejemplo, descubrir una "bolita" que podría ser un tumor maligno).

En una recomendación de una conducta en salud, los mensajes contruidos en términos de ganancias y pérdidas se diseñan a partir de la representación de un resultado específico de beneficios o costos asociados al asunto en cuestión.

Hay una variedad de formas para construir comunicaciones en salud en términos de ganancias y pérdidas.

Rothman y Salovey (1997: 6) han manifestado algunas de ellas:

1) Una recomendación puede destacar los resultados asociados a las conductas que promueven la salud (por ejemplo, el uso del condón durante el acto sexual) o los resultados asociados a conductas que dañan la salud (tener relaciones sexuales sin protección).

Para simplificar la discusión, estos autores se limitan a los mensajes que describen las consecuencias asociadas a adoptar o no una conducta que promueve salud (por ejemplo, el uso del condón en cada relación sexual).

2) Las consecuencias que se manejan en los mensajes estructurados pueden diferir en lo deseable y en la probabilidad de ocurrencia. Los mensajes estructurados, en términos de ganancias, pueden enfocarse a un resultado deseado o evitar un resultado no deseado.

Por ejemplo, comparemos los dos siguientes mensajes:

A) "Si te realizas el examen del Papanicolaou probablemente encontrarás que el cuello de tu matriz está saludable".

B) "Si te realizas el examen Papanicolaou disminuye el riesgo de que no sea tratada a tiempo una lesión, que potencialmente amenace tu vida."

De manera similar los mensajes estructurados en términos de pérdida pueden destacar un resultado no deseado o evitar un resultado deseado, en ambos casos en términos de pérdidas.

Por ejemplo, tenemos los dos siguientes mensajes:

C) "Si no te realizas el Papanicolaou, aumentas el riesgo de que se presente una lesión que potencialmente amenace tu vida".

D) "Si no te realizas el Papanicolaou, no sabrás si el cuello de tu matriz está sano."

La siguiente figura resume las combinaciones y consecuencias que pueden emplearse para desarrollar mensajes estructurados en términos de ganancias y pérdidas.

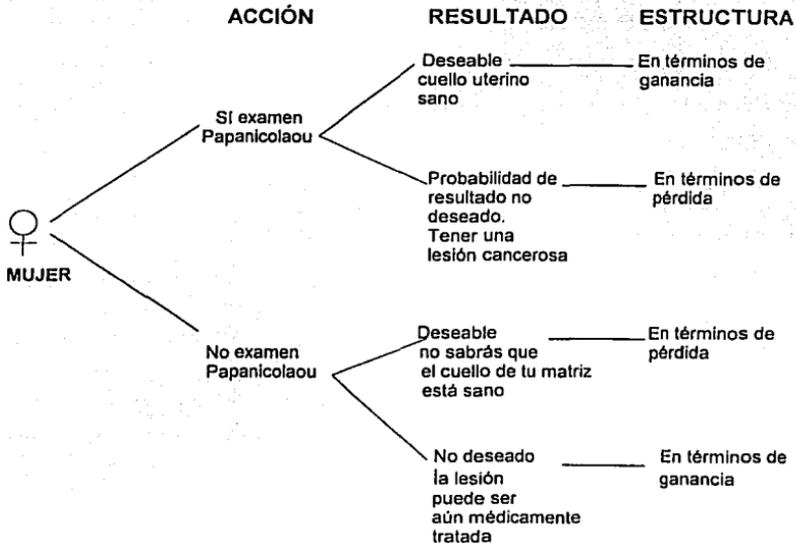


Figura 4. Combinaciones de las acciones, resultados y estructura de la información (pérdidas o ganancias) de practicarse el examen del Papanicolaou.

El mensaje estructurado en términos de ganancias, describe un resultado asociado con la práctica del examen del Papanicolaou (ejemplo, tú sabrás que el cuello de tu matriz está sano); mientras que un mensaje estructurado, en términos de pérdida (o negativo), describe un resultado deseable que una mujer no obtendría por no haberse realizado el examen del Papanicolaou (tú no sabrás o conocerás que el cuello de tu matriz está sano).

Aunque hemos presentado el ejemplo de un resultado deseable, también podríamos hacerlo con un resultado no deseado. En este último caso el experimentar con un resultado no deseado por tomar la decisión de practicarse el examen, estaría asociado con una estructura de pérdida, mientras que evitar un resultado no deseado estará asociado con una estructura de ganancia.

A los resultados del árbol de decisión de la figura 4 se les asignaron valores en un continuo entre 0 y 10 empleando la escala métrica visual (esto es, equivalente a una regla de 10 centímetros) por considerar que la gran mayoría de las personas tienen conocimiento y pueden indicar qué son 10 centímetros.

En esta perspectiva el instrumento quedó estructurado de la siguiente forma:

Lee cuidadosamente y contesta **TODAS** las siguientes preguntas, que para cada una de las dos situaciones se te presentan:

1.- SUPONIENDO QUE TOMAS LA DECISIÓN DE SÍ HACERTE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

a) En una escala del cero (0) al diez (10) qué ganancia o utilidad tendría para ti saber que el cuello de tu matriz está sano.

0	5	10
nula	regular	total

b) En una escala del cero (0) al diez (10) qué pérdida o costo representaría para ti saber que el cuello de tu matriz tiene una lesión cancerosa.

0	5	10
nula	regular	total

2.- SUPONIENDO QUE TOMAS LA DECISIÓN DE NO HACERTE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

c) En una escala del cero (0) al diez (10) qué pérdida o costo tendría para ti no saber que el cuello de tu matriz está sano.

0	5	10
nula	regular	total

d) Imagina que tuvieras una lesión cancerosa en el cuello de tu matriz, en una escala del cero (0) al diez (10) qué ganancia o utilidad tendría para ti el que pudiera ser tratada médicamente.

0	5	10
nula	regular	total

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Este instrumento se aplicó a una muestra no probabilística intencional de 378 mujeres del Distrito Federal y zona conurbada, obteniendo los siguientes resultados:

Para la pregunta 1.a)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GANANCIA O UTILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5.00	6	1.6
6.00	5	1.3
7.00	8	2.1
8.00	21	5.6
9.00	34	9.0
10.00	304	80.4
TOTAL	378	100.0

Tabla 3

La distribución de frecuencias para la pregunta 1.b) fue la siguiente:

PÉRDIDA O COSTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0.0	22	5.8
1.00	2	0.5
2.00	8	2.1
3.00	6	1.6
4.00	5	1.3
5.00	37	9.9
6.00	5	1.3
7.00	15	4.0
8.00	25	6.6
9.00	25	6.6
10.00	228	60.3
TOTAL	378	100.0

Tabla 4

Para la pregunta 2.c) los resultados fueron los siguientes:

PÉRDIDA O COSTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0.0	42	11.1
1.00	1	0.3
2.00	4	1.1
3.00	6	1.6
4.00	8	2.1
5.00	66	17.4
6.00	17	4.5
7.00	7	1.9
8.00	24	6.3
9.00	33	8.7
10.00	170	45.0
TOTAL	378	100.0

Tabla 5

Para la última pregunta 2.d) los resultados fueron los siguientes:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GANANCIA O UTILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4.00	1	0.3
5.00	14	3.7
6.00	3	0.8
7.00	11	2.9
8.00	17	4.5
9.00	30	7.9
10.00	302	79.9
TOTAL	378	100.0

Tabla 6

Estos resultados confirman lo expresado en el sentido de que la gran mayoría de las personas son generalmente muy sensibles a la diferencia entre certidumbre y alta probabilidad de ocurrencia, y relativamente insensibles a valores intermedios de probabilidad.

Es importante expresar que se analizaron los resultados anteriores en función de variables sociodemográficas como la edad, el estado civil y el número de hijos, entre otras, sin encontrar evidencia estadística de su impacto en los valores asignados a las ganancias y a las pérdidas.

Como podemos apreciar, los resultados de las tablas 3 y 4 para este grupo de mujeres que tomaron la decisión de Sí hacerse el examen, la amenaza de una pérdida (66.9% contestó en los valores más altos de 9 y 10) tiene un impacto menor sobre una decisión que ofrece la posibilidad de obtener una ganancia equivalente (89.4% respondió en los valores más altos de 9 y 10).

Para los resultados de las tablas 5 y 6, podemos decir que los valores asignados a la pérdida por haber tomado la decisión de NO hacerse el examen son como en el caso anterior menores (53.7% para los valores de 9 y 10) que los valores asignados a la ganancia equivalente (87.8% para los valores de 9 y 10).

Quedando nuevamente de manifiesto la aversión al riesgo, es decir, se asignan mayores valores a las ganancias que a las pérdidas.

En asuntos de salud, generalmente la gente evita riesgos cuando hay ganancias o beneficios seguros; sin embargo, no todos prefieren asumirlos cuando la situación se contextualiza en términos de pérdidas o costos, tal y como veremos a continuación.

A diferencia de lo encontrado por Rothman y Salovery (1997), los resultados obtenidos manifiestan que un alto porcentaje de mujeres de la muestra, está más dispuesta a aceptar riesgos cuando evalúa las opciones en términos de ganancias asociadas a la decisión y su comportamiento (un poco más de la mitad) se divide cuando decide evitar riesgos al ser presentadas las mismas opciones en términos de costos.

Por otro lado, la *utilidad esperada* $E(U)$ para una mujer que toma la decisión de Sí hacerse el examen del Papanicolaou queda definida por la siguiente expresión:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

$$E(U) = Gp_n - Cp_s$$

donde:

$E(U)$ = es la utilidad esperada

G = ganancia o utilidad

p_n = probabilidad de que el diagnóstico sea negativo (resultado favorable a la mujer)

p_s = probabilidad de que el diagnóstico sea positivo (resultado desfavorable a la mujer)

En el contexto del asunto que nos ocupa se asignaron los siguientes valores proporcionados por la dirección de la Clínica de Displasias del INCan (INCan, 2001):

$$p_n = .85$$

$$p_s = .15$$

Por ejemplo, para una mujer de 26 años seleccionada al azar de la muestra anterior ($n = 378$), casada y con un hijo, habiendo asignado los siguientes valores:
 SÍ ganancia = 10 y pérdida = 4
 NO ganancia = 8 y pérdida = 10

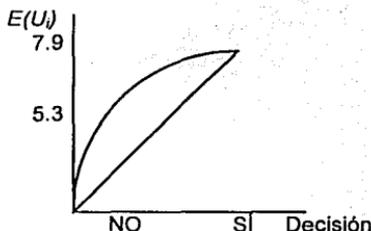
Su utilidad esperada a la decisión de SÍ fue la siguiente:

$$E(U_s) = 10(.85) - 4(.15) \\ = 7.9$$

Su utilidad esperada a la decisión de NO fue la siguiente:

$$E(U_n) = 8(.85) - 10(.15) \\ = 5.3$$

Gráficamente tenemos la siguiente gráfica de utilidad esperada en función de la decisión:



Gráfica 5. Utilidad esperada $E(U)$

En conclusión, para esta mujer tiene una mayor utilidad esperada SÍ hacerse el examen que no realizárselo.

A continuación presentamos la utilidad esperada de cuatro mujeres elegidas al azar de cuatro estratos por edades (25 a 34 años; 35 a 44 años; 45 a 64 años y más de 65 años):

MUJERES	SÍ GAN.	SÍ PÉRD.	NO GAN.	NO PÉRD.	$E(U_s)$	$E(U_n)$
35 AÑOS, CASADA CON 2 HIJOS	10	5	5	10	7.75	2.75
46 AÑOS, CASADA CON 3 HIJOS	9	3	0	10	7.2	-1.5
58 AÑOS, CASADA CON 2 HIJOS	8	9	10	10	5.45	7
69 AÑOS, CASADA CON 4 HIJOS	10	10	7	10	7	4.45

Tabla 7

Con excepción de la tercera mujer, para las otras, la utilidad esperada de SÍ hacerse el examen del Papanicolaou fue mayor que la de NO hacerse. En general para la muestra estudiada, el comportamiento de la utilidad esperada fue mayor para el SÍ que para el NO.

Continuando con el desarrollo teórico del estudio de las preferencias en el ámbito de la salud pública Rothman y Salovery (1997: 7) exponen que hay dos posibles escenarios:

- 1) Los individuos toman decisiones en materia de salud en forma de preferencia entre los programas de tratamiento que ofrecen una alternativa de riesgo o una alternativa de certeza. Dado que estas decisiones siempre involucran escenarios hipotéticos, el riesgo y el valor esperado asociado con cada programa puede definirse formalmente.
- 2) El segundo enfoque se aplica a las estructuras del mensaje de decisiones de salud individual. Generalmente se destacan las preferencias y la conducta en respuesta a las recomendaciones de salud, que son estructuradas en términos de ganancias o pérdidas.

Estos autores (1997: 6) explican brevemente cada una de los escenarios antes descritos. En el primero de ellos las decisiones frecuentemente involucran el desarrollo de protocolos de tratamiento y distribución de recursos. Empleando el tema de la enfermedad, Tversky y Kahneman (citados en Rothman & Salovery 1997: 7) demostraron que estructurar una decisión en términos de ganancias o pérdidas puede cambiar dramáticamente las preferencias de los participantes: éstos prefieren la intervención en riesgo cuando son confrontados con un problema que involucra pérdidas potenciales. Pero prefieren la alternativa que les proporciona un resultado seguro, cuando el mismo asunto o tema es reestructurado en términos de ganancias potenciales, tal y como lo reportan los resultados de Fagley y Miller (1990: 505)¹².

¹² Fagley y Miller (1990: 505) expresan que a diferencia de otros problemas o temas en donde se han observado diferencias en función del sexo, en el caso de la información estructura empleada

Rothman y Salovey (1997: 9) al hablar de decisiones individuales en salud hacen referencia a la función de conducta en salud. Cuando un individuo está evaluando la influencia de las recomendaciones de salud estructuradas en términos de ganancias o pérdidas, debe prestarse atención al contexto en el que el mensaje es recibido. En la mayoría de los casos, el mensaje que se encuentra estructurado, en términos de ganancia o de pérdida, no es la única información respecto a cómo se va abordar un asunto de salud, hay que considerar que también hay percepciones, actitudes y experiencias.

Por ejemplo, el que haya una historia familiar de cáncer puede predisponer a una mujer a pensar acerca de esta enfermedad en términos de costos potenciales o pérdidas, de esta manera facilita su receptividad a un mensaje estructurado en términos de pérdida. Puede también percibir la realización de conductas de detección, practicarse el examen del Papanicolaou como riesgoso o no placentero, preocupadas por la posibilidad de que se les detecte alguna lesión o cáncer. En este sentido la gente está más dispuesta a asumir riesgos cuando considera las pérdidas potenciales. Esta percepción llevada al caso del Papanicolaou nos conduciría a elaborar mensajes estructurados en términos de pérdidas, si queremos que sean efectivos en el sentido de lograr que las mujeres acudan a realizarse el examen del Papanicolaou.

En el estudio de campo (Capítulo 3, Método) realizado con una muestra de 373 mujeres que acudieron a la clínica de displasias del INCan remitidas de algún Centro de Salud, aproximadamente 85% reportaron que el examen del Papanicolaou sirve para detectar alguna enfermedad, infecciones e inclusive el cáncer. De una muestra de 721 mujeres de una población abierta del Distrito Federal y zona conurbada de las cuales 237 mujeres no se han practicado el examen del Papanicolaou; un 42% refirieron que es para detectar enfermedades, infecciones incluyendo desde luego al cáncer; un 48% para prevenir cáncer y enfermedades; y el 10% restante dijo no saber para qué sirve el examen. Estos datos son bastante similares a los obtenidos en otras investigaciones¹³.

En esta perspectiva si la mujer visualiza el examen del Papanicolaou como una conducta para detectar alguna enfermedad, debería seguir el modelo expuesto, es decir, estar más interesada en relación con la posibilidad de que el examen del Papanicolaou pueda detectar alguna lesión. Por lo tanto, debería ser más receptiva a un mensaje con respecto al cáncer cérvico uterino estructurado en

en asuntos relacionados con el cáncer no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, las respuestas emitidas por ambos fue afectada exclusivamente por el marco en que fue presentado el problema o asunto

¹³ Salinas (2000) en una investigación realizada a 826 mujeres de la Delegación Política de Tlalpan, en una de las preguntas que se les hicieron ¿Para qué se hace el Papanicolaou? reporta las siguientes respuestas: Prevenir cáncer 31.7%; detectar cáncer 32.7%; detectar cáncer en la matriz 7.5%; prevenir enfermedades 8.2%; detectar enfermedades 6.5%; prevenir cáncer cervico uterino 5.8%; cuidado propio 3.6% y otros 3.9%
Zurita, Ramírez, Lazcano y Alonso (2000) en una investigación realizada en México, D.F., Costa Chica e Istmo de Tehuantepec (estado de Oaxaca) en el año de 1994, reportan que el 86.3% respondieron que para detectar el cáncer cervico uterino, a la pregunta ¿para qué sirve el Papanicolaou?

términos de pérdidas; predicción consistente con los hallazgos empíricos en cáncer mamario llevados a cabo por Meyerowitz y Chaiken (1987). Estas autoras realizaron una investigación sobre el efecto del mensaje estructurado en la auto exploración del pecho, adaptando el modelo desarrollado por Kahneman y Tversky¹⁴ con resultados consistentes al mismo.

5.3 LA APLICACIÓN DEL MODELO DE KAHNEMAN Y TVERSKY A UN PROBLEMA DE SALUD: CÁNCER CÉRVICO UTERINO

Originalmente se planteó la hipótesis de que la baja calidad de los servicios de salud pública era uno de los factores determinantes para que la población femenina no acudiera a realizarse el examen del Papanicolaou. Sin embargo, se comprobó, estadísticamente hablando (Capítulo 3, Método) que la calidad del servicio y la atención a la usuaria en la Clínica de Displasias del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), sede del PNPCCC, fue calificada en el rango de bueno a excelente, en consecuencia, la calidad en la prestación del servicio no era uno de los factores relacionados con la escasa participación al programa.

Por lo que se regresó a la búsqueda de otras teorías, lo que Bourdieu (1993: 177) ha llamado la *segunda ruptura*¹⁵ en el proceso de construir conocimiento científico. Y gran parte del problema que nos ocupa tiene que ver con el binomio central toma de decisiones-preferencias.

Teniendo como marco teórico el modelo desarrollado por Kahneman y Tversky (1981), en el que las decisiones tienen un marco de referencia: positivo (o ganancias); negativo (o pérdidas) y neutro (o *status quo*) se llevó a cabo el siguiente diseño experimental.

Se construyó el marco poblacional con aquellas mujeres que cumplieran con alguno de los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Mujeres que han tenido o tienen vida sexual activa y no se han hecho el examen del Papanicolaou.
- 2) Mujeres con vida sexual activa y tienen al menos dos años de no realizárselo.
- 3) Mujeres con 25 años de edad o más que no han tenido relaciones sexuales.

¹⁴ Las elecciones de practicarse o no la auto exploración del pecho no son inequívocamente "riesgosas" en el sentido que Kahneman y Tversky lo desarrollaron, ya que ninguna opción está asociada con un cierto resultado en el tiempo. Cuando las consecuencias futuras son consideradas, ninguna opción que se tome produce un resultado seguro. Sin embargo, en términos de consecuencias inmediatas, no llevar a cabo la auto exploración podría ser considerada con poca fuerza frente a un resultado relativamente cierto (ninguna probabilidad de encontrar un tumor); mientras que realizarse la auto exploración produce incertidumbre (x probabilidad de encontrar un tumor y su complemento 1-x probabilidad de no encontrar nada). Así, asumiendo que las consideraciones en el corto plazo ejercen una poderosa influencia en la aplicación del auto examen, la decisión de realizárselo puede ser considerada relativamente análoga a los problemas de toma de decisiones desarrollados por Kahneman y Tversky. En este caso, hacerse el auto examen es una opción que busca el riesgo, mientras que no realizárselo es una elección aversiva al riesgo (Meyerowitz y Chaiken, 1987: 501).

¹⁵ "Construir un objeto científico significa, primero y ante todo, romper con el sentido común, es decir, con representaciones compartidas por todos, trátase de simples lugares comunes de la existencia ordinaria o de representaciones oficiales, a menudo inscritas en instituciones y, por ende, tanto en la objetividad de las organizaciones sociales como en los cerebros. Lo preconstruido se encuentra en todas partes" (Bourdieu, 1993: 177).

Este marco se integró con 2 mil 616¹⁶ mujeres del Distrito Federal y zona conurbada con las siguientes características sociodemográficas.

EDAD: la edad promedio fue de 36 años, ubicándose 50% en un rango de edades de 15 a 32 años. La edad de la mujer más joven fue de 15 y la más grande de 86 años. El porcentaje de mujeres con edades mayores o iguales a 25 años fue del 78%

ESCOLARIDAD: 2.8% no tiene estudios; 17% primaria; 2.6% primaria incompleta; 21.2% secundaria; 16.7% estudios técnicos; 13.2% preparatoria/bachillerato; 25.8% estudios profesionales; 0.5% posgrado y 0.2% sin respuesta.

OCUPACIÓN	PORCENTAJE
AMA DE CASA	41.7
EMPLEADA	29.6
ESTUDIANTE	14.1
COMERCIO/VENTAS	6.0
PROFESIONISTA	5.3
OTROS	2.6
SIN RESPUESTA	0.7
TOTAL	100.0

Tabla 8

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADA	50.9
SOLTERA	32.8
UNIÓN LIBRE	5.2
VIUDA	4.1
DIVORCIADA	3.4
SEPARADA	3.4
MADRE SOLTERA	0.2
TOTAL	100.0

Tabla 9

OTROS DATOS

El 46.6% alguna vez se ha hecho el examen del Papanicolaou y el restante 53.4% no.

Se les pidió que ordenarán doce actividades de su vida cotidiana (colocadas aleatoriamente en el cuestionario, ver anexo A) de la más importante a la menos importante. Los resultados fueron los siguientes:

1) CONVIVIR CON SU NOVIO/ESPOSO O COMPAÑERO

53.2% contestó en los tres primeros lugares y sólo 16.7% en las tres últimas posiciones; 3.6% no respondió.

2) CONVIVIR CON AMIGOS

¹⁶ Para la construcción del marco poblacional se contó con el apoyo de estudiantes del cuarto semestre de la Facultad de Contaduría y Administración, y de la Facultad de Psicología de la UNAM. Para garantizar la calidad de la información y la continuidad de la investigación (aplicación de cuestionarios y panfletos) se les pidió el teléfono y la dirección de estas 1569 mujeres. Se llevó a cabo un muestreo de control con resultados altamente satisfactorios.

47.6% contestó en los lugares del cuarto al séptimo, en las tres últimas posiciones se encontró 18.7%

3) DESCANSAR

En las tres primeras posiciones se ubicó 15.3% y en las tres últimas el 13%

4) TRABAJAR FUERA DE CASA

En las primeras cinco posiciones se ubicó 48% y en las tres últimas el 30%; 3.8% no respondió.

5) ATENDER A LA FAMILIA

64.6% se ubicó en las tres primeras posiciones en tanto que 8.2% en los últimos tres lugares.

6) ESTUDIAR

21.6% se ubicó en los tres primeros lugares; 6.1% no respondió.

7) GANAR MÁS DINERO

20% contestó en las tres primeras posiciones, cerca de 20% se ubicó en las tres últimas posiciones; 3.8% no respondió.

8) DIVERTIRSE

7% contestó en los tres primeros lugares, un 40% en el rango de la octava a la décima segunda posición; 3.5% no respondió.

9) ACUDIR REGULARMENTE AL MÉDICO

12% se ubicó en las tres primeras posiciones, en tanto que 45.5% en las posiciones del noveno a la décima segunda, precisamente en esta última posición se ubicó 19%; 3% no respondió.

10) CONVIVIR CON LA FAMILIA

64.4% se ubicó en los tres primeros lugares, mientras sólo 5% en los tres últimos lugares; 0.8% no respondió.

11) SALIR DE VACACIONES

49.4% se ubicó en los cuatro últimos lugares, en los tres primeros sólo encontramos 5.6%

12) ACTIVIDADES SOCIALES

6.2% se ubicó en las tres primeras posiciones, mientras 45% en el rango de las cuatro últimas posiciones, es decir, de la posición nueve a la posición doce.

Como podemos observar en esta población (2876 mujeres), el orden que otorgan a sus actividades, considerando el mayor porcentaje ubicado en los tres primeros lugares fue el siguiente:

- 1o. Atender a la familia.
- 2o. Convivir con la familia.
- 3o. Convivir con el novio/esposo o pareja.
- 4o. Trabajar fuera de casa.
- 5o. Estudiar.
- 6o. Ganar más dinero.
- 7o. Descansar.
- 8o. Convivir con amigos.
- 9o. Acudir regularmente al médico para practicarse exámenes de diagnóstico, como el Papanicolaou.
- 10o. Divertirse.

11o. Actividades sociales.

12o. Salir de vacaciones.

Con respecto a la pregunta de si tenía planeado realizarse el examen del Papanicolaou en los próximos 30 días: 45.7% dijo que sí; 33.5% que no; y 20.8% no sabía.

Al pedir que explicaran por qué su respuesta a la pregunta anterior había sido "no" o "no sabe", las principales respuestas fueron las siguientes:

1o. Falta de tiempo: 42%

2o. Falta de información: 18%. No saben dónde, cuándo, cómo y por qué se debe practicar el examen. Desconocen que el servicio en las unidades de salud pública es gratuito.

3o. Por miedo/temor a un diagnóstico "malo" y a que les vaya a doler: 9%

4o. Reconocen que no le han dado la importancia debida, o bien, no tienen interés: 7%

5o. Se sienten bien, no tienen molestias y por ello consideran que no es necesario practicarse el examen del Papanicolaou: 6%

6o. Por pena: 5%

7o. Falta de confianza en las instituciones de salud pública, así como de sus empleados. Hay mala atención y no existen mujeres que practiquen el examen: 4%

8o. Físicamente las han lastimado: 2%

9o. Otras razones: estar embarazada, acaba de dar a luz, prejuicios, tienen que pedirle permiso al marido, etc.: 7%.

53.4% no se ha practicado el examen del Papanicolaou; y 46.6%, por lo menos, alguna vez se lo realizó.

5.3.1 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Posteriormente se calculó el tamaño de muestra del marco poblacional ($N=2876$) con la siguiente información: 0.457 de las mujeres dijo que sí iría a realizarse el examen del Papanicolaou; 0.335 que no; y 0.208 manifestaron estar indecisas.

Con respecto al grupo de las indecisas y por el tipo de respuestas que dieron (por ejemplo, tener otros compromisos, dificultad para dejar a los hijos solos o con alguien, cuidar a personas mayores, entre otras razones) se asumió un 0.72 que no asistirían en el lapso de tiempo que duraría la investigación, y un 0.28 que sí, ya que manifestaron falta de información sobre el examen del Papanicolaou y su operación, que sería subsanado cuando ésta fuera leída durante la investigación. De esta manera, los valores para el estimador de p fue de 0.515 ($0.457 + 0.058$), es decir, $0.28 \times 0.208 = 0.058$ y para $q = (1-p)$, el complemento, 0.485 ($0.335 + 0.15$), es decir, $0.72 \times 0.208 = 0.15$. Con estas asignaciones se obtuvieron los mayores valores posibles para p y $(1-p)$ con lo cual se garantiza que el tamaño de muestra sería mayor al requerido¹⁷.

¹⁷ En una situación práctica podemos desconocer p . Un tamaño de muestra aproximado puede determinarse al reemplazar p por un valor estimado. Frecuentemente tal estimación puede ser

El cálculo del tamaño de la muestra fue el siguiente:

$$p = .515$$

$$q = .485$$

Nivel de Confianza 95%

Cota de error (B) = .03

N = 2876

El tamaño de muestra (n) requerido para estimar la proporción poblacional de mujeres que acudirían a realizarse el examen del Papanicolaou en un muestreo aleatorio irrestricto, se calculó de la siguiente forma:

$$n = \frac{N(.515)(.485)}{\frac{.03^2}{2^2} (N-1) + (.515)(.485)}$$

$$n = 802$$

Posteriormente, y siguiendo el modelo de teoría de decisiones de Kahneman y Tversky (1982) así como de la investigación llevada a cabo por Mayerowitz y Chaiken (1987) se elaboró un panfleto¹⁸ (ver anexo B) de seis hojas. En la primera hoja se presenta información general respecto a ¿qué es el cáncer?, ¿qué es el cáncer en el cuello de la matriz?, y datos estadísticos de los últimos cinco años respecto al número de muertes por esta enfermedad.

En la segunda hoja se describe cómo se hace el examen del Papanicolaou, incluyendo dos dibujos. En la hoja tres del panfleto se habla de los riesgos y factores que predisponen a una mujer a desarrollar la enfermedad, así como quienes deben realizarse el examen del Papanicolaou.

En la hoja cuatro se incluyó información sobre cuándo debe hacerse el examen, indicaciones de cómo debe acudir la mujer para que el médico o enfermera pueda hacérselo, en qué lugares del sector salud se realiza sus costos y/o gratuidad del mismo.

La hoja cinco se destinó para ser llenada por aquellas mujeres que después de haber leído el panfleto decidieran practicarse el examen en el INCan. Con esta hoja la mujer se presentaba a la Clínica de Displasias del Instituto para ser atendida.

La última hoja, la número seis, fue diseñada en tres diferentes marcos o contextos: 1) positivo (ganancias); 2) negativo (pérdidas) y 3) neutro (*status quo*). En el primero de ellos, es decir, en el positivo se incluyeron declaraciones en términos de ganancias: "si te realizas el examen podrás saber que el cuello de tu matriz está sano", "tendrás menos probabilidades de desarrollar cáncer en el

obtenida de encuestas anteriores similares. Sin embargo, si no se cuenta con tal información, podemos sustituir $p = 0.5$ en la ecuación $n = \frac{N p q}{(N-1)D + p q}$ donde $D = B^2/Nc$ para obtener

un tamaño de muestra conservador (uno que será probablemente mayor al requerido) (Scheaffer, Mendenhall y Ott, 1987: 58)

¹⁸ El panfleto fue técnicamente revisado por el Dr. Aarón González Enciso, Jefe del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología, INCan.

cuello uterino", "podrás prevenir cirugías", entre otras ganancias. Al final de esta hoja se incluyeron tres declaraciones generales con respecto al breve tiempo que se emplea para practicar el examen, de sus beneficios y lo que implica un resultado positivo (presunción de alguna lesión, neoplasia o cáncer) del examen del Papanicolaou.

En el contexto negativo de esta última hoja se incluyeron declaraciones en términos de pérdidas, "si no te realizas el examen no tendrás la oportunidad de saber si tienes alguna lesión, con lo cual se incrementa la probabilidad de desarrollar cáncer", "probablemente no podrás prevenir tratamientos quirúrgicos como cirugías, quimioterapia, radioterapia, entre otras pérdidas." Igual que en el panfleto positivo se incluyeron las tres declaraciones generales antes mencionadas.

Finalmente, en la última hoja del panfleto, estructurada de manera neutral, solamente se incluyeron las tres declaraciones generales mencionadas.

Las 802 mujeres fueron asignadas aleatoriamente a cada una de las tres condiciones experimentales, es decir, 267 leyeron el panfleto positivo; 268 leyeron el panfleto negativo y 267 el panfleto neutro. Los alumnos que colaboraron en esta investigación, llevaron a la casa o al trabajo de cada una de las 802 mujeres el panfleto que resultó de la elección aleatoria, se les pidió que lo leyeran y al terminar la lectura lo regresaran, también se les aclaró dudas y se les preguntó si tenían interés de asistir al INCan, si la respuesta era afirmativa se les daba la hoja cinco para que llenarán sus datos y pudieran acudir al Instituto.

Hipotéticamente se presume que la información anterior fue socializada por algunas de las 802 mujeres, lo que ocasionó que 18 mujeres fuera de la muestra acudieran al INCan a hacerse el examen del Papanicolaou.

El panfleto se proporcionó a las mujeres elegidas durante las tres últimas semanas del mes de junio y la primera de julio, de manera que la Clínica de Displasias del INCan empezó a recibir mujeres para realizarles el examen del Papanicolaou y la colposcopia desde el 7 de julio. La fecha de término de la investigación fue el 24 de agosto, es decir, el último día que se programaron citas para los próximos meses (septiembre y octubre).

La Clínica de Displasias del INCan tiene una capacidad máxima diaria para practicar exámenes ginecológicos a 14 mujeres, ya que se trata de un instituto dedicado fundamentalmente a realizar investigación médica. El PNPCCC establece en sus reglas de operación que el INCan debe atender a las mujeres que le son remitidas de los Centros de Salud, en donde previamente se les detectó algún tipo de infección, como el Virus del Papiloma Humano, o bien, una lesión o cáncer con objeto de confirmar diagnóstico e iniciar el tratamiento en el propio INCan. Por estas razones, sólo se pudieron atender en promedio tres o cuatro mujeres –procedentes de la investigación– por día.

5.3.2 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

La Clínica de Displasias del INCan practicó 246 exámenes, 161 mujeres acudieron a los centros de salud de las delegaciones políticas del Distrito Federal y área conurbada; y 101 mujeres se practicaron el examen del Papanicolaou con médicos particulares y laboratorios privados. En la siguiente tabla se muestra el número de mujeres que acudieron a diversas instituciones a realizarse el examen del Papanicolaou.

INCan	IMSS	ISSSTE	CENTROS DE SALUD	OTROS CENTROS Y HOSPITALES	MÉDICOS PARTICULARES LAB. PRIVADOS	TOTAL
246	65	15	161	40	101	628
39%	10%	2%	27%	6%	16%	100%

Tabla 10. Distribución de lugares a donde 628 mujeres fueron a practicarse el examen del Papanicolaou.

Algunos datos interesantes muestran que aproximadamente el 25% de las mujeres que acudieron a realizarse el examen del Papanicolaou no se lo habían hecho anteriormente. De las mujeres que acudieron al INCan y no se habían practicado el examen, 45% cuentan con algún tipo de servicio médico, mientras que 55% restante no tiene ningún servicio médico; 52% tiene estudios profesionales; 16% estudios de primaria; 16% de secundaria; 8% estudios comerciales; 8% técnicos y 2% estudios normalistas. Finalmente de las 246 mujeres que asistieron al INCan al 7% se le abrió expediente clínico.

5.3.3 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS Y SU CONTRASTACIÓN

Con respecto al estudio de las preferencias y toma de decisiones, eje de este capítulo, las hipótesis a contrastar fueron las siguientes:

H¹_o: El número de mujeres que acudirá a realizarse el examen del Papanicolaou proviene en igual proporción de los tres grupos experimentales: panfleto positivo, panfleto negativo y panfleto neutro.

$$\begin{aligned}n(-) &= np(-) \\n(+) &= np(+)\end{aligned}$$

$$n(N) = np(N)$$

H¹_a: El número de mujeres que acudirá a realizarse el examen del Papanicolaou proviene en diferente proporción de los tres grupos experimentales: panfleto positivo, panfleto negativo y panfleto neutro.

$$\begin{aligned}n(-) &\neq np(-) \\n(+) &\neq np(+)\end{aligned}$$

$$n(N) \neq np(N)$$

Prueba de Bondad de Ajuste χ^2 (Ji-cuadrado) para el contraste de la hipótesis planteada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - e_i)^2}{e_i}$$

donde

O_i = frecuencias observadas

e_i = frecuencias esperadas

PANFLETO	O_i	e_i
-	230	209.3
+	225	209.3
N	173	209.3
$\sum n_i$	628	628

Tabla 11. Distribución de frecuencias observadas y esperadas de 628 mujeres que acudieron a realizarse el examen del Papanicolaou.

Cálculo de χ^2 :

$$\chi^2 = \frac{(230-209.3)^2}{209.3} + \frac{(225-209.3)^2}{209.3} + \frac{(173-209.3)^2}{209.3}$$

$$= 2.089 + 1.209 + 6.2324$$

$$\chi^2 = 9.5304$$

$$\chi^2_{(2, .01)} = 9.21034$$

Decisión: como $\chi^2 > \chi^2_{(2, .01)}$ se rechaza la H^0 a favor de la H^1 , es decir, hay evidencia estadística suficiente al 99% de que la distribución de frecuencias de las mujeres que acudieron a realizarse el examen, en relación con el tipo de panfleto que leyeron, es diferente. Revisando los valores de la tabla 11, podemos decir que fue el panfleto neutro (6.2324) quien contribuyó de manera determinante a esta decisión.

Este resultado es muy importante, pues nos permite decir que a la mujer hay que darle alternativas para que elija y actúe. En materia de salud, en nuestro país, se ha partido del supuesto de que a los individuos en general, y en este caso a la mujer, hay que decirle lo que tiene que hacer.

En suma, las campañas que promueven la salud hasta ahora han ido dirigidas en un solo sentido, no hay opciones de elección, la capacidad de evaluar y decidir es ignorada. Cuando un individuo no puede comparar, porque no tiene al menos dos alternativas, generalmente permanece en la inacción.

La segunda hipótesis que se planteó en relación con la decisión que se tomó y el tipo de panfleto que se leyó fue la siguiente:

H^2 : La decisión de hacerse o no el examen del Papanicolaou es independiente del tipo de panfleto (negativo, positivo y neutro) que se leyó.

H²a: La decisión de hacerse o no el examen del Papanicolaou no es independiente del tipo de panfleto (negativo, positivo y neutro) que se leyó.

Cálculo de χ^2

PANFLETO/ PAPANICOLAOU	SI	NO	$\Sigma n.i$
- (negativo)	230/209.3	37/57.9	267 (33%)
+ (positivo)	225/209.3	43/58.1	268 (34%)
N (neutro)	173/209.3	94/57.9	267 (33%)
$\Sigma ni.$	628 (78%)	174 (22%)	802 (100%)

Tabla 12. Contingencia entre las variables: tipo de panfleto y examen del Papanicolaou en 802 mujeres.

Aplicando la fórmula (1) de Ji-cuadrado a esos valores se obtuvo lo siguiente:

$$\chi^2 = 43.379$$

$$gl = 2$$

$$\alpha = .000, \dots$$

Hay evidencia estadística suficiente al 99.9% aproximadamente para rechazar la H²o, es decir, el acudir o no a realizarse el examen y el tipo de panfleto que se leyó (negativo, positivo y neutro) no son independientes.

Los análisis estadísticos que se presentan a continuación permiten profundizar más en el significado de las frecuencias de la tabla 5 y obtener la ecuación de la regresión logística de la variable dependiente (tomar la decisión de hacerse o no el Papanicolaou) y la variable independiente [tipo de panfleto: negativo (-), positivo (+) o neutro (N)].

5.3.3.1 RAZÓN DE MOMIOS

PROBABILIDADES Y MOMIOS (*Odds*) ASOCIADAS CON LA DECISIÓN DE HACERSE O NO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y EL TIPO DE PANFLETO (NEGATIVO, POSITIVO O NEUTRO)

PANFLETO	SI			NO			TOTAL	Li
	fjki	pjk	wjk	fjk2	1-pjk	1/wjk		
-	230	0.8614	6.215	37	0.1386	0.1609	267	1.827
+	225	0.8395	5.2305	43	0.1605	0.1912	268	1.655
N	173	0.6479	1.840	94	0.3521	0.5435	267	0.609
TOTAL	628	0.783	3.609	174	0.2170	0.2771	802	

Tabla 13

donde

Momios = Prob. / (1- Prob.). Es otra forma de expresar la probabilidad en razón o proporción, y es el cociente que resulta de dividir la probabilidad de que "algo" ocurra entre la probabilidad de que no ocurra.

$$\text{Prob} = \text{Momios} / (1 - \text{Momios})$$

$$p_{jk} = f_{jk1} / r_{jk}$$

$$w_{jk} = f_{jk1} / f_{jk2}$$

$$j = 1, 2, 3$$

$$k = 1, 2$$

La tabla 13 muestra el tipo de panfleto que las mujeres leyeron, y los valores calculados para las proporciones (probabilidades) condicionadas observadas y las razones de momios condicionadas, asociadas a la decisión de hacerse o no el examen del Papanicolaou.

Mientras que 86.14% de las mujeres que leyeron el panfleto negativo (-) se hicieron el examen del Papanicolaou; una proporción menor, 64.79% de las que leyeron el panfleto neutro (N) también acudieron a realizarse el examen. En cuanto a las mujeres que leyeron el panfleto positivo (+) el 83.95% tomó la decisión de practicarse el Papanicolaou.

Lo anterior expresado en momios corresponde a los siguientes valores: 6.25 o 6.25:1 a favor de hacerse el examen habiendo leído el panfleto negativo. Resultados similares al anterior se observan para el panfleto positivo, los valores fueron 5.2305 ó 5.2305:1 a favor de hacerse el examen; mientras sólo 1.84 o 1.84:1 de las mujeres que leyeron el neutro tomaron también esta decisión.

Para el panfleto neutro, cuando la tabla es invertida, la razón de momios a favor de la decisión de no hacerse el examen fue 1:1.84 ó 0.5435:1

En el caso del panfleto negativo, la razón de momios a favor de la decisión de no realizarse el examen fue 1: 6.215 ó 0.1609:1

Y para el panfleto positivo, la razón de momios a favor de la decisión de no practicarse el examen fue 1: 5.2305 ó 0.1912: 1

Por otro lado, la razón de momios condicional de hacerse el examen del Papanicolaou, dado que se leyó el panfleto negativo, fue de 230: 398 (225+173 = 398) o 0.578; la probabilidad condicional de realizarse el examen, dado que se leyó el panfleto positivo fue de 225: 403 (230+173 = 403) o 0.558; y la probabilidad condicional de practicarse el examen, dado que se leyó el panfleto neutro, fue de 173: 455 (230+225 = 455) o 0.38

La razón de momios es una medida de asociación entre dos variables: la decisión de hacerse o no el examen del Papanicolaou (variable dependiente) y el tipo de panfleto que se leyó (variable independiente). Si esta razón toma un valor menor a uno indica un decremento en la variable dependiente; si es mayor a uno, un incremento en la variable dependiente y si es igual a uno significa que ambas variables (dependiente e independiente) son estadísticamente independientes.

La razón de momios del panfleto negativo al positivo fue de 0.9654 (0.558/0.578); la del panfleto positivo a negativo fue de 1.035, esto significa que cuando vamos del panfleto positivo al negativo, la razón de momios de tomar la decisión de hacerse el examen se incrementa en 103.5% de lo que hubiera sido (esto es, de

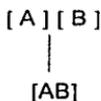
0.578 para el panfleto negativo a 0.558 para el panfleto positivo). También podemos interpretarlo de la siguiente manera: si vamos del panfleto negativo al panfleto positivo, la decisión de hacerse el examen decrece en un 96.54% de lo que hubiera sido (0.578 para el panfleto negativo a 0.558 para el panfleto positivo).

La *razón de momios* del panfleto negativo al panfleto neutro fue de 0.657 (0.38/0.578); mientras que del neutro al negativo fue de 1.521. Esto significa que cuando vamos del panfleto negativo al neutro, la probabilidad de hacerse el examen se decrecienta 65.7% de lo que hubiera sido. Y se incrementa 152% si se pasa del panfleto neutro al negativo.

Similar situación se observa del panfleto positivo al neutro, la *razón de momios* fue de 0.68 (0.38/0.558); mientras que del panfleto neutro al positivo fue de 1.468, es decir, cuando vamos del panfleto positivo al neutro, la decisión de hacerse el examen del Papanicolaou se decrecienta 68%, y se incrementa en un casi 147% si se pasa del panfleto neutro al positivo.

A continuación presentamos los cálculos de los parámetros del modelo log-lineal de las variables: tomar la decisión de hacerse o no el examen del Papanicolaou [A] y el tipo de panfleto que se leyó (negativo, positivo o neutro) [B] así como de la interacción entre ambas [AB]

Gráficamente el modelo sería el siguiente.



Y su ecuación:

$$\begin{aligned} \mu_{ij} &= e^{\lambda} e^{\lambda_{A(i)}} e^{\lambda_{B(j)}} e^{\lambda_{AB(ij)}} \\ &= \beta \beta_{A(i)} \beta_{B(j)} \beta_{AB(ij)} \end{aligned}$$

Logaritmos de las frecuencias observadas (log μ_{ij})

PANFLETO/ DECISIÓN	NEGATIVO (b ₁)	POSITIVO (b ₂)	NEUTRO (b ₃)
SÍ (a ₁)	5.4381	5.416	5.153
NO (a ₂)	3.6109	3.7612	4.543

Tabla 14

Cálculo de los parámetros.

$$\hat{\lambda} = 27.9222/6 = 4.6537$$

$$\hat{\lambda}_{A1} = 16.0071/3 - 4.6537 = 0.682$$

$$\lambda_{A2} = 11.9151/3 - 4.6537 = -0.682$$

Otros parámetros.

$$\lambda_{B1} = 4.5245 - 4.6537 = -0.1292$$

$$\lambda_{B2} = 4.5886 - 4.6537 = -0.0651$$

$$\lambda_{B3} = 4.848 - 4.6537 = 0.1943$$

λ_{AB}

0.1024	0.0803	-0.1827
-0.3608	-0.2105	0.5713

Tabla 15

Los parámetros de este modelo en coeficientes betas (β) nos permite hacer las siguientes interpretaciones.

Algunos valores de la tabla 14 en valores beta (β), por ejemplo $\beta_{a1b1} = 1.1078$ nos indica que la asociación AB en el modelo, para la decisión de hacerse el examen y haber leído el panfleto positivo es de 1.10 veces mayor que lo que hubiera sido sin tal asociación. Por otro lado $\beta_{a2b3} = 1.771$ nos indica que la decisión de no hacerse el Papanicolaou y haber leído el panfleto neutro es casi dos veces mayor de lo que hubiera sido sin tal asociación.

El resultado de comparar el efecto entre β_{a2b1} y β_{a2b3} mediante la razón de ambas betas (β) $1.771/0.6972 = 2.54$ significa que no hacerse el examen y haber leído el panfleto neutro es 2.5 veces mayor que haber leído el panfleto negativo y no hacerse el examen del Papanicolaou.

5.3.3.2 ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS

Un último análisis matemático que se hizo con el grupo de mujeres que asistieron a realizarse el examen del Papanicolaou fue el Análisis de Correspondencias¹⁹ (ANACOR). Se llevó a cabo con las 249 mujeres que acudieron a realizarse el examen al INCan gracias al acceso que se tuvo a la información por parte de la Clínica de Displasias del INCan.

Se construyó una tabla de contingencia de 38 X 5, en los renglones de la matriz se colocaron los siguientes elementos.

¹⁹ El análisis de correspondencias es un método matemático de tratamiento de datos, útil en trabajos de naturaleza exploratoria donde no existen hipótesis previas del comportamiento de la población. Permite la extracción de relaciones de dependencia mediante variables categóricas expresadas en tablas de contingencia. Igualmente permite el análisis de la estructura de la asociación en forma de *proximidades* que nos ayudan a identificar las posibles "causas" de la asociación y su representación gráfica interpretable ya sea por medio de un plano cartesiano en una maqueta tridimensional, que optimiza la obtención de conclusiones.

En suma, es una herramienta básica de información cualitativa de naturaleza *euclidiana* cuando se analizan las tablas de contingencia, cuyo objeto es obtener una representación geométrica de los datos que ayuda a visualizar y localizar las relaciones establecidas en grandes matrices de datos (Cibois, 1983 21-65 <http://www.uniovi.es>)

Tipo de panfleto:

- Neutro (1)
- Positivo (2)
- Negativo (3)

Vive en:

- Distrito Federal (4)
- Zona conurbada (5)

Tiene servicio médico:

- Sí (6)
- No (7)

Ocupación o situación actual:

- Hogar (8)
- Estudiante (9)
- Empleada (10)
- Trabajadora doméstica (11)
- Jubilada (12)
- Comerciante (13)

Estado civil:

- Soltera (14)
- Casada (15)
- Divorciada (16)
- Unión libre (17)
- Viuda (18)
- Madre soltera (19)
- Separada (20)

Escolaridad:

- Primaria (21)
- Secundaria (22)
- Profesional (23)
- Comercio (24)
- Técnica (25)
- Preparatoria/Bachillerato (26)
- Normal (27)
- Analfabeta (28)

Edad Inicio de Vida Sexual (IVS):

- 19-21 (29)
- 22-25 (30)
- 27-30 (31)
- 31-41 (32)
- 14-18 (33)

Edad
19-24 (34)
25-34 (35)
35-44 (36)
45-65 (37)
más de 65 (38)

Tabla 16

La información anterior fue procesada por el paquete estadístico SPSS empleando como método de normalización la *canónica*²⁰ y las distancias *euclidianas*²¹

En las columnas se puso el tiempo de realización del último Papanicolaou:

Menos de un año (1); de un año a dos (2); de tres a seis años (3); mayor o igual a siete años (4) y nunca (5).

El valor de $\chi^2 = 337.39$ con un valor de $p = .000...$ nos indica que la relación entre los dos vectores o factores (tiempo de realización del último Papanicolaou y las variables o elementos sociodemográficos) fue altamente significativa, por lo cual procede la realización del Análisis de Correspondencias.

Los resultados más relevantes se presentan a continuación:

1) La información de la tabla de contingencia, se explicaría por la primera dimensión 0.738 o 73.8%, mientras que la segunda dimensión explicaría el 0.130 ó 13%, la tercera y cuarta dimensión 8.5% y 4.7% respectivamente. Con las dos primeras dimensiones tendríamos explicada casi el 87% de la información original, por lo tanto es plausible reducir la dimensionalidad de cuatro a dos componentes.

2) La correlación entre las puntuaciones fila y columna para la primera dimensión fue de 0.35 ésta puede evaluarse como moderada y para la dimensión dos, la correlación fue de 0.15 considerada como baja.

3) Las puntuaciones fila y columna en las dos dimensiones alcanzadas fueron las siguientes:

²⁰ Para cada una de las dimensiones, las filas o renglones son el promedio ponderado de las columnas dividido por el autovalor (valor propio) correspondiente, y las columnas son el promedio ponderado de las filas dividido por el autovalor, esto es la normalización canónica y es el procedimiento más adecuado cuando se quiere verificar las diferencias o similitudes entre los vectores o factores (<http://www.uniovi.es>).

²¹ La distancia euclidiana expresada en cocientes:

$$d^2(i,i') = \sum_{j=1}^p (t_{ij}/f_i - t_{ij}/f_{i'})^2$$

ELEMENTO FILA	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2
PANFLETO: NEUTRO	.168	-.364
POSITIVO	-.072	-.232
NEGATIVO	-.026	.410
VIVE: DF.	.023	.198
ZONA CONURBADA	-.070	-.394
SERVICIO MÉDICO: SÍ	-.147	-.044
NO	.167	.035
OCUPACIÓN: HOGAR	-.310	-.200
ESTUDIANTE	1.952	-.138
EMPLEADA	-.266	.447
TRAB. DOMÉSTICA	-.427	-.891
JUBILADA	-.877	.718
COMERCIANTE	-.094	-.255
EDO. CIVIL: SOLTERA	1.849	-.167
CASADA	-.380	.140
DIVORCIADA	-.990	-1.253
UNIÓN LIBRE	-.204	.960
VIUDA	-.690	-1.059
MADRE SOLTERA	-.156	.411
SEPARADA	-.142	-.660
ESCOLARIDAD PRIMARIA	-.420	-.615
SECUNDARIA	.040	-.392
PROFESIONAL	.989	.247
COMERCIO	-.513	-.333
TÉCNICA	-.094	1.467
PREPA/BACHILLERATO	-.830	.920
NORMAL	1.786	-.297
ANALFABETA	-.877	.718
IVS: 19-21 AÑOS	.050	-.069
22-25 AÑOS	-.437	.041
27-30 AÑOS	-.544	.984
31-41 AÑOS	1.769	-.406
14-18 AÑOS	.124	-.103
EDAD: 19-24 AÑOS	2.024	-.005
25-34 AÑOS	.081	.328
35-44 AÑOS	-.499	.176
45-65 AÑOS	-.510	-.027
MÁS DE 65 AÑOS	-1.216	-3.178

Tabla 17 Puntajes por fila o renglón.

Cada uno de estos valores nos indica el puntaje entre cada elemento y la dimensión, por ejemplo el elemento estudiante tiene un puntaje de 1.952 mayor en la dimensión 1 que en la dimensión 2, por lo tanto este elemento es asumido en la primera. En tanto que el puntaje del elemento estudios técnicos (1.467) en la dimensión 2 es mayor que en la primera en consecuencia se asume en la segunda.

Por lo que respecta al vector columna fecha del último examen del Papanicolaou, los puntajes que se obtuvieron fueron los siguientes:

TIEMPO ÚLTIMO PAPANICOLAOU	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2
MENOS DE 1 AÑO	-.030	.659
1 A 2 AÑOS	-.310	.107
3 A 6 AÑOS	-.329	.058
≥ 7 AÑOS	-.592	-1.293
NUNCA	1.103	-.120

Tabla 18. Puntajes por columna.

En esta tabla podemos observar que el elemento NUNCA es asumido en la dimensión 1 con un puntaje de 1.103, en tanto que el tiempo menor a un año con un puntaje de .659 se asume en la dimensión 2

4) La contribución relativa de una dimensión a la inercia de los elementos en forma de proporción fue la siguiente:

ELEMENTO FILA	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2	TOTAL
PANFLETO: NEUTRO	.181	.358	.538
POSITIVO	.042	.183	.225
NEGATIVO	.006	.656	.662
VIVE: DF.	.029	.894	.923
ZONA CONURBADA	.065	.875	.940
SERVICIO MÉDICO: SÍ	.434	.017	.450
NO	.465	.009	.474
OCUPACIÓN: HOGAR	.846	.148	.994
ESTUDIANTE	.997	.002	.999
EMPLEADA	.455	.538	.993
TRAB. DOMÉSTICA	.251	.458	.709
JUBILADA	.213	.060	.273
COMERCIANTE	.026	.079	.105
EDO. CIVIL: SOLTERA	.991	.003	.995
CASADA	.934	.053	.986
DIVORCIADA	.426	.287	.713
UNIÓN LIBRE	.093	.869	.962
VIUDA	.485	.481	.966
MADRE SOLTERA	.022	.063	.085
SEPARADA	.087	.789	.875
ESCOLARIDAD PRIMARIA	.486	.436	.922
SECUNDARIA	.015	.598	.613
PROFESIONAL	.940	.025	.964
COMERCIO	.702	.124	.826
TÉCNICA	.004	.425	.429
PREPA/BACHILLERATO	.547	.282	.829
NORMAL	.885	.010	.895
ANALFABETA	.213	.060	.273
IVS: 19-21 AÑOS	.025	.021	.046
22-25 AÑOS	.989	.004	.992
27-30 AÑOS	.378	.519	.897
31-41 AÑOS	.703	.016	.718
14-18 AÑOS	.313	.091	.404

EDAD: 19-24 AÑOS	.986	.000	.986
25-34 AÑOS	.068	.472	.539
35-44 AÑOS	.805	.042	.848
45-65 AÑOS	.931	.001	.932
MÁS DE 65 AÑOS	.219	.628	.846

Tabla 19. Contribución de las dimensiones a la inercia de cada elemento renglón.

Observando la tabla anterior, podemos decir que los elementos fila o renglón en "negritas" se explican mejor ya sea en la dimensión 1 o en la dimensión 2. El resto de los elementos fila no están definidos claramente en la solución alcanzada.

Las contribuciones de las dimensiones a la inercia de cada elemento columna fueron las siguientes:

TIEMPO ÚLTIMO PAPANICOLAOU	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2	TOTAL
MENOS DE 1 AÑO	.002	.374	.376
1 A 2 AÑOS	.703	.035	.738
3 A 6 AÑOS	.524	.007	.531
≥ 7 AÑOS	.311	.623	.934
NUNCA	.995	.005	1.000

Tabla 20. Contribución de las dimensiones a la inercia de cada elemento columna.

La estructura de esta tabla nos muestra que "nunca" con un puntaje de .995 se explica mejor por la dimensión 1 que por la 2; mientras que "≥ 7 años" con un puntaje de .623 se explica mejor por la dimensión 2

5) En cuanto a la contribución relativa de la puntuación a la dimensión, es decir, la parte de la varianza explicada –en forma de proporción– de cada elemento columna a cada una de las dimensiones fue la siguiente:

TIEMPO ÚLTIMO PAPANICOLAOU	DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2
MENOS DE 1 AÑO	.000	.223
1 A 2 AÑOS	.120	.034
3 A 6 AÑOS	.061	.005
≥ 7 AÑOS	.063	.718
NUNCA	.756	.021
TOTAL	1.000	1.000

Tabla 21. Contribución de elementos columna a la inercia de cada dimensión.

El elemento "nunca" contribuye con un .756 a la formación de la dimensión 1, mientras que la dimensión 2 está determinada por el elemento "≥ 7 años" con un valor de .718 tanto en las filas como en las columnas.

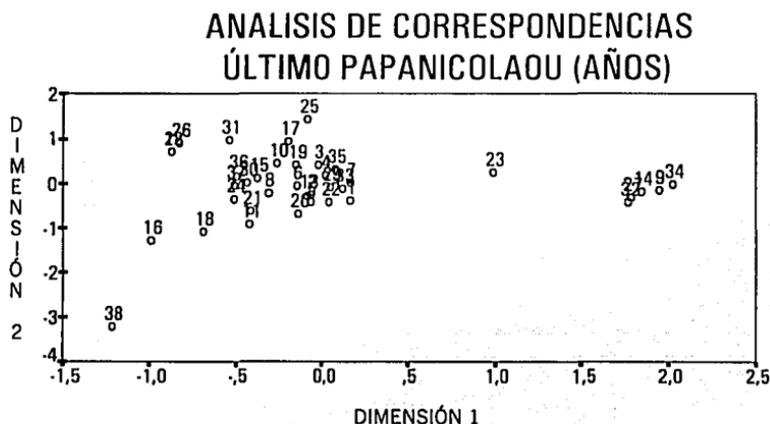
Para el vector fila o renglón, se observó que de los 38 elementos, la edad de las usuarias de 19 a 24 años con un casi .24; soltera con un .21; estudiante con un .18 y profesional con un .09 aportan en conjunto el .72 o 72% para la formación de la dimensión 1

Para la integración de la dimensión 2, los elementos edad de la usuaria mayor a 65 años con un .171; estudios técnicos con un .102; escolaridad primaria con un

0.077 y preparatoria/bachillerato también con un .077 aportan en conjunto no más de .43 o 43% para ésta.

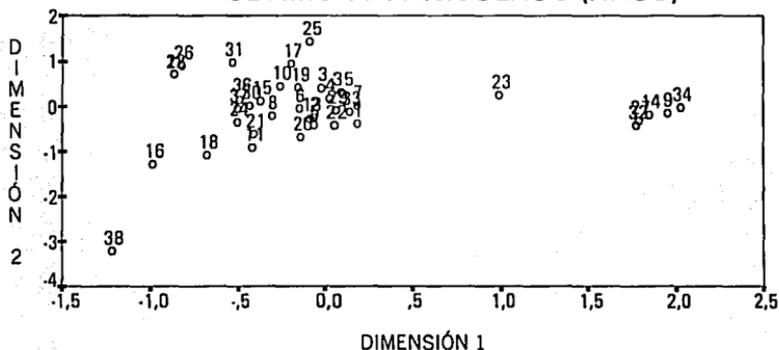
El resto de los elementos en ambas dimensiones tienen contribuciones muy bajas, es decir, ≤ 0.05

6) Por último, la representación gráfica del Análisis de Correspondencias nos ayuda a determinar intuitivamente entre qué modalidades se produce la relación. Teniendo en cuenta que en los ejes cartesianos se representan los valores numéricos de las puntuaciones de filas y columnas sobre cada una de las nuevas dimensiones consideradas como significativas, y recuperando los datos de las tablas 17 y 18, las representaciones gráficas resultantes fueron las siguientes:



Gráfica 6

ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS ÚLTIMO PAPANICOLAOU (AÑOS)



Gráfica 7

En un primer momento podemos observar una clara asociación entre las mujeres que nunca se han hecho el examen del Papanicolaou y las siguientes características o variables no excluyentes y exhaustivas: estudiantes, solteras, estudios profesionales, normalistas, inicio de vida sexual activa de 31 a 41 años y edad de 19 a 24 años.

Las mujeres que tienen 7 o más años que se practicaron el examen del Papanicolaou se asocian con un único elemento: edad mayor de 65 años.

Para las mujeres que se han practicado el examen del Papanicolaou en el último año se asocian con estudios técnicos, unión libre, inicio de vida sexual 27 a 30 años, estudios: preparatoria/bachillerato y analfabeta.

Finalmente para las mujeres que la fecha de su último Papanicolaou ocurrió en el lapso de uno a dos años y de tres a seis años, se ubicaron en el mismo cuadrante, asociándose con los restantes elementos o variables del vector fila.

5.4 REFLEXIONES

Aunque tomar decisiones es un proceso difícil, es algo que hacemos cotidianamente desde que nos levantamos hasta que nos quedamos dormidos y hay quienes aun dentro del propio sueño siguen tomando decisiones. En este sentido al individuo hay que permitirle tomar sus propias decisiones, para lo cual como hemos visto, aunque el hombre por lo general es aversivo (o contrario) al riesgo en cuestiones de loterías o juegos que implican apuestas monetarias, en un asunto de salud donde la apuesta es la vida, las decisiones tienen otro comportamiento tal y como hemos visto.

ESTE CON
 FALLA DE ORIGEN

Si se quiere que las mujeres participen en programas de prevención, diagnóstico y adherencia a los mismos hay que darles información y opciones, ya sea en términos de ganancias (positivo) o pérdidas (negativo) que les permitan comparar y tomar sus propias decisiones.

En esta perspectiva, sería recomendable que los diseñadores del PNPCCC tomaran en cuenta que hay un sector importante, 53.4% en esta muestra ($n = 802$) que no se han practicado el examen del Papanicolaou que corresponde a mujeres jóvenes con estudios medio superiores y sin estudios que han iniciado su vida sexual, y que debieran ser usuarias del programa sobre todo si partimos de que la esencia del programa es la prevención y el diagnóstico.

La calidad del servicio, las actitudes hacia el examen del Papanicolaou, las preferencias, la información y su estructuración anteriormente estudiados desde la visión cuantitativa nos ayudan a entender en buena parte, el proceso de la implementación de programas de salud pública, desde la perspectiva del usuario y su vinculación con los prestadores del servicio, y no de manera inversa como se ha venido haciendo.

Para tener una visión más completa e integral del proceso de poner en acción una política pública, igualmente desde la óptica del usuario, presentamos en el siguiente capítulo desde el enfoque cualitativo los significados, sentimientos y valores que una mujer le asigna a la práctica del examen del Papanicolaou, en un ejercicio de complementariedad y aprehensión de los factores más importantes que subyacen al proceso de conseguir la mejor implementación de un programa de salud.

5.5 BIBLIOGRAFÍA

- Ayala, J. (2000) *Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. FCE, México.
- Bernoulli, D. (1954) *Exposition of a New Theory on the Measurement of Risk*. Econometric 22, 23-36
- Bobbio, N. y Matteucci, N. (1982) *Diccionario de Política*. Siglo veintiuno editores, México.
- Bourdieu, P. (1993) *La ilusión biográfica*, en Historia y Fuente Oral, Barcelona.
- Cibois, P. (1983) *L'analyse factorielle. Analyse en composantes principales et analyse des correspondances*. France.
- de la Fuente, R. y Sepúlveda J. (1999) *Diez problemas relevantes de salud pública en México*. Biblioteca de la Salud, FCE, México.
- Hargreaves, H. (1992) *The Theory of Social Choice. A Critical Guide* en Ayala, E. (2000: 104) *Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. FCE, México.
- Hernández, P., Lazcano, E., Alonso, P., Cruz, A., Meneses, F. y Hernández, M. (1997) *Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino*. Revista salud pública de México/vol. 39, no. 4, julio-agosto de 1997
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1979) *Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk*. Econometric, volume 47, March, 1979, Number 2

-
- _____ (1981) *The Framing of Decisions and the Psychology of Choice*. Science, Vol. 211, 30 January 1981: 453-458
 - _____ (1982) *The Psychology of Preferences*. Scientific American, January 1982, Vol. 246
 - Lukes, S. (1998) *La sociedad pluralista y sus enemigos. Entrevista con Isaiah Berlin*. Metapolítica 1998, Vol. 2, Núm. 6, pp. 311-326
 - Magidson, J. (s/a) *An Illustrative Comparison of Goodman's Approach to Logit Analysis with Dummy Variable Regression Analysis*. Cap. 2 (s/e)
 - Meyerowitz, B. & Chaiken, S. (1987) *The effect of Message Framing on Breast Self-Examination Attitudes, Intentions, and Behavior*. Journal of Personality and Social Psychology, 1987, Vol. 52, No. 3, 500-510
 - Mill, J.S. (1974) *El Utilitarismo*. Aguilar, Argentina.
 - Rothman, A. & Salovey, P. (1997) *Shaping Perceptions to Motivate Healthy Behavior: The Role of Message Framing*. Psychological Bulletin, 1997, Vol. 121, No. 1, 3-19
 - Salinas, AA. (2000) *Factores que predisponen la prevención del cáncer cervicouterino*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología, facultad de Psicología UNAM.
 - Santacruz, A. y Aceves, D. (1994) *Nuevos indicadores para evaluar la salud pública. Estudio de los años de vida potencial perdidos por la población derechohabiente del IMSS en 1990*. Rev. Méd. IMSS (mex.) 1994; 32: 587-593.
 - Scheaffer, R., Mendenhall, W. y Ott, L. (1987) *Elementos de Muestreo*. Grupo Editorial Mexicana, México.
 - Sillis, D. (1982) *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Volumen 10, Aguilar, España.
 - Simon, H. (1989) *El comportamiento administrativo*. Aguilar, Madrid, España.
 - Wickens, T. (1989) *Multiway Contingency Tables Analysis for the Social Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
 - Winston, W., (1994) *Investigación de Operaciones. Aplicaciones y Algoritmos*. Grupo Editorial Interamericano, México.
 - Zurita, B., Ramírez, T., Lazcano, E. y Alonso, P. (2000) *Garantía de calidad del programa de detección del cáncer cervicouterino: una perspectiva gerencial*, en Alonso de Ruiz, P., Lazcano, P. y Hernández, M. (2000) *Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. Médica Panamericana, UNAM-Fac. de Medicina, México.

PUBLICACIÓN GUBERNAMENTAL

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Cuadernos números 16, 17 y 18. *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*, México.
- _____ (2001)
Mujeres y Hombres en México, 5a. edición, México.
- _____ (2002)
Mujeres y Hombres en México, 4a. edición, México.

VIDEOCASETE

- INCan (Productor), & Cuevas, C. (Directora) (25-07-2001) | *Panel Ciudadano sobre el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino* (videocasete). (Disponible en Facultad de Psicología, cubículo 35, edificio C, UNAM, México).
- INCan (2001) Dirección, Clínica de Displasias. México.

INTERNET Y BASES DE DATOS EN LÍNEA

<http://www.uniovi.es/UniOvi/Apartados/Departamento/Psicología/metodos/hardcopy/introd.html>

CAPÍTULO 6 EL SIGNIFICADO DE HACERSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU. UN RELATO DE VIDA

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.
Susan Sontag

6.1 EL PARADIGMA CUALITATIVO Y SUS PRINCIPALES TESIS

El empleo de metodología cualitativa es de gran utilidad cuando hay una enorme carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto de estudio. En el campo de la salud pública, algunos epidemiólogos han coincidido en afirmar que los métodos cualitativos nos pueden ayudar a una mejor comprensión de los procesos y realidades de los problemas que hoy por hoy éste enfrenta (March, Prieto, Hernán y Solas, 2002: 462, 463).

Para la visión postpositivista del análisis de Políticas Públicas, la explicación del mundo cotidiano a partir de las acciones, del significado y de los símbolos compartidos socialmente es una actividad interpretativa que corresponde al paradigma cualitativo. Los destinatarios de las Políticas Públicas pueden y deben participar en el diseño de las mismas por medio del lenguaje, la escritura o ambos al expresar sus necesidades, experiencias, símbolos y significados con respecto a los problemas públicos, es decir, desde la perspectiva de los propios ciudadanos implicados, produciendo información y conocimiento que como dice Aguilar (1996b), son insumos de las Políticas Públicas.

En este sentido Dryser (1982: 332) ha expresado lo siguiente:

El análisis de Políticas Públicas hermenéutico puede ser definido como la evaluación de las condiciones existentes y la exploración de alternativas para dichas condiciones, en términos de criterios derivados de una comprensión de las mejores condiciones posibles, a través de un intercambio entre los marcos de referencia de los analistas y los actores. (...) La implicación es que el analista de políticas públicas deberá buscar una mediación (o confrontación) entre la práctica de las políticas públicas y los marcos de referencia o teorías sociales de los actores dentro del proceso de las políticas públicas por un lado, y por el otro, los marcos analíticos que él tiene en las huellas de sus manos como un científico social.

En esta perspectiva, los métodos cualitativos son también adecuados para identificar factores que influyen de manera importante en las concepciones y acciones de quienes toman parte en la gestión de la salud pública.

En el enfoque positivista, la investigación es un proceso lineal no dinámico que se basa en patrones o estructuras rígidas, que busca someter a la naturaleza social del hombre a la "santa inquisición", imponiéndole pesadas estructuras, que al final resultan ser totalmente artificiales –la realidad social no cabe en un laboratorio– en búsqueda de respuestas a preguntas preconcebidas en una experimentación rigurosa que, sólo es posible llevarla a cabo en estudios de laboratorio en donde todo o casi todo es sometido a un estricto control que dista mucho de lo que es la realidad social, de lo que ocurre cotidianamente en la vida interaccional. Y cuando hablamos de vida cotidiana nos estamos refiriendo a un nivel microsociedad, es decir, al nivel de los individuos.

La vida cotidiana es la vida práctica, es "ese hacer en el contexto" en donde en cada acto de la vida hay códigos¹ implícitos y explícitos. Se trata de conocer lo que está ocurriendo, incorporando la subjetividad al estudio y comprensión del cambio social. Las Ciencias Sociales no pueden estudiar el futuro pero si nos proporcionan elementos para comprender el presente² como límite superior del futuro, y límite inferior del pasado. En ellas la esencia mínima del conocimiento científico lo constituye las diversas interpretaciones. Un abordaje metodológico lo constituye el estudio de la acción social –de naturaleza múltiple– y precisamente aquí está la riqueza, la diversidad y la producción de conocimiento científico.

Pierre Bourdieu (1993: 177) en relación con el conocimiento científico expresa lo siguiente:

Construir un objeto científico significa, primero y ante todo romper con el sentido común, es decir, con representaciones compartidas por todos, trátase de simples lugares comunes de la existencia ordinaria o de representaciones oficiales, a menudo inscritas en instituciones y, por ende, tanto en la objetividad de las organizaciones sociales como en los cerebros. Lo preconstruido se encuentra en todas partes.

Al diseñar un programa de salud pública desde la perspectiva cuantitativa quien toma la decisión de llevar a cabo tal o cual programa estará definitivamente más interesado por el número de personas que han acudido a practicarse el examen³.

¹ Códigos: son los valores, las creencias, las leyes, las representaciones las imágenes y las normas.

² "El presente es la categoría de sentido común que opera como un sistema básico de referencia" (Piña, 1988: 147). Según Heller citado por Piña (*Ibidem*) "El presente 'separa' el pasado del futuro: en la conciencia cotidiana las dimensiones temporales sirven también para la orientación práctica. En este sentido lo finito (lo que ya no actúa sobre el presente) se distingue del pasado (que actúa sobre el presente), siguen luego el presente, por tanto lo incierto (hacia el que se mueven nuestros objetivos) y finalmente lo imprevisible".

³ Durante el gobierno de Rosario Robles en un desplegado que circuló en diversos medios de comunicación impresos se presentaba lo siguiente "Prevención de cáncer en mujeres. *Para una gran ciudad Grandes Acciones* Este Gobierno apoya el combate a una de las principales causas de muerte de la mujer en nuestra Ciudad el cáncer cervicouterino • Se adquirieron **4 Unidades Médicas Móviles** para detección de cáncer cervicouterino y mamario en Milpa Alta y Tlapan; • Se instalaron **9 clínicas de displasia** donde se han atendido a la fecha a **450 mil mujeres.**"

Este paradigma no obstante que incorpora dimensiones económicas, políticas, biológicas, parcialmente sociales y culturales para el análisis del comportamiento del individuo, omite no sólo el hecho de que los individuos interactúan socialmente, sino también toda consideración sobre aspectos subjetivos, simbólicos y valorativos que dan sentido y significado a sus conductas y acciones sociales.

Vichow (en Heggenhougen, 1996: 11) un patólogo alemán argumentó hace más de un siglo que la medicina y la salud pública son también Ciencias Sociales, que de no asumirse como tales, sus problemas difícilmente podrían ser resueltos.

A la fecha la salud en general ha sido abordada desde la perspectiva del paradigma cuantitativo, en la que predominan los enfoques epidemiológicos y demográficos, tratando de establecer relaciones de causalidad entre diferentes variables tales como el fumar, la falta de ciertas vitaminas, el factor hereditario, la edad, la escolaridad, el nivel socioeconómico, el tipo de alimentación, prácticas sexuales (múltiples parejas sexuales, no circuncidadas, relaciones sexuales "a temprana edad", etc.), entre otras, consideradas como factores coadyuvantes de padecer ciertas enfermedades, como el cáncer cérvico uterino.

Como lo ha expresado Figueroa (1998: 13):

(...) de manera por demás esquemática, en las aproximaciones cuantitativas predomina lo que hemos llamado 'la objetivación de los actores', o sea, la de los eventos que experimentan los sujetos y que en la investigación social se lleva a la práctica mediante la construcción de conceptos operativos, que están atomizados y parcializados como parte del recorte del objeto de estudio y que se representan mediante indicadores 'objetivos'. (...) En este estilo de investigación se privilegia la variabilidad y regularidad de comportamientos, se busca la objetividad, confiabilidad, representación y la validación estadística, mediante la verificación de las relaciones de causalidad que se establecen entre dichos conceptos y variables.

En el enfoque cualitativo no hay un proceso de medición, el análisis se aborda desde una perspectiva sociológica, tratando de conocer lo que ocurre en la vida cotidiana de las personas, por ejemplo, en el porqué hay mujeres que sí acuden a realizarse el examen y por qué un amplio sector de la población femenina no lo hace a partir del significado y el sentido que le otorgan a dicha práctica. En este paradigma cada acto de la vida cotidiana está conformado de códigos, que para hablar en el mismo lenguaje del análisis cuantitativo también son datos, pero la diferencia es substancial, en el primero el dato es la resultante de una interacción social para el segundo es una variable o agregado que generalmente se traduce en un número o porcentaje.

Por su parte Geertz (1996: 20) ha expresado lo siguiente: "(...) la cultura⁴ no es una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en

⁴ "(...) la cultura consiste en estructuras de significación socialmente establecidas en virtud de las cuales la gente hace cosas..." (Geertz, 1996: 26).

busca de significaciones, buscando la explicación y la interpretación de las expresiones sociales.”

Lo cual nos conduce a lo que él mismo ha llamado la “descripción densa”, –que significa ir más allá de lo obvio y de lo superficial– en donde todas las acciones que la persona ha elegido y ordenado para narrárnosla hay que ir las entretrejiendo para formar cadenas lo que finalmente nos permite dar cuenta de los significados y los sentidos. Bourdieu (1993a: 128) citando a Schütz dice lo siguiente: “(...) Por una serie de construcciones de sentido común, preseleccionaron y preinterpretaron un mundo que aprehenden como la realidad de su vida cotidiana.”

En esta reconstrucción, la teoría y la realidad se van acercando hasta conseguir su integración. Lo que Geertz (*op. cit.*) expresa como desentrañando las estructuras de significación o códigos establecidos, determinando su campo social y su alcance. Esto quiere decir que en el análisis cualitativo no se imponen las variables, los factores o los indicadores que el investigador quiere, sino lo que se hace es ir construyendo a partir del sentido que el sujeto atribuyó a sus experiencias, situándolas en el contexto de sus representaciones simbólicas y sus significados compartidos socialmente y que se expresan en su narración.

En este sentido el reto del paradigma cualitativo es hacer objetivo lo subjetivo y precisamente la interpretación subjetiva del sentido para Shütz (*op. cit.*: 22, 23) es en primer lugar una tipificación del mundo del sentido común, la manera concreta en que los individuos interpretan su conducta y la de los demás en la vida diaria. Y esta interpretación tiene que ver con tres cuestiones del significado del *Verstehen*: 1) significa que en la vida cotidiana los hombres interpretan su mundo, desde un primer momento, como dotado de sentido; 2) el *Lebenswelt*, el mundo de la vida, que abarca la rica totalidad de la experiencia de sentido común por el individuo en su experiencia concreta; y 3) como método específico de las ciencias sociales. Los objetos del investigador social son los seres humanos que tienen su propio mundo preinterpretado, que llevan a cabo su propia observación y que están insertos en la realidad social, por lo tanto estos objetos son construcciones de segundo grado. Por ello el método desde el enfoque del *Verstehen* es empleado para asimilar la plena realidad subjetiva de los seres humanos.

Si quien toma la decisión de poner en acción un programa de salud pública, fuese más sensible al empleo de los métodos cualitativos, se daría cuenta que si conoce los valores y significados socialmente compartidos por los usuarios del programa y los considera en el proceso del diseño de una política pública, muy probablemente incrementará el número de personas que participen como usuarios del mismo, lo cual traerá consigo una ganancia política, económica y social. En suma, un juego de suma positiva donde todos saldrían ganando.

“Cultura es una sección limitada de la infinitud desprovista de sentido del acontecer universal, a la cual los seres humanos otorgan sentido y significación” (Weber, s/a: 71).

En el campo de la salud desde el enfoque cualitativo Nigenda y Langer (1996: 19) han expresado lo siguiente:

Los métodos cualitativos permiten considerar dimensiones de la interacción social que difícilmente pueden ser abordadas por otros métodos. Además son adecuados para identificar elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planeación, otorgamiento y recepción de los servicios médicos.

Más que llevar a cabo una discusión que por años se ha dado, y que ha resultado poco fructífera en relación con que si los métodos cuantitativos son o no mejores que los cualitativos, deberíamos reconocer las fortalezas y debilidades que cada uno de ellos nos ofrece, para compensarse mutuamente y no verlos como paradigmas antagónicos o rivales sino como complementarios. A esto se le ha llamado la *triangulación*⁵ o complementariedad que en palabras de Denzin (en Todd, 1979: 602) la define de la siguiente manera: "La combinación de metodologías en el estudio del mismo fenómeno."

En esta perspectiva la triangulación como expresa Denzin (en Todd, 1979: 602) es un vehículo de validación cruzada cuando dos o más métodos distintos convergen para ser congruentes y producir datos comparables que pueden coadyuvar a la síntesis e integración de teorías. Se incorporan diversos datos, investigadores, teorías y metodologías.

La triangulación de resultados consiste en un proceso que permite controlar la subjetividad del investigador en el análisis e interpretación y por lo tanto valida las conclusiones a las que llega. De esta manera se produce y enriquece el conocimiento sobre nuestro objeto de estudio, es decir, en el ámbito de la salud pública y su gestión (March, Prieto, Hernán y Solas, 2002: 472). Cuando un método de investigación es inadecuado, precisamente la triangulación se emplea para llegar a una mejor comprensión del problema de investigación.

Existen diversas corrientes o escuelas teóricas que contemplan el paradigma cualitativo como su método de investigación. Y así encontramos, la Etnometodología⁶, el Interaccionismo Simbólico y la conversación de gestos; la Fenomenología y el acervo de conocimientos; la dramaturgia de Erving Goffman (1997), y la Situación Interaccional, entre otros. En este trabajo haremos uso de

⁵ "La metáfora de triangulación es tomada de las estrategias militares y navales que usan múltiples puntos de referencia para localizar la posición exacta de un objeto. Dados los principios básicos de la geometría, son los múltiples puntos de vista dirigidos con una mayor precisión." (Todd, 1979: 602).

⁶ La etnometodología expresa Coulon (1987: 22) busca comprender cómo las personas perciben, describen y proponen de manera colectiva una definición de la situación. "(...) La búsqueda empírica de los métodos empleados por los individuos para dar sentido y, al mismo tiempo, realizar sus acciones de todos los días: comunicarse, tomar decisiones, razonar (.) La etnometodología analiza las creencias y los comportamientos de sentido común como componentes necesarios para 'toda conducta socialmente organizada'" (Coulon, 1987: 32).

una de las técnicas de la Etnometodología: el relato de vida de una mujer ante la práctica del examen del Papanicolaou.

Con objeto de contextualizar el relato de vida en el binomio salud-enfermedad de la mujer a continuación presentamos brevemente una revisión histórica.

6.2 SALUD-ENFERMEDAD EN LA MUJER MEXICANA

La salud y la enfermedad desde tiempos ancestrales en nuestro país, han colocado a la mujer en una situación vulnerable y más aún en el caso de las mujeres de estratos sociales bajos. Los papeles sociales que culturalmente le han sido asignados dan cuenta de ello. La medicalización del cuerpo femenino con los procesos de secularización durante los siglos XVIII y XIX, son pruebas irrefutables de ello.

Durante este tiempo, las nociones de salud, enfermedad, "normalidad" y "anormalidad", ofrecidas por la medicina científica, proporcionaron el marco esencial para el desarrollo de las teorías del control interno y externo de los individuos integrantes de una sociedad. En ella conforme se transitaba de la premodernidad a la modernidad, la regulación de los cuerpos se hacía más necesaria, y la manera de hacerlo era mediante la sexualidad, particularmente la femenina (Turner en López, 1998: 35). Durante este período, la sexualidad de las mujeres era regulada a partir de la medicalización de sus cuerpos. El discurso de la medicina y la biología se construyó sobre la base científica para el control sexual de hombres y mujeres. La academia de médicos prescribió las formas "sanas" de comportarse. En consecuencia, cualquier conducta que se alejara de lo establecido por el saber médico era considerada la generadora de las enfermedades que la población padecía.

El control médico ejercido sobre el cuerpo de la mujer fue el rasgo característico en las sociedades occidentales del siglo XIX (Fernández citado en López, 1998: 35). Este control se fundamentó en la supuesta existencia de una "naturaleza femenina", lo que le significó a la mujer una identidad marcada por las siguientes características: dependiente, frágil, emotiva, sexualmente pasiva y se le asignó el papel de predestinada a la maternidad (López, 1998: 35). Entonces las mujeres tenían como máxima función en su vida educar a los hijos, tarea social que resultaba paradójica, se le había catalogado de dependiente y frágil pero no obstante ello, era la encargada de la educación de los hijos. Para Sánchez (citado en López, 1998: 36) en estas circunstancias la mujer: "(...) era valiosa como madre, pero *defectuosa* en tanto persona."

Durante el siglo pasado y las primicias de este siglo XXI, las cosas han cambiado favorablemente en algunos aspectos, pero desafortunadamente en otros no, sobre todo para las mujeres que por su baja condición económica y educativa se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Igual que hace más de cien años, el discurso médico casi no ha variado, continúan diciendo que aquellas mujeres con múltiples parejas sexuales y/o que no están circuncidadas, y/o que

hayan iniciado su vida sexual a "muy temprana" edad y/o que hayan tenido "muchos" hijos, incrementan sensiblemente sus probabilidades de padecer cáncer cérvico uterino, otorgándole toda la responsabilidad de enfermarse exclusivamente a ellas.

Un sector de la sociedad educado y cada vez más consciente de sus derechos, conceptualiza que el fin último del cuerpo de una mujer ya no es tan sólo la reproducción biológica, ahora la mujer busca ganar y ampliar espacios de participación en la vida económica, política y social de nuestro país. Como expresa Sánchez (*op. cit.*: 54): "Ciertamente, hay que reconocer que la práctica disciplinaria destinada al control del cuerpo se ha ido distanciando, es decir, funciona más desde coordenadas simbólicas, las cuales, a su vez, han sido más eficaces que las estrategias en actos sobre la realidad de los cuerpos a través del bisturi."

Desde la perspectiva de la Fenomenología se concibe al cuerpo en una doble dimensión que corre en paralelo: 1) corporeidad con la que actuamos y 2) vivencias en una multiplicidad de situaciones vitales, a tal punto que es parte integrante de nuestra conducta, inseparable de la personalidad y aún del propio sentimiento de identidad. Hablamos de una actividad corporal integral en los actos de percepción. A partir de la actividad que realizamos con nuestros sentidos en donde interviene nuestro cuerpo, nos permite construir un mundo sensible.

Merleau-Ponty⁷ (en Aisenon, 1981: 75) ha conceptualizado el cuerpo fenomenicamente, demostrando cómo éste en su integridad, tanto en su calidad de ente biológico como en su dimensión vivencial, sentido como cuerpo propio, participa en la organización de la vida personal. Tal concepción se fundamenta en su convencimiento que la conciencia del hombre es fundamentalmente conciencia comprometida, porque siempre, de manera ineludible, su vida transcurre en el mundo, trabaja con las cosas, y en su conducta se funden por lo tanto, en íntima compenetración, el plano de lo subjetivo y lo objetivo.

Bajo esta visión fenomenológica, la mujer se descubre siempre como ser-en-el-mundo, o como ser en situación y de ello se deriva que el cuerpo, en cuanto medio perceptivo y activo posibilita precisamente ser-en-el-mundo o trascender de la conciencia hacia las cosas, no es un agregado material separado o indiferente en la existencia, sino que entra en su trama más íntima. El cuerpo es aquello en nosotros que está relacionado con los objetos exteriores; se halla ligado al mundo por una relación pre-objetiva que constituye una intención que opera pero que no se piensa, y que es lo que permite comprender, gracias a las funciones perceptivas y en general a una disponibilidad o apertura para con el mundo, el sentido de diversos entes.

⁷ Merleau-Ponty (en Aisenon, 1981: 90) expresa lo siguiente: "...espacio sólo hay para un cuerpo, para un cuerpo que actúa, que se vive a sí mismo ejecutando movimientos en relación a objetos; es decir, sólo hay espacio para un esquema corporal. Las tareas que proyectamos son las que determinan nuestras posturas y promueven nuestra *vivencia* del espacio, que se prolongará luego con la *idea* del mismo."

Desde la perspectiva del feminismo (Figuerola, 1998: 13), la salud de las mujeres parte de que la construcción cultural que se ha hecho de los géneros, afecta de muy diferentes formas la capacidad de auto atención en la salud de las propias mujeres. La asignación genérica que se les ha dado de "apoyadoras emocionales" de su familia las coloca en una situación de desventaja, es decir, sin la capacidad para priorizar sus necesidades y deseos, afectando no sólo su salud física sino también emocional. En consecuencia el papel pasivo que debe asumir a partir de su condición de mujer, entra en conflicto con el de cuidadora de la salud de sus hijos, que requiere de autonomía, de decisión, de iniciativa y de actividad. Prácticas culturales de mayores cuidados a los varones, afecta la calidad de la alimentación de las mujeres, ya que en los cuidados a la salud que se desarrolla en el hogar, existe una jerarquía de prioridades que no depende de la gravedad de los padecimientos, sino del género y del lugar que ocupa el sujeto en la estructura familiar.

La anterior situación pudo observarse en el análisis cuantitativo del trabajo de campo, al encontrarse un porcentaje significativo de mujeres que manifestaron no poder acudir a realizarse el examen porque tenían que cuidar de otros. En este sentido Hernández y González (2000: 261) han expresado lo siguiente: "Ser mujer es construido en torno a dos definiciones esenciales de las mujeres: su sexualidad procreadora y su relación de dependencia y servicio hacia los otros por medio de la maternidad, la filialidad y la conyugalidad: *la matriz sólo sirve para dos cosas: para dar hijos o para dar cáncer.*"

En esta situación apreciamos la compatibilidad de combinar la metodología cuantitativa y la cualitativa para una cabal interpretación del asunto que nos ocupa, lo cual permitirá diseñar mejores Políticas Públicas en salud.

6.3 CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS DE SALUD

Hoy por hoy organismos internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial de la Salud (BMS), entre otros, participan conjuntamente con las autoridades mexicanas y otras organizaciones privadas como la Fundación Mexicana para la Salud⁸, en el diseño de Políticas Públicas en salud⁹. Preocupados por la enorme cantidad de recursos que se destinan a la atención de enfermedades que pueden prevenirse y que generalmente llegan a ser terminales como el cáncer cérvico uterino, valoran cuantitativamente en años de vida potenciales por incapacidades o muertes "prematuras" -desde una perspectiva

⁸ El actual presidente es el Dr. Guillermo Soberón Acevedo y uno de sus vicepresidentes ejecutivos el Dr. Julio Frenk, actual Secretario de Salud (FUNSALUD, 2000).

⁹ "Con un discurso que rompe la tradición en el tratamiento de la cuestión pública y social, se argumenta la incapacidad de mantener el mismo ritmo de atención a la resolución de los problemas para toda la población, además que el gasto efectuado ha sido excesivo con relación a las soluciones" (Tetelboin, 1998, p. 43).

económica– los impactos de esta enfermedad, así como el desamparo de sus hijos y demás familiares, ya que como vimos la mujer ha tenido asignado un papel socialmente aceptado de ser la proveedora de cuidados a "otros": la familia.

Parsons (1951: 433) ha expresado lo siguiente: "(...) La muerte prematura, antes de que el individuo haya tenido la oportunidad de desempeñar su *quota* completa de roles sociales, significa que sólo se ha recibido una 'restitución' parcial de ese coste."

En esta perspectiva estos organismos y las autoridades de nuestro país han decidido rediseñar y/o implementar programas de salud pública, como el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino y Mamario desde la óptica costo-beneficio y de la búsqueda de mayor protagonismo político.

El discurso médico científico permea el manejo de la salud pública, desde una racionalidad económica, biológica y también política, fuera del contexto social de la vida cotidiana de las mujeres de sus representaciones simbólicas y sus significados socialmente compartidos. En esta perspectiva Parsons (1951: 437) manifiesta lo siguiente:

(...) La neutralidad afectiva se encuentra también implicada en el rol de médico en cuanto su actividad es ciencia aplicada. Se espera que el médico se ocupe de un problema objetivo en términos objetivos, científicamente justificables. Por ejemplo, se supone que es irrelevante que al médico le guste o le disguste el enfermo concreto como persona; en la mayoría de los casos el problema puramente objetivo consiste en habérselas con una enfermedad particular.

La práctica de la medicina clínica está dirigida al que sabe ver, es decir, al especialista que trata la enfermedad desde el enfoque biológico y en este sentido se compara con la física o la química, es decir, hay una excesiva valoración de las ciencias de la salud. En esta perspectiva el paciente es el objeto y el médico es el sujeto poseedor de conocimiento. En esta asimétrica relación se deja del lado la teoría y la práctica social que permitirían incidir en el cuidado y preservación de la salud. Se olvida que los seres humanos rebasamos los límites de lo biológico y penetramos en el campo de lo social y de lo subjetivo lo que nos contextualiza como tales.

En un artículo de Gustavo Leal (*La Jornada*, 29-07-2000) en relación con la visión que permea el modelo médico expone lo siguiente:

La terapéutica altamente tecnologizada, narra el doctor V. Guarner, pareciera olvidar al ser humano que padece detrás del aparato. En realidad, lo sustituye por la información 'vital' que, sobre su constelación enferma, emite sistemáticamente la red de sensores y pantallas frías que lo acosan en el lecho. Víctima de un padecimiento agudo, en el hospital escuela de 'punta' de la Universidad de Cornell, resistió *in corpore* el infeliz destino de su propia profesión: 'mi persona, corporalmente no existía. Yo era un simple objeto. La

enfermedad estaba en la computadora. Nadie se daba cuenta de mi sentir, de mis necesidades ni de mi padecer, porque nadie me preguntaba acerca de mí. Según ellos, todo lo que necesitaba saber estaba en la computadora. (...) el dolor es algo 'subjetivo', que sólo siente quien lo padece y que quienes están a su derredor 'no pueden valorar'.

En suma, el modelo médico presenta tres características negativas que el paradigma cualitativo puede subsanar: 1) omisión de la salud-enfermedad como parte de la realidad social, conceptualizando este binomio como un ente aislado y autónomo; 2) la intervención clínica es la razón única o casi única del ejercicio de la medicina, en consecuencia la salud deja de ser considerada como su objetivo teórico y práctico. En este sentido hay una disociación entre los objetivos de los programas diseñados por una elite de expertos, el ejercicio de la medicina y las expectativas de la sociedad; y 3) se ignoran teorías y prácticas sociales que permitirían incidir en la adherencia a programas públicos encaminados a preservar la salud.

6.4 ETNOMETODOLOGÍA: EL RELATO DE VIDA¹⁰ DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS GINECOLÓGICAS DE UNA MUJER

En el proceso de construir lo social la decisión de trabajar con la Etnometodología obedeció al objeto de estudio, esto es, buscar comprender cómo las personas perciben, describen y proponen de manera colectiva una definición de la situación. Coulon (1987: 32) la define de la siguiente manera:

(...) la búsqueda empírica de los métodos empleados por los individuos para dar sentido y, al mismo tiempo, realizar sus acciones de todos los días: comunicarse, tomar decisiones, razonar. (...) la Etnometodología analiza las creencias y los comportamientos de sentido común como componentes necesarios para "toda conducta socialmente organizada."

En este sentido la Etnometodología busca describir¹¹ cómo son los actos de las personas en circunstancias comunes, en la vida cotidiana, sin importar mucho qué los llevó a emitir cierta conducta, se interesa más bien en construir el significado que tiene para ellas y cómo se lo explican en su cotidianidad. Un etnometodólogo no se esforzará por proporcionar explicaciones causales (lo que sí buscará hacer el paradigma cuantitativo), sino por el modo en que los individuos pertenecientes a una sociedad comprenden, describen y se explican el orden del mundo en el que viven. Le preocupa el hacer de las personas (procedimientos, métodos y prácticas utilizadas), es decir, el estudio de una realidad objetiva de los hechos sociales. No juzgará las acciones de los individuos, sino que analiza las explicaciones que éste da acerca de esas acciones, analizándolas en función de cómo emplea el individuo su ejecución práctica.

Otro concepto básico de la Etnometodología es la *indexicalidad*, que toma en cuenta de manera importante el contexto en el que se está generando la acción,

¹⁰ Se siguieron los esquemas de trabajo desarrollados por Chanfrault-Duchet (1988) y Piña (1988).

¹¹ Describir una situación es construirla (Coulon, 1987: 44).

en donde la situación es la que le da sentido y significado a actor social. La Etnometodología intenta explicarse los significados a partir de las expresiones y las acciones prácticas personales, su interpretación debe ser contextualizada de manera muy particular. Por lo que los investigadores deben cuidarse mucho de imponer su visión de la realidad que están analizando. Por ello el ponerse en el lugar de la otra persona adquiere gran relieve, pues significa tener una clara comprensión de lo que el otro está haciendo y diciendo.

El relato de vida como una de las técnicas de la Etnometodología, articula y escoge aquellos fragmentos de la vida cotidiana que al relacionarlos con la teoría nos conduce a la generación de conocimiento, estableciendo un diálogo permanente entre la teoría y la realidad.

En esta perspectiva, se llevó a cabo el relato de vida¹² de *Regina* a quien se le detectó un cáncer *in situ* estadio III a principios de 1999, provocado por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Se decidió trabajar con este género narrativo, porque éste contiene descripciones de acontecimientos y experiencias importantes de una mujer en sus propias palabras, respecto de sus prácticas de salud ginecológica. Desde la visión del postpositivismo, esto nos permiten recuperar al ser humano como tal, con sus temores, miedos y angustias más allá de lo evidente, lo objetivo y lo medible. Como expresa Bertaux (1988: 57): "(...), los relatos de vida constituyen una herramienta incomparable de acceso a lo vivido subjetivamente, y la riqueza de sus contenidos es una fuente de hipótesis inagotable."

6.4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

El relato de *Regina* tuvo como hilo conductor sus experiencias ginecológicas, sin embargo éste se estructuró en cuatro dimensiones:

1) el binomio que establece entre relaciones sexuales y exámenes ginecológicos, digamos el placer y su "precio".

Al respecto Hernández y González (2000: 261) han expresado lo siguiente: La visión hacia sí mismas asume un sentido de culpa: creen que la enfermedad es por algo que ellas hicieron de manera indebida, real o simbólica, y vinculada con lo mismo que los hombres las han identificado, es decir, a tener o no relaciones sexuales y no tener hijos.

2) La "apropiación" de su cuerpo por otros.

En relación con esta segunda dimensión, los autores antes citados Hernández y González (2000: 262) manifiestan lo siguiente: "(...) mientras que el hombre no acepta que la mujer sea tocada por otro, para la mujer esta decisión resulta difícil porque considera que atenta contra su pudor."

¹² "(...) el relato de vida es un proceso narrativo, en el cual el hablante se debate con su memoria, recuerdos, intereses e imágenes; no pudiendo escapar del universo de las palabras y de las narraciones, las que provienen de sistemas culturalmente compartidos de representación de sí mismo" (Piña, 1988: 175).

3) El simbolismo socialmente compartido de la falta del útero o de la matriz y la menopausia "imaginaria" como sinónimos de pérdida de identidad y el fin de la vida "útil" de una mujer.

4) Sólo hay que acudir al médico cuando hay dolor. En esta perspectiva la salud es un bien *intangible*.

Regina nació en 1955 en el norte de la República en el seno de una familia de clase media, su padre de profesión médico murió de cáncer en 1990, su madre de 72 años vive en el lugar que nació *Regina* con sus otros dos hijos, es la segunda hija de este matrimonio. Llegó sola a la Ciudad de México cuando tenía veinticuatro años para estudiar una carrera universitaria, objetivo que consiguió con bastante éxito. Vivió en pareja con un hombre con quien procreó dos hijos: una niña que tiene quince años y un niño de siete años. Desde hace aproximadamente seis años, dejó al padre de sus hijos, trabaja en una institución de educación pública superior y desde hace casi dos años tiene un consultorio en donde da atención psicológica.

6.4.2 EL SISTEMA DE INTERACCIÓN (ESTABLECIMIENTO DE CONTRATOS)

Durante el proceso narrativo, asumió la evaluación de lo vivido principalmente en relación con la interacción entre ella y los médicos ginecólogos además, de sus hijos, su familia y sus amistades. Ella organizó su narrativa, estructurando lo vivido desde su adolescencia, pasando por su juventud, cuando fue madre y de ahí "saltó" hasta el momento en que le fue diagnosticada una lesión en el cuello de la matriz.

Previamente por teléfono le solicité su participación en un *pre-contrato* (Chaufrault-Duchet, 1988). Cuando acudí a la cita le expliqué con mayor detalle al que había hecho anteriormente e inicié la presentación del Contrato de Investigación (CI) en los siguientes términos:

La información de la narración de tu vida es de carácter social, que tiene que ver con el objeto de estudio de mi tesis doctoral, desarrollo de un modelo para la implementación y evaluación de las políticas públicas en salud a partir de un estudio de caso: el Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cérvicouterino, desde una perspectiva microsocia, es decir, a nivel individual. Tu conversación será grabada, la grabadora tendrá el papel de testigo en la interacción tú y yo, esto es, "cara a cara", no le vas a contar tu vida a la grabadora sino a mí, estamos hablando de una relación interpersonal no intersubjetiva. Tú vas a abrir un diálogo a un tercero que es la sociedad y por ello justamente no hay una relación intersubjetiva, serás un yo social enfocado en tu relación con el pasado.

Explicándome las formas o la forma de tu relación con el mundo: de conformidad con el orden social establecido, contra la transgresión, contra el abuso, contra la apropiación, contra la opresión y la manipulación, entre otros. Voy a recopilar el material de la historia aclarándote que tu relato de vida será objeto de un análisis de mi parte, en consecuencia tu relato dejará de pertenecerte, voy a reconstruir lo subjetivo de tu relato en símbolos y significados en un análisis objetivo y que muy probablemente será publicado.

Posteriormente pasamos al contrato narrativo, solicitándole que me platicara su vida en relación con sus experiencias con el ginecólogo, pidiéndole que en su relato estuvieran presentes los siguientes puntos:

- 1) tu relato va a representar el producto de una reconstrucción, en donde los acontecimientos, sucesos, eventos, y experiencias con el ginecólogo los organices en torno a una doble coherencia de sistematicidad temporal y causal. En este sentido, tu relato de vida remite a un tipo de interacción social que depende de lo cotidiano;
- 2) quisiera que establezcas un marco, evoques acciones y pongas en escena a personajes; y
- 3) escoge el modelo narrativo que tú desees.

Finalmente le comenté el contrato autobiográfico diciéndole lo siguiente:

a) el relato de tu vida es hacia mí, mediante un diálogo, quisiera que tengas claro que no es una autobiografía en el sentido clásico o estricto, no quiero una sucesión cronológica de hechos; b) el relato de tu vida quisiera lo construyeras en primera persona yo y tú serás el sujeto de toda acción social; c) durante tu narración quizás recurras a procesos retroactivos, ya sea seleccionando fragmentos o trozos de material almacenados en tu memoria que te pediría selecciones y organices según un hilo conductor que permita que tu narración tenga continuidad y coherencia, o también mediante lo que tú has vivido y ha quedado inscrito en un trayecto señalado, estructurado según un itinerario, concebido como realización de yo en función de los sucesos, que cada sociedad retiene como mitos de una vida. También te pediría tomar en cuenta los procesos evaluativos en los que quiero que me platiques los hechos que has retenido como más significativos y que se han estructurado según los marcos de tu propio sistema de valores que has evaluado y que les has conferido alguna significación. Tu dimensión narrativa será la evaluación de lo vivido en relación con las revisiones ginecológicas a que te has sometido.

6.4.3 LA ESTRUCTURA NARRATIVA

Se desarrolló con mucha coherencia y orden desde el inicio hasta el fin. Le dio sentido a su relato mediante una sucesión de tiempos y acciones bien articulados con lo que consiguió darle significado al mismo. Con pequeños

"saltos", en general no exhibió rodeos, inclusive llegó al punto que deseaba (hablar de los símbolos y significados de hacerse el examen del Papanicolaou), no obstante que ella misma reconoció que es algo de lo que no le gusta hablar mucho, pero finalmente lo hizo. En este sentido me sentí un poco incómoda por haberle pedido recordar algo que quizás ella prefería no hacerlo, sentí que violaba algo muy suyo, muy íntimo. Ella cierra su narrativa haciendo un proceso evaluativo de su actuación en materia de prácticas de salud, situándose en el *deber ser* de los demás expresando lo siguiente:

(...) Eh, en relación a lo que sería la práctica de salud, yo trabajo esa temática y me parece que no tenemos una cultura de salud, se lo achacamos a los jóvenes que pretendemos que se cuiden, que usen el condón, que hagan tales y cuales cosas y que no hagan otras, pero si los adultos que nos dedicamos a promocionar eso, pudiéramos revisar la nuestra, porque usar un condón es una práctica de salud. Si pudiéramos revisar nuestras propias prácticas, nos daríamos cuenta de que les pedimos peras a los olmos, porque tampoco nosotros, siento que hay algo que no hemos descubierto en donde está en relación al cuidado de la salud si y que hay que seguir trabajando. ¿Qué es lo que pasa?

(...) o también bueno se ha manejado mucho desde el trabajo de las feministas, por ejemplo, que como que este descuido de las mujeres por su salud tiene que ver con el lugar que se le exige al cuidado del otro, donde el otro está primero y hay un cuidado del otro, pero no hay un cuidado de sí, a mí parece que sí que es eso, pero que realmente también es que nunca no nos han, no se ha convertido en las familias en una práctica real del cuidado de sí, si cuidarse, yo espero, esa es mi apuesta con estas llevadas con mis hijos con el odontólogo y con el médico y etc., y que ellos vean mi propia práctica que ellos puedan transformar su relación, ¿no? que puedan hacerse cargo de su salud, porque también eso es como que digamos que sean otros los que digan que tienen que hacerlo: 'ven para que te cure'.

6.4.3.1 LAS SECUENCIAS¹³

Es necesario distinguirlas a través de la identificación de los cortes hechos por *Regina* pudiendo identificar las siguientes secuencias:

La primera de ellas se inicia en su adolescencia y en su ciudad natal; la segunda secuencia se desarrolla en su juventud cuando llega a la Ciudad de México a la edad de 24 años:

(...) cuando llego a México...

¹³ "Las secuencias de la narración autobiográfica, (...) son divisiones al interior del texto, que poseen un alto grado de variabilidad e imprevisibilidad, en las que no siempre se distingue fácilmente los puntos de partida y final" (Piña 1988: 164).

Una tercera secuencia tiene lugar cuando ocurre su primer embarazo:

Cuando me embarazo ...

Una cuarta secuencia se desarrolla cuando tiene a su segundo hijo:

Nace mi segundo hijo, me embarazo del segundo hijo,...

Hay una quinta secuencia que no recuerda muy bien, que parece se inicia en 1992 y tiene que ver con el "ir y venir" de ginecólogo en ginecólogo, nunca con la misma o el mismo. En una sexta secuencia más reciente, diciembre de 1998, platica de un "convenio" que hace con su hermana para que a partir de esa fecha quede instituido realizarle la mamografía cada año, después del día 25 de diciembre.

La séptima secuencia tiene que ver cuando en febrero de este año (en el relato 1999), acude a hacerse el Papanicolaou y su estudio resulta positivo con una lesión cancerosa en el cuello del útero.

La octavo secuencia ocurre cuando decide operarse, pero no sabe con quién hacerlo. Parece ser que en esta etapa ella realmente toma conciencia del problema que tiene, en términos de no contar con un ginecólogo de "confianza" como ella dice, y de tener que ir a un hospital, situación que la aterra:

(...) yo estaba verdaderamente preocupada porque pues, no tenía una gente de mi confianza, no me quería ir a Monterrey a operar, eh, por la cosa de que aquí estaban mis hijos, aquí está mi casa y la verdad yo nunca había estado en hospitales, mis hijos nacieron en la casa y la cosa del hospital creo que era verdaderamente aterradora, era así como ¡ah!

Surge una novena secuencia cuando una amiga le recomienda un ginecólogo, al cual ella va a ver, y él no sólo le recomienda practicarse la operación, sino que es quien la opera.

En una décima secuencia ella se percibe contenta con los resultados de la operación.

Pasa a una décima primera secuencia en donde ella hace referencia a que le resulta más fácil realizarse el examen del Papanicolaou como práctica social en grupo.

En una décima segunda secuencia con el médico que la iba a operar un día antes, ella manifiesta su preocupación de no haber hecho su testamento y comenta como el apoyo del doctor, a partir de ese momento, fue para ella muy importante.

Una décima tercera secuencia ocurre cuando relata la pérdida del propio cuerpo al entrar al hospital.

Hay una antepenúltima secuencia cuando ella relata lo que le ha significado la pérdida de su matriz; la presencia de la cicatriz que se lo recuerda y lo difícil que aún le resulta hablarlo.

En la penúltima secuencia se coloca en un papel moralizante "del cómo debemos hacer las cosas" en materia de salud.

Finalmente en la última secuencia regresa nuevamente al yo para expresar que si pudiera pasar de hacerse el examen ginecológico, lo haría nuevamente.

6.4.3.2 LOS HITOS¹⁴.

En el caso de *Regina* hay dos acontecimientos no centrales en su narrativa: 1) su maternidad y 2) la muerte de su padre por cáncer.

Los tres hitos básicos en su relato de vida fueron los siguientes. El primero de ellos tiene que ver con lo que desencadena el hecho de tener relaciones sexuales: iniciarse en la práctica de tener que realizarse exámenes ginecológicos:

(...) cuando llego a México empiezo a tener relaciones sexuales, empieza a aparecer la cosa de los anticonceptivos (...). Entonces yo realmente nunca tuve un ginecólogo de cabecera, fue como cuando llego el momento de empezar la práctica de hacerme el estudio del Papanicolaou.

El segundo hito básico, que ocasionó dos sucesos de revelación en esta narración tiene que ver cuando al decidir hacerse la histerectomía le revela sentirse ya instalada en la menopausia y con ello la vejez.

(...) siento que sí, estoy ya en un proceso de menopausia al menos entre la depre están una serie de trastornos que cuando se los cuentas a otras mujeres te dicen que es menopausia, eso es menopausia, (...) pero sí te afecta sobre todo porque de repente, este como que no tienes ganas de hacer las cosas y bueno en medio del conflicto que estamos ahorita de chamba¹⁵, se complica también más.

El tercer hito que adquiere una connotación dramática, calificada como aterradora que se presentó cuando al ingresar al hospital se apropiaron de su cuerpo:

(...) es muy buen hospital (pero hay) una serie de manejos, que si son difíciles ¿no?, que si te ponen un lavado, que si te tienes que rasurar y lo hacen ellos, entonces en eso que es tu manejo de tu "cuerpecito", se los tienes que entregar, esta entrega que casi la tienes que hacer del cuerpo cuando entras al hospital, que a pesar de que te lo hacen, así como muy cálido, pues si hay mucha omnipotencia allá adentro ¿no?,

¹⁴ "Los hitos son estrictamente ciertos sucesos externos o internos narrados por el personaje, que son presentados como cruciales en el curso de la vida. (...) Los hitos pueden definirse como los momentos clave de la vida relatada, que poseen al interior del relato capacidad explicativa o referencial" (Piña, 1988: 164)

¹⁵ *Regina* hace alusión al conflicto de la UNAM en el año de 1999 y principios de 2000

como que pierden un poco de vista que tu cuerpo no es solamente un cuerpo físico sino también es un cuerpo matizado por el afecto, por lo imaginario por otras cosas, ¿no?

6.4.3.3 LOS MOTIVOS¹⁶

Hay ocasiones en que el narrador declara abiertamente no conocer los motivos de determinada acción de un personaje, o de sí mismo (Piña, 1988: 167), *Regina* se encuentra en esta situación cuando en su narración platica lo siguiente:

(...) cuando llegó el momento de empezar a tener la práctica de hacerme el estudio del Papanicolaou, cada vez iba con un médico nuevo, realmente no me queda tan claro por qué hice ese recorrido, pero así fue...

Al respecto Schütz (en Piña 1988: 167) expone lo siguiente:

(...) ha establecido una útil diferenciación entre los motivos 'para' y los motivos 'por qué', que puede ser aplicada con fructíferos resultados al análisis de los resultados autobiográficos. (...) los motivos 'para', (son) aquellos que desde su punto de vista se relacionaron, en su momento, con su futuro previsible o deseable, con el proyecto que hoy día supone haber tenido. En los motivos 'por qué', en cambio, se hace una clara alusión a las experiencias pasadas (...). Los motivos 'porque' suelen ser de tipo reflexivo, en los que se toma distancia de la acción, evaluando un mayor número de antecedentes y buscando irradiar un rango de 'objetividad'.

En el caso de *Regina* cuando narra que se siente bien y es muy sana, entonces, por qué se tiene que hacer un examen, pero sin embargo reflexiona y dice que en el cuerpo pasan cosas, que a veces no se registran *porque* no están a ese nivel y que hay formas de averiguarlo *para* que la cosa no pase a mayores.

Lo que es un motivo *para* –una formulación que se expresa claramente desde la acción misma– casi posee una connotación explícitamente positiva que se transforma –vía una actitud reflexiva desde el presente– en un motivo *porque* (ocurren cosas en el cuerpo que no se ven).

6.4.3.4 LA CAUSALIDAD¹⁷

La más recurrente en el relato de *Regina* y relacionada con los motivos podríamos clasificarla como natural¹⁸ cuando expresa lo siguiente:

¹⁶ "Los motivos son afirmaciones, directas o indirectas, que tienden a explicar conductas del propio personaje-narrador o de otros personajes del relato" (Piña, 1988: 166)

¹⁷ "La causalidad (...) en general se trata de enunciados de variada naturaleza, que se encuentran intercalados a través de todo el discurso; ellos deben ser analizados en conjunto, observando los momentos de su aplicación, sus semejanzas y diferencias" (Piña, 1988: 168)

¹⁸ "La causalidad de tipo natural es, en algún sentido, casi la no causalidad: los hechos narrados sucedieron porque tenían que suceder, y las etapas están encadenadas del único modo que

(...) como lo que me pasó exactamente, que te sientes bien, que vas a un examen de rutina y de repente te salen pues que no, que tienes una lesión y que está así, que está asado...

6.4.3.5 LA ADHESIÓN A UN ORDEN MORAL¹⁹

En el relato que nos hace *Regina* encontramos en su relato la adhesión a un orden ideal y a uno natural cuando expresa:

(...) que ellos vean mi propia práctica (de salud), que ellos puedan transformar su relación (de dependencia), que puedan ellos hacerse cargo de su salud, porque también eso es, como digamos, que sean otros los que digan que tienen que hacerlo: 'ven para que te cure'. (...) siguiendo un modelo de contacto muy cercano con la comunidad, se esperaría que después de un cierto tiempo la gente tendría que haberse concientizado de la importancia de cuidar y ver por su salud...

6.4.4 LA CONSTRUCCIÓN ESTÉTICA

Siempre hablé en primera persona, dándole mucha coherencia a su relato y definitivamente no buscando hacer una construcción estética de ella, sino más bien una construcción real y cotidiana sin artificios de ninguna especie. Más que presentarse como una mujer que ha superado la pérdida de su matriz, buscaba convencerse a sí misma que su histerectomía estaba superada, aunque en su relato hacía alusión a la cicatriz que se lo recordaba.

(...) como de repente hasta se me olvida que me operaron, o sea es así como ahí está la cicatriz, porque tengo una cicatriz pero de repente cuando veo gente que tengo un rato de no ver y que me dice: ¿cómo has estado y qué has hecho, como que olvido esa parte ¿no?, claro aparece finalmente cuando digo ¡uh! en marzo me quitaron la matriz ¿no?...

6.4.5 MITOS²⁰ ASUMIDOS DURANTE EL RELATO

En relación con el cuerpo el de la "mujer hueca" o el de la "mujer vacía", lo que Rodó (1987: 135) ha llamado *quedar hueca*. Que López (1998: 38 y 39)

podrían estarlo. El devenir se ve como natural, en el sentido que corresponde no a una lógica de los hechos ni de las personas, sino de la naturaleza de la vida. Por supuesto, cuando este tipo de causalidad es fuertemente aludida, el narrador no visualiza otras opciones que las que se dieron y se está ante una imagen cercana al típico 'destino' prefigurado o a la fatalidad" (Piña, 1988: 169).

¹⁹ "Un mecanismo recurrente en la estructuración del relato autobiográfico es la adhesión más o menos explícita a un cierto orden moral, superior o ideal. (...) Se trata de un recurso narrativo, que cumple funciones propias de apoyo, justificación, reiteración, explicación, etc., al interior del texto" (Piña, 1988: 170 y 171).

²⁰ "El mito constituye un *medium* que permite al narrador, comunicar en términos sociales -es decir, en términos de *representaciones colectivas*- su experiencia vivida que le confiere a su relato" (Chanfrault-Duchet, 1995: 11).

nombra la explicación útero-centrista²¹ sobre el funcionamiento del cuerpo femenino, y la influencia del método anatómico-clínico, el cual presupone la medición, inspección y palpación de los síntomas a fin de encontrar el origen de la enfermedad, justificando la revisión genito-urinaria en el momento de la consulta porque el útero o la matriz era y es concebido aún como el lugar de la debilidad femenina, y por consiguiente el causante de todos sus padecimientos. El reconocimiento de la especificidad femenina, vinculada al descubrimiento del papel de la mujer en la reproducción y la valorización consecuente del ser femenino, van creando las condiciones para que surja el mito: **mujer = útero**.

En palabras de López (*op. cit.*) y reconstruido a partir del relato: "Entré a una operación de histerectomía y salí sin identidad".

Por su parte Hernández y González (2002: 261) en relación con el significado que para la mujer tiene la matriz han expresado lo siguiente: "(...) la matriz sólo sirve para dos cosas: para dar hijos o para dar cáncer."

Regina nos dice lo siguiente:

(...) también de repente eh sí me descubro como que me da pena decirlo,²² como que no lo manejo con tanta libertad, no como decir, como que la palabra histerectomía es horrible, ¿no es así?, ¡uh! como decir que fea palabra, este, que ha pesar de que lo puedo decir siento que me cuesta, o sea no es una palabra como decir: pues me sacaron un diente, no sé, no me han operado de otras cosas, no sé qué puedan decir otras personas, pero para mí sí creo que tiene una connotación y sobre todo porque también piensas en lo que los otros piensan, ¿sí?, o sea, ¿qué pensaré?, porque socialmente una mujer que ya no tiene útero ta, ta, ta, entonces también uno se enreda en esas cosas yo me descubro que sí, que me enredo en eso. Eh, no me siento menos femenina (ríe...) me siento igual eh creo que tiene la ventaja de que ya uno no se tiene que cuidar, digamos con anticonceptivos y esas cosas. No sé qué significaría a nivel de salud, por ejemplo que me hubieran quitado los ovarios que hace una diferencia porque ya no hay hormonas, etc., etc., porque bueno sí los tengo.

(...) Ella (la doctora) me comenta que realmente es difícil (hacerse la histerectomía), que las mujeres realmente, reaccionamos con mucho temor y mucho susto, ante eso, que tiene mucho significado psicológico, cosa que creo que en parte tiene razón que está muy determinado por la historia que seguramente cuando uno no ha sido

²¹ Para López (1988: 38) la palabra útero-centrista o matricentrista son sinónimos y ambos son un juego melancólico de la mujer = útero o matriz.

²² A este respecto Sontang (1989: 28) expresa lo siguiente: "(...) es notorio que el cáncer elige partes del cuerpo (colón, vejiga, recto, senos, cuello del útero, próstata, testículos, ovarios) que no se confiesan fácilmente. Un tumor acarrea generalmente un sentimiento de vergüenza, pero dada la jerarquía de los órganos, el cáncer del pulmón parece menos vergonzoso que el del recto." Y nosotros añadiríamos el del cuello del útero producido por el VPH.

madre, esto de terminar quitándote la matriz tiene un significado muy importante, que cuando si has tenido, cuando digamos la feminidad está puesta en esa parte en tener hijos, en este cuerpo de mujer, etc., esto hace que bien, éste sea un trance difícil.

También asumió el mito de que la menopausia significa mujer siempre de mal humor, ansiosa y cansada. Y aunque en efecto hay una serie de trastornos de orden físico, desde el punto de vista psicodinámico, diversos autores como Freud, Erickson, Langer, Melanie Klein, entre otros (en Arizmedi 1997: 10), coinciden en afirmar, independientemente de su postura teórica, que el climaterio o menopausia es una crisis potencial y personal, no tiene relación alguna con la menopausia en sí, excepto porque los cambios biológicos, socioeconómicos y psicológicos ocurren al mismo tiempo.

6.4.6 PERSONAJES ASUMIDOS DURANTE LA NARRATIVA

En el relato de *Regina* es posible identificar varios personajes centrales pero para efectos de este trabajo hay uno que nos interesa: el de víctima, que por cierto es la segunda etapa por la que cualquier ser humano pasa ante un diagnóstico de esta naturaleza.

(...) por qué a mí, por qué a mí me pasa, por qué en este momento, por qué ahorita que tengo tanto trabajo, qué puse mi consultorio qué la vida me sonríe, ¿por qué?...²³

Regina continúa su relato diciendo lo siguiente:

(...) ese tipo de preguntas, preguntas tales como me acerca la vejez, ¿por qué hoy las mujeres envejecemos antes?, mi madre tiene 72 años y nunca le quitaron la matriz ni nada, también entonces es como difícil. La cosa de todas estas preguntas, los miedos, si me pasa, no me pasa, eh los comentarios que la gente ha hecho, pierdo una parte de mi cuerpo, eh como todas esas cosas.

(...) Este, de repente no te creas, digo ¡hijos! si me la podría saltar, a pesar de todo porque creo que bueno que el examen no es muy grato, o sea no es una situación fácil, ¡no! ni creo que con otra mujer tampoco, o sea no podría asegurar que cuando sea un hombre o sea una mujer haga mucha diferencia, no creo, no para mí no, este, me parece que para mí al menos tiene que ver como en esta vulnerabilidad en la que me pone en una diferencia radical ¿no?, porque a ti te quitan la ropa y la otra persona conserva la ropa o sea es

²³ En este sentido Sontang (1989: 60) compara lo que le significaba años atrás a quien padecía tuberculosis, con lo que actualmente le significa a una persona tener cáncer: "(...) Afectado de cólera o de tifus, nadie se pregunta: "¿por qué yo? Pero ¿por qué yo? (queriendo decir: 'No es justo') es la pregunta que muchos se hacen al enterarse que tienen cáncer."

una muy disimétrica la relación creo que eso es y que, bueno, es inevitable, pero hace difícil el asunto.

6.4.7 EL IMAGINARIO Y LOS SENTIMIENTOS

Cuando en la cotidianidad algo cambia, nos sentimos angustiados, estamos acostumbrados a un orden preestablecido, si hay una ruptura en ese orden, buscamos la forma de explicárnoslo. Esto da cuenta de la fragilidad de los seres humanos, así como del intento inmediato con el que las personas hacen un esfuerzo para comprender y arreglar esas rupturas. Reflejando de esa forma lo importante que es para los individuos conducirse de una manera rutinaria con lo que la sociedad les ha enseñado: el sentido común. En esta perspectiva dirigen su atención a la búsqueda de ese patrón conductual y de significados.

Regina nos refiere en su relato cómo imagina su matriz:

(...) dónde empieza la vagina y dónde termina el útero y cómo está; como una anatomía imaginaria que todo mundo tenemos, que está ahí, que nos permite bueno, que no nos permite, pero que la construimos de alguna manera en la relación que vamos estableciendo con el cuerpo.

Refiriéndose a su amiga que también tiene una lesión en el cuello de la matriz, nos habla de sus sentimientos y de lo difícil que resulta entender y asimilar que se tiene una enfermedad cuando no hay síntomas de ello:

(...) aunque el doctor la había tranquilizado mucho, pero me dice, sabes que finalmente tengo un nudo en la garganta y le digo: por qué no te pones a llorar, llora es que no tiene nada que ver, o sea, de repente uno eh, pierde de vista que bueno que eres persona y que te duele y que te haces mil preguntas y por qué no llorar, o sea somos frágiles también, creo que hay como una exigencia tan grande de la sociedad y de una misma de no aquí no pasa nada y al fin y al cabo, porque es cierto bueno el doctor lo tranquiliza a uno perfectamente en el sentido de decir que la operación es tan común y tan corriente que usted ni se preocupe, pero se juega más o sea es toda esta parte psicológica que ellos no alcanzan a ver, porque no están preparados para hacer eso...

(...) es que yo estaba bien, no tenía ningún problema de salud, es como que de repente va oiga fíjese, como lo que me pasó exactamente, que te sientes bien, que vas a un examen de rutina y de repente te salen con que pues que no, que tienes una lesión y que está así, que está asado, o sea, como que es difícil, eh como te dijera cómo hacer esta práctica de cuidar tu salud, cuando te sientes tan bien ¿no?...

6.5 REFLEXIONES

Con los aportes de ambas metodologías, la cuantitativa y la cualitativa comprendemos y evaluamos cuál es el significado de la salud y la enfermedad ginecológica de una mujer. La cualitativa nos ha permitido complementar la información cuantitativa obtenida en los capítulos anteriores dándole, sentido y vida a los números al reconstruir objetivamente la subjetividad de lo que a una mujer le implica hacerse el examen del Papanicolaou.

La salud es un bien intangible, el concebir un cuerpo imaginario sano sin ninguna sintomatología, "nomal", sin dolor, donde creemos que nuestra matriz está perfecta, entonces ¿por qué hay que practicarse un examen ginecológico?, donde hay que exhibir lo más íntimo del cuerpo de una mujer.

Resulta imprescindible tomar en cuenta: las representaciones del cuerpo femenino y el imaginario de que éste está sano como ejes de la acción social para entender parte del fracaso de un programa de salud pública como el PNPCCC. Que de manera generalizada ante la pregunta de por qué no se habían aún practicado el examen del Papanicolaou la respuesta fue: porque me siento bien, nada me duele, por lo tanto no es necesario.

Así como comprender que a una mujer le significa temor, miedo, ansiedad y angustia someterse a un examen que detecta la presencia de lesiones cancerosas. Ante la posibilidad de un diagnóstico positivo el temor las paraliza. La percepción del riesgo, como hemos visto constituye un elemento clave que puede determinar la decisión de una mujer de hacerse o no el examen del Papanicolaou.

Parsons (1951: 452) ha expresado al respecto lo siguiente:

(...) el médico trata con seres humanos y lo hace en situaciones que a menudo implican 'intimididades', es decir, en contextos que están enormemente cargados de significación emocional y expresivamente simbólicos, y que son a menudo considerados como peculiarmente 'privados' para el individuo mismo o para relaciones especialmente íntimas con otros.

La complementariedad de ambas metodologías nos permite decir que para una mujer la realización de un examen ginecológico le significa muchas cosas y al mismo tiempo: actitudes, preferencias, emociones y sentimientos que sólo pueden ser aprehendidos y comprendidos desde la perspectiva social.

El esquema siguiente, gráfico 1, nos muestra que en cualquier par de coordenadas espacio temporales, generalmente una mujer que acude a realizarse el examen del Papanicolaou experimenta parte o todo de lo que a continuación presentamos:

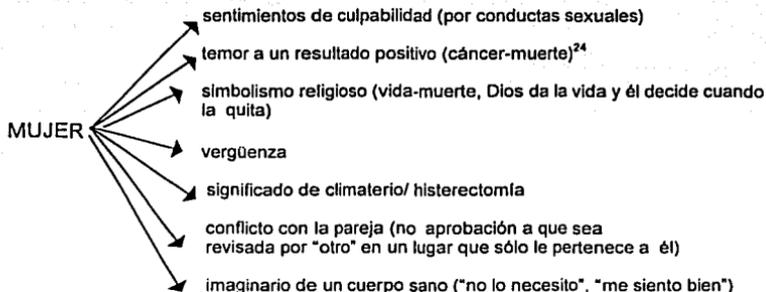


Gráfico 1. Emociones y sentimientos que la mujer generalmente experimenta al realizarse el examen del Papanicolaou.

La salud ginecológica y las prácticas encaminadas a preservarla, tales como el examen del Papanicolaou son –o debieran ser– un proceso y producto social compartido. En esta perspectiva, la salud se ubica en el campo de lo público, a todos nos interesa diagnosticar a tiempo un problema de salud que puede salvar la vida a muchísimas mujeres. Como expresa Parsons (1951: 433) "(...) en la medida en que la enfermedad sea controlable, mediante una acción racional o de otra manera, es claro que hay un interés funcional de la sociedad en su control: en general, en reducir al mínimo la enfermedad."

Pero precisamente en este asunto, lo público y lo privado no convergen tal y como hemos visto. En nuestra sociedad la responsabilidad de la salud ginecológica es concebida como un asunto que compete exclusivamente a la mujer, y peor aún, si la enfermedad se presenta es por descuido de ella o por su condición de género. En este sentido, han sido las propias autoridades en salud quienes por un lado han explicitado las causas por las que se puede desarrollar esta enfermedad, imputándoles su condición de madre, de mujer, su vida sexual y su alimentación; por otro les piden su participación en los programas de salud ginecológica que implementan. Para buscar esta convergencia es necesario el trabajo conjunto basado en el respeto y la cooperación. Asegurándose que cuando se diseñe e implemente un programa de salud de esta naturaleza, lo cualitativo se suma a lo cuantitativo al considerar lo siguiente:

²⁴ Karl Menninger (citado en Sontang, 1989: 11), ha observado que la propia palabra "cáncer" ha llegado a matar a ciertos pacientes que no hubieran sucumbido (tan rápidamente) a la enfermedad que los aquejaba.

Más adelante Susan Sontang (1989, 12-13) expresa lo siguiente: "(...) –tal como hoy, para la imaginación popular el cáncer es sinónimo de muerte".

- 1.- Estudiar y analizar de manera estratificada, cuáles son los factores económicos, sociales, culturales y políticos que subyacen a la salud y la enfermedad.
- 2.- Determinar cómo los ciudadanos interpretan la salud y la enfermedad, para poder explicar determinados comportamientos, miedos y rechazos, adhesión a campañas de promoción de la salud, dudas, temores, satisfacción o insatisfacción con la prestación de los servicios de salud.
- 3.- Vincular al ciudadano con el trabajo de la Administración Pública en una estrategia de cooperación.

Quisiera finalizar estas reflexiones con la siguiente reflexión que hace Susan Sontag (1989: 30,31) en relación con la metáfora y la enfermedad del cáncer:

(...) Porque todo el interés de la metáfora reside precisamente en su referencia a una enfermedad tan sobrecargada de mixtificación y tan agobiada por el fantasma de un destino ineluctablemente fatal como lo es el cáncer. Y porque nuestros modos de ver el cáncer y las metáforas que hemos impuesto, denotan tan precisamente las vastas deficiencias de nuestra cultura, la falta de profundidad de nuestro modo de encarar la muerte, nuestras angustias ese material sentimental, nuestra negligencia y nuestras imprevisiones ante nuestros auténticos 'problemas de crecimiento', nuestra incapacidad de construir una sociedad industrial avanzada que sepa concertar el consumo y nuestros justificados temores de que la historia siga un curso cada vez más violento. El cáncer como metáfora caerá en desuso, me atrevo a predecirlo, mucho antes de que se resuelvan los problemas que tan persuasivamente supo reflejar.

En el siguiente y último capítulo de este trabajo se presenta la propuesta del modelo de implementación y evaluación de una política pública en salud desde una perspectiva holística, en donde Administración Pública y usuarios de los programas sociales se comprometen a trabajar en una misma dirección en una dinámica de aprendizaje y mejora continua.

6.6 BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. (1996b) *La hechura de las Políticas*. Miguel Angel Porrúa, México.
- Aisenson, A. (1981) *Cuerpo y persona*. Filosofía y psicología del cuerpo vivo. FCE, México.
- Arizmendi, C. (1997) *La satisfacción marital en la mujer durante el síndrome climatérico*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Bertaux, D. (1988) *El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*. Cuadernos de Ciencias Sociales, No. 18, FLACSO.
- Bourdieu, P. (1993) *Duda radical*. Gedisa, Barcelona.
- _____ (1993a) *Cosas dichas*. Gedisa, Barcelona.
- Chanfrault-Duchet, MF. (1988) *El sistema interaccional del relato de vida*. Traducción libre de Jiménez M y T., mimeógrafo, Universidad Iberoamericana, México.
- Coulon, A. (1987) *La Etnometodología*. Cátedra Teorema, Madrid.

- Figueroa, JG. (1998) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El Colegio de México.
- Geertz, C. (1996) *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.
- Goffman, E. (1997) *La presentación de las personas en la vida cotidiana*. Amorrortu, Argentina.
- Heggenhougen, H. (1996) *Introducción. Antropología y Salud Pública. Más allá de las medidas cuantitativas en Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública No. 20, México.
- Hernández, E. y González, A. (2000) *Cáncer cervicouterino: una mirada desde la perspectiva de género* en Mercado, F. y Torres, M. (compiladores) *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés, Editores, México.
- López, S. (1998) *La medicalización de la sexualidad*. En *Cuerpo, Identidad y Psicología*. Plaza y Valdez, México.
- March, C.J., Prieto, M., Hernán, M. y Solas, O. (2002) *Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas* en Mercado, F., Gastaldo, D. y Calderón, C. (compiladores), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Universidad de Guadalajara / Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León / Facultad de Enfermería, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco e Instituto Jalisco de Cancerología, México.
- Nigenda, G. y Langer, A. (1996) *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. Perspectivas en Salud Pública 20. Instituto de Salud Pública
- Parsons, T. (1951) *Saber Médico. El sistema social*. Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid.
- Piña, C. (1988) *La construcción del 'sí mismo' en el relato autobiográfico*. Revista Paraguaya de Sociología, año 25, No. 71, enero-abril.
- Rodó, A. (1987) *El cuerpo ausente*. Propositiones 13, Enero-Abril.
- Schütz, A. (1974) *El problema de la realidad social*. Maurice Natanson, compilador. Amorrortu, Buenos Aires.
- Sontang, S. (1989) *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik Editores, España.
- Tetelboin, C. (1998) *Estado, Políticas Sociales y Ciudadanía*. Revista Sociología y Política. Nueva Época, Núm. 10. Universidad Iberoamericana, México.
- Todd, D. (1979) *Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action*. Administrative Science Quarterly, December 1979
- Weber, M. (s/a) *Ensayos sobre metodología Sociológica*. Amorrortu.

PUBLICACIÓN EN ARTÍCULOS INTERNACIONALES

- FUNSALUD (2000) *Hacia un México más saludable. Una visión del sector privado*. Economía y Salud, México.

ARTÍCULOS EN PERIÓDICOS

- Leal, G. *La Jornada* 29-07-2000) México.

CAPÍTULO 7

PROPUESTA DEL MODELO DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO (PNPCCC)

Las utopías se empiezan a construir sobre la conciencia e inconformidad de un estado de cosas, sobre el deseo de modificarlas, sobre la convicción de que pueden ser diferentes, y sobre un mínimo de lucidez sobre cómo y hacia dónde se puede caminar.

Arredondo

7.1 INTRODUCCIÓN

La construcción de un modelo como el que aquí presentamos es en definitiva una tarea muy compleja, porque implica una fuerte dosis de trabajo intelectual y quimérico. En este sentido pudiera parecer una utopía, sin embargo, ésta significa precisamente lo que en este momento no existe, pero que puede llegar a ser realidad si con imaginación, creatividad y esfuerzo lo hacemos.

La propuesta que presentamos tuvo su génesis un día del mes de noviembre de 1998, cuando en una conferencia magistral de un seminario organizado por el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Cancerología, el responsable de la implementación del PNPCCC en el Distrito Federal expresaba que a casi un año de su puesta en acción, el programa no había logrado el impacto deseado, no obstante todos los recursos destinados al programa y los esfuerzos llevados a cabo. Él suponía que la razón principal de este fracaso era el miedo de las mujeres a realizarse el examen. Se empezaba a reconocer la importancia que en el éxito de la implementación de un programa de esta naturaleza, tiene la incorporación de los significados y los símbolos que la mujer asocia a esta práctica de salud. En este sentido Fischer (1993: 333) ha expresado lo siguiente: "(...) el postpositivismo busca la explicación del mundo social a partir de las acciones colectivas lo cual implica no sólo la recopilación y organización de datos, vinculándolos con los supuestos teóricos subyacentes al asunto en cuestión sino al estudio del significado social del mundo que se estudia."

La literatura de implementación de programas sociales, no señala los problemas a los que se enfrentan los diseñadores de Políticas Públicas cuando son los destinatarios de las mismas los responsables, en buena parte, del fracaso de un programa. Los estudios se han enfocado a la Administración Pública por ser ella la responsable de su puesta en acción. Se manejó no hace mucho tiempo en la década de los 90, estando en boga el enfoque de calidad total, su pobre desempeño como la probable explicación del fracaso de los programas de salud. En este sentido los trabajos se orientaron más hacia la parte operativa, es decir, la calidad en el análisis de las muestras, tiempo de entrega de los resultados, entre otras, y marginalmente hacia la calidad en la prestación del servicio.

Algunas investigaciones de orden médico-sociodemográfico han señalado que niveles de educación y de ingresos bajos son en buena parte los causantes de que una mujer no acuda a hacerse el examen del Papanicolaou; sin embargo, el miedo al propio examen y a un resultado positivo, el temor, la incomodidad, la pena y lo que a una mujer le puede significar la práctica de dicho examen, no han sido suficientemente estudiados e incorporados como probable explicación de la escasa participación en los programas de prevención y diagnóstico del cáncer cérvico uterino. Tal como hemos visto en los resultados del trabajo de campo, encontramos mujeres con estudios a nivel superior e incluso de posgrado que no se han practicado el examen, o bien, no lo han hecho con la periodicidad deseada por lo que en sí les significa el examen o por falta de información completa y estructurada de manera diferente a como tradicionalmente se ha venido haciendo, entre otras explicaciones. Si el conocer las necesidades y opiniones de las usuarias del servicio médico como hemos visto es central para el análisis del proceso de implementación, por qué no trabajar más de cerca con la destinataria del programa.

En una ocasión platicando con los responsables de la implementación de este programa en el INCAN, expresaban que las autoridades del sector salud habían dejado "morir" el programa desde el último año de la administración de Ernesto Zedillo, y que tal situación prevalecía en la actualidad, por lo que proponían abrir centros exclusivamente de diagnóstico manejados por personal calificado y coordinados por el propio instituto en un esfuerzo por continuar con el PNPCCC.

En un ejercicio por vincular esta propuesta con las opiniones y necesidades de las mujeres destinatarias del programa, se diseñó un modelo en el que se consideraron espacios y formas de acción humana con un solo objetivo: disminuir la morbilidad y mortandad por cáncer cérvico uterino. Representación que coloca al usuario del servicio en el centro del proceso de implementación.

7.2 SUPUESTOS DEL MODELO

El modelo que se propone se construye a partir de los siguientes supuestos:

- 1.- La implementación se encuentra fuertemente relacionada con las restantes etapas del diseño de una política pública, precisamente por ser un proceso, en consecuencia todas serán incorporadas al modelo.
- 2.- Es una aproximación a la realidad que integra información empírica, normativa y operativa.
- 3.- El modelo que se propone requiere que la reestructuración organizacional del PNPCCC, ya que el actual no considera la importancia que tiene la participación de otros actores políticos y sociales. Al final de este capítulo se presenta dicha propuesta.
- 4.- Es más importante el proceso que el resultado, es decir, más en el camino del aprendizaje y la mejora continua (corregir y progresar) para conseguir el objetivo que le da razón de ser al PNPCCC: disminuir los índices de morbilidad y

mortandad por cáncer cérvico uterino, mediante la prevención y el tratamiento oportuno.

5.- La estructura básica del modelo construida a partir de la teoría y otros elementos podría extrapolarse a otras ciudades de la República Mexicana, aunque reconocemos que la información empírica sólo podría generalizarse al Distrito Federal y zona conurbada.

6.- La participación ciudadana es imprescindible.

7.- El trabajo cooperativo y responsable entre ciudadanos y Administración Pública es también esencial. Al respecto Torgerson (1986: 50) dice: "El juicio humano tiene un papel crucial en el proceso de una política pública."

8.- La Administración Pública se desempeña estratégicamente por medio de las Ciencias de Políticas Públicas y la Gestión Pública. Al respecto Torgerson (1985: 252) ha expresado lo siguiente:

(...) el prospecto total del análisis de políticas públicas (como una empresa colectiva depende del establecimiento de procedimientos e instituciones promoviendo el proyecto de la orientación contextual. Consecuentemente, cualquier encomienda para el análisis de políticas públicas es en principio también un compromiso para mantener y crear ciertas condiciones sociales y políticas necesarias para la racionalidad colectiva.

7.3 TEORÍAS Y ELEMENTOS QUE SUBYACEN AL MODELO

1.- Predominio del enfoque Postpositivista (deLeon, Fischer) en el diseño de Políticas Públicas.

2.- Democracia Deliberativa (Cohen, Bohman, deLeon, Elster, Simrell, Feltey y O'Neil), Acción Comunicativa (Habermas) y Ciencias de Políticas Públicas Democráticas (Lasswell).

3.- Empleo de metodología cuantitativa y cualitativa desde la perspectiva de complementariedad.

4.- Preferencias informadas y estructuradas (Bernoulli, Kanheman y Tversky).

5.- Existencia imprescindible de un promotor-guardián del programa (lo que Bardach llama *fixer*).

6.- Instituciones sólidas, eficaces y eficientes.

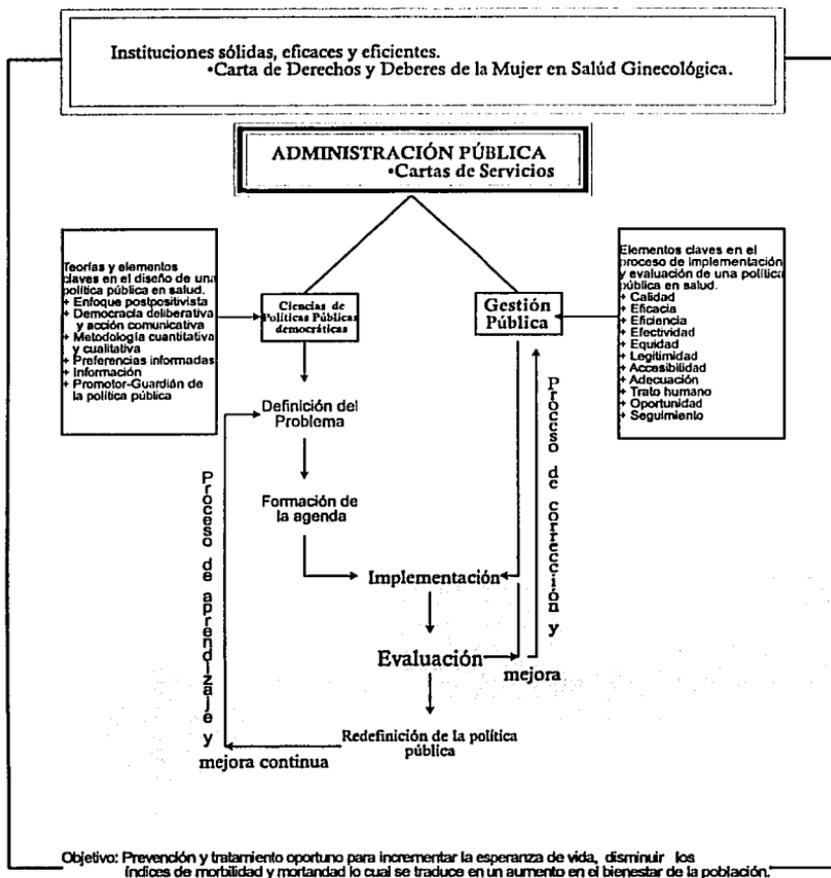
7.- Cartas de servicios: compromiso que asume la Administración Pública frente al usuario.

8.- La calidad, la eficacia, la eficiencia y la equidad convergen en el tiempo y en el espacio donde se presta el servicio.

9.- Desarrollo y manejo integral de sistemas de información epidemiológica (expertos); información ciudadana (necesidades, opiniones y experiencias) e información administrativa (Gestión Pública).

7.4 MODELO DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PNPCCC

A continuación se presenta la propuesta del modelo de implementación y evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC).



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7.4.1 EXPLICACIÓN DEL MODELO

Esta propuesta se desarrolla en amplios espacios de participación pública y política, donde las instituciones eficaces y eficientes son el marco de actuación de la Administración Pública. De esta manera justifica su función y existencia en una nueva dimensión de su desempeño.

Las Ciencias de Políticas Públicas Democráticas y la Gestión Pública trabajan para un mismo objetivo: el bienestar de la población.

Hemos ya descrito las teorías y elementos que subyacen al diseño de una política pública en salud, pero no así para la implementación y evaluación de un programa de salud desde la perspectiva de la Gestión Pública, por lo cual a continuación haremos una breve descripción de los elementos más importantes.

Calidad: atención, trato, comunicación e información antes y durante la prestación del servicio (estos elementos fueron dados por las propias usuarias del servicio).

En este sentido, podemos decir que la *calidad* en la atención médica es la prestación de servicios médicos equitativos, accesibles, profesionales y responsables para satisfacción del usuario y su adhesión a programas de salud.

Eficiencia: hacer más con los recursos disponibles, de tal manera que los resultados sumen más que los insumos empleados. En conclusión, el mayor bienestar social (bs).

En términos de optimización diríamos lo siguiente:

MAX (bs)

sujeto a restricciones presupuestales, capacidad física y humana entre otras.

Eficacia: evaluación del logro de los objetivos y metas planteados. Por ejemplo, el PNPCCC planteó como meta reducir 17% los índices de mortandad por cáncer cérvico uterino en el grupo de mujeres de 45 a 64 años en el primer año de operación del PNPCCC.

Equidad: asignación de recursos en función de las necesidades de las usuarias.

Efectividad: preservar y mejorar la salud ginecológica de un determinado grupo de mujeres (población objetivo), mediante la implementación de programas que consigan disminuir los índices de morbilidad y mortandad por cáncer cérvico uterino.

Accesibilidad: No discriminación, informar, orientar y proporcionar todas las facilidades para que las mujeres que demanden servicios de salud los reciban.

Legitimidad: definición de las acciones y procedimientos por profesionales expertos (idoneidad), los usuarios y quienes dirigen y administran la prestación del servicio con una visión holística.

Adecuación: asignación de recursos a las necesidades reales de la población objetivo.

Trato humano: dignificación del usuario de los servicios de salud.

Oportunidad: prestación del servicio diferencial en la etapa de prevención y diagnóstico y en la etapa de intervención clínica.

Seguimiento: análisis permanente de las actividades que la administración esté llevando a cabo.

En esta perspectiva, la construcción de indicadores de cada uno de estos elementos tendrá que incorporar el empleo de metodología cuantitativa y cualitativa, particularmente en lo que se refiere a las opiniones, experiencias y juicios de todos los involucrados en la atención médica, identificando necesidades, estableciendo, controlando y verificando la capacidad de los procesos y las características de la prestación del servicio. Hacer el seguimiento y la evaluación del desempeño, auditorías administrativas y rendición de cuentas.

7.5 EVALUACIÓN

La implementación y la evaluación son un binomio inseparable en el diseño de una política pública, por ello y como previamente dijimos debemos verlas como un proceso que permite el aprendizaje y la mejora continua del programa que se está poniendo en acción.

La Carta de Servicios debemos considerarla como un mecanismo de evaluación por excelencia del programa que se está implementando, pues precisamente en ella se concentrará información valiosa sobre:

- 1.- Indicadores de orientación.
- 2.- Opinión de usuarios y prestadores del servicio en una lógica de corrección y progreso.
- 3.- Estándares e indicadores de actuación.
- 4.- Normas y reglas de atención de los prestadores del servicio.
- 5.- Trayectorias administrativas y clínicas que incluyen todo el proceso de atención médica.
- 6.- Responsabilidad por acciones u omisiones de quienes laboran en la institución.
- 7.- Consolidación de aquello que se esté haciendo bien.
- 8.- Reforzadores de las actitudes favorables hacia la calidad en la prestación del servicio.

De esta forma se reconocen los problemas y se definen las soluciones incluyendo a todos los actores que producen y ofrecen los servicios, así como a quienes los reciben, en un modelo más incluyente y participativo.

En esta perspectiva la evaluación no debe verse como un mecanismo cuyo resultado se polariza en reconocimiento o sanción; sino como un proceso encaminado a corregir y mejorar las actividades para la consecución de los objetivos y metas establecidos, en donde usuarios y Administración Pública se comprometen a que así sea.

Un ejemplo de cómo la evaluación puede llevarse a cabo conjuntamente con los prestadores del servicio y los usuarios sería empleando el diagrama de Pareto. Ambos analizan y jerarquizan los problemas más importantes (empleo de metodología cualitativa) o bien, asignan ponderaciones en función del número de quejas emitidas por los usuarios y prestadores del servicio (empleo de metodología cuantitativa) que sumen 80%.

Supongamos la siguiente jerarquización:

- 1.- Pérdida de muestras (25%)
- 2.- Falta de información (23%)
- 3.- Demasiado tiempo para conocer los resultados del examen (20%)
- 4.- No acuden las usuarias a recoger resultados, lo que dificulta el seguimiento y adherencia a tratamientos preventivos (6%)
- 5.- En los centros de salud no hay suficientes mujeres que puedan realizar el examen (4%)
- 6.- Ampliación de horarios de atención (2%)

Lo anterior podemos representarlo en la figura 1

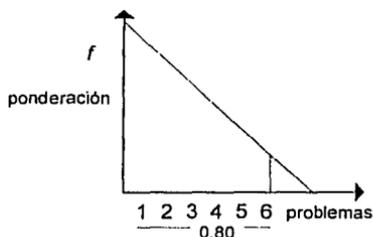


Fig. 1 Diagrama de Pareto de los seis problemas que fueron ponderados hasta sumar el 80%.

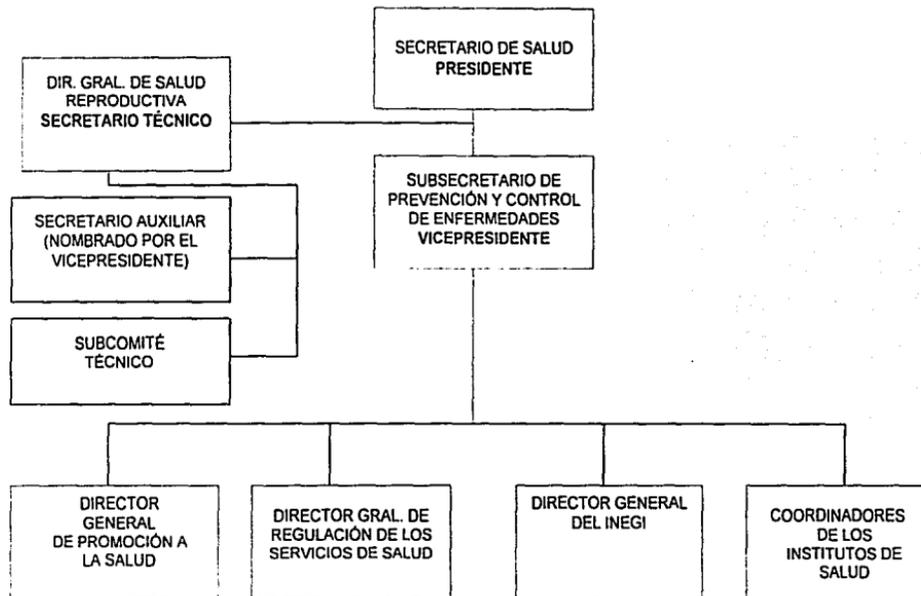
7.6 REESTRUCTURACIÓN ORGANIZATIVA DEL PNPCCC

El organigrama actual y el que se propone se presentan a continuación



ORGANIGRAMA DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMARIO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LA INFORMACIÓN DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 6-10-1997

INVITADOS AL COMITÉ

- DIRECTOR GENERAL DEL IMSS
- DIRECTOR GENERAL DEL ISSSTE
- DIRECTOR GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
- COORDINADOR DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD
- TITULAR DEL SERVICIO DE SANIDAD MILITAR DE LA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL
- TITULAR DE SANIDAD NAVAL DE LA SECRETARÍA DE MARINA
- TITULAR DE SERVICIOS MÉDICOS DE PETRÓLEOS MEXICANOS

OTROS INVITADOS AL COMITÉ

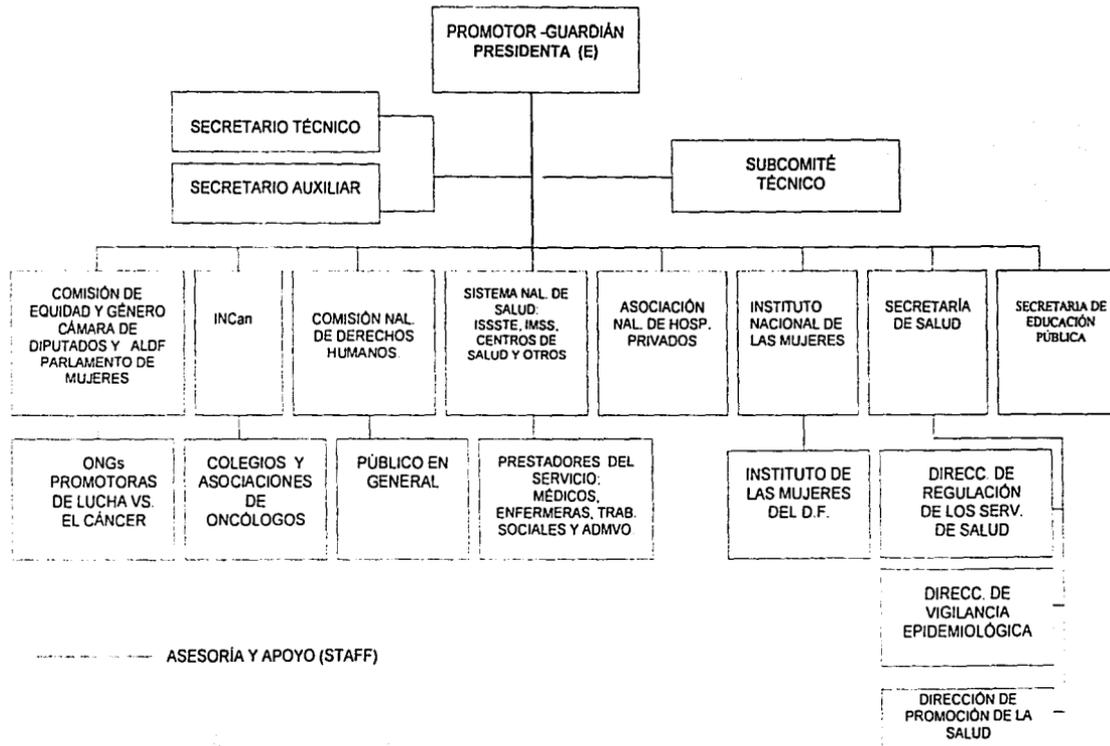
- REPRESENTANTE DE LA UNAM
- REPRESENTANTE DEL INEGI
- REPRESENTANTE DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN
- REPRESENTANTE DE EL COLEGIO DE MÉXICO

INVITADOS EXCLUSIVAMENTE A INSTANCIA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ

- UN REPRESENTANTE DE LA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- UN REPRESENTANTE DEL INCAN
- UN REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS

FUENTE: DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 6-10-1997

ORGANIGRAMA DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMARIO PROPUESTA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7.6.1 CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PROMOTOR-GUARDIÁN QUE PRESIDE EL COMITÉ DEL PNPCCC

- Entender el mundo subjetivo femenino, es decir, los símbolos, los valores y los significados que le otorga a la práctica del examen del Papanicolaou, de ahí la propuesta que sea preferentemente una mujer.
- Poseer un liderazgo en el sentido de "influir" en la conducta de los integrantes del Comité para conseguir que la implementación del PNPCCC esté permeada por la coherencia, corresponsabilidad y coordinación.
- Hacer "suyo" el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino, es decir, estar convencido que el PNPCC es la mejor alternativa para hacer frente a la morbilidad y mortandad por cáncer cérvico uterino.
- Estar dispuesto a reconocer e incorporar las valiosas aportaciones para realizar los cambios necesarios y subsanar deficiencias.
- Tener siempre presente y apreciar que las buenas Políticas Públicas se hacen mediante un aprendizaje social y de manera incremental.
- Creatividad e imaginación para ver el presente hacia el futuro, con capacidad para diseñar escenarios de implementación.
- De profesión médico, con una sólida reputación personal y profesional que le permitirán el reconocimiento académico y la autoridad moral para dirigir el Comité.
- Íntegro y respetado por la ciudadanía.
- Carismático y confiable, de manera que el público en general le haga llegar información surgida de manera espontánea lo que favorecerá la implementación de Políticas Públicas regulatorias.
- Capacidad de escuchar a todos los actores involucrados en este asunto.
- Capacidad de gestión sobre todo en lo que se refiere a las negociaciones y búsqueda de recursos.
- Amplio conocimiento del Sistema de Salud Mexicano.
- Comprometerse con la ciudadanía y con quienes apoyen financieramente el programa en el compromiso de rendir cuentas por lo menos cada año.
- Capacidad de intervenir efectivamente, pero sobre todo conocer *cuándo, dónde y sobre qué*. En este sentido dar respuesta a las siguientes interrogantes ¿hacia dónde se orienta la prestación de los servicios médicos?, ¿de dónde se obtendrán los recursos financieros?, ¿sobre qué grupos de mujeres hay que incidir de manera prioritaria?, entre otros.
- Promover que la prevención primaria del cáncer cérvico uterino forme parte del Programa Nacional de Desarrollo de las administraciones, pues por lo menos se requiere de diez años de esfuerzos continuos y recursos sostenidos para observar los resultados reales de un programa.

7.6.2 RECURSOS QUE DEBE POSEER LA O EL PROMOTOR-GUARDIÁN DEL PNPCCC

- Apoyo ciudadano, político y médico.
- Un grupo de asesores de alto nivel y de tiempo completo dedicados exclusivamente al trabajo del Comité.
- Apoyo de la mayoría de las Instituciones Públicas y Privadas de Salud.

- Recursos económicos.
- Sistemas de información inteligentes, confiables y oportunos manejados desde un sistema central a cargo del Comité que le permita al Promotor-Guardián tomar buenas decisiones.
- Contar con conocimientos suficientes que le permitan entender cómo actúan todos los actores involucrados en este asunto y particularmente el mundo de las mujeres.

7.6.3 ALGUNAS ACCIONES A REALIZAR EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZO POR EL PROMOTOR-GUARDIÁN DEL PNPCCC

1.- Enviar a todos los domicilios información amplia y detallada sobre el examen del Papanicolaou en una especie de mercadotecnia social. No conviene gastar en trípticos que no les informan en qué consiste el examen (qué aparatos se van a introducir en su matriz) y sobre todo qué utilidad les va a reportar si toman la decisión de hacérselo y qué van a perder si dejan de hacerlo. Hasta hoy la información impresa disponible en los trípticos, no proporciona elementos que le permitan a la mujer tomar decisiones, se maneja de manera muy superficial y en ocasiones incorrecta o que contradice a la Norma Oficial (por ejemplo, el caso de la Clínica de Displasias del Colegio Mexicano de Colposcopistas¹). No hay disposición alguna por parte del sector salud que reglamente el tipo de información que diversas instituciones públicas y privadas dan a los ciudadanos.

Para sustentar lo anterior se seleccionaron cinco trípticos que se distribuyen al público dando información sobre el cáncer cérvico uterino y el examen del Papanicolaou. Con ellos se construyó una matriz la cual nos permite apreciar cómo se maneja diferente información, que sólo produce confusión y puede ocasionar inacción.

EMISOR E INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

EMISOR	EDAD PARA REALIZARLO	FRECUENCIA	OTROS FACTORES	EN QUÉ CONSISTE EL PAPANICOLAOU
ONG (Recuperación Total, RETO)	TODA MUJER QUE HAYA TENIDO RELACIONES SEXUALES O SEA MAYOR DE 30 AÑOS	UNA VEZ AL AÑO	-TUVO RELACIONES SEXUALES O SE EMBARAZÓ MUY JOVEN - HA TENIDO MUCHOS HIJOS. -TIENE RELACIONES SEXUALES CON	EL GINECÓLOGO TOMA UNA MUESTRA DE LAS CÉLULAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL CUELLO DE LA MATRIZ, ESTAS CÉLULAS

¹ Por ejemplo en el tríptico elaborado por esta organización en uno de sus párrafos se dice lo siguiente en relación con la frecuencia de la colposcopia: "Cada 6 meses si no existe alteraciones o en el momento en que exista sintomatología como comezón en vulva o vagina, leucorrea (flujo vaginal), mal olor o sangrado anormal. Esto se debe a que el Cáncer en su etapa inicial es asintomático y cuando causa sintomatología como sangrados o dolor es porque ya es incurable".

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Propuesta del modelo de implementación y evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC)

			<p>DIFERENTES HOMBRES</p> <p>-TIENE INFECCIONES VAGINALES FRECUENTEMENTE</p> <p>-FLUJO VAGINAL DE COLOR ROJO AMARILLENTO.</p> <p>-DOLORES ABDOMINALES CONSTANTES, PROBLEMAS URINARIOS Y ANEMIA.</p> <p>-DOLOR O SANGRADO VAGINAL DESPUÉS DEL ACTO SEXUAL</p> <p>-SANGRADOS ANORMALES Y SE ENCUENTRA EN LA MENOPAUSIA</p>	<p>SE ANALIZA EN EL MICROSCOPIO. PARA SABER SI EXISTE ALGUNA CANCEROSA ENTRE ELLAS</p>
<p>Clinica de Displasias del Colegio Mexicano de Colposcopistas A.C.</p>	<p>NO SEÑALA</p>	<p>CADA SEIS MESES</p>	<p>-PRINCIPALMENTE A TODA MUJER QUE HAYA INICIADO RELACIONES SEXUALES</p> <p>-TODA MUJER QUE PRESENTE LEUCORREA</p> <p>-TODA MUJER QUE DESEE ESTAR SEGURA QUE NO TIENE CÁNCER</p>	<p>SÓLO HACE REFERENCIA A LA COLPOSCOPIA ES UN PROCEDIMIENTO SENCILLO QUE PERMITE EXPLORAR EL APARATO GENITAL INFERIOR FEMENINO SIN ORIGINAR MOLESTIAS POSTERIORES A LA COLOCACIÓN DE UN ESPEJO VAGINAL, SE VISUALIZAN LOS TEJIDOS POR MEDIO DE UN MICROSCOPIO LLAMADO COLPOSCOPIO, A TRAVÉS DEL CUAL SE PUEDE IDENTIFICAR SI LA VULVA, VAGINA O CUELLO UTERINO SON</p>

Propuesta del modelo de implementación y evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino (PNPCCC)

				NORMALES O ANORMALES.
SSA, IMSS, ISSSTE y DIF	35 AÑOS	AL MENOS UNA VEZ AL AÑO	NINGUNA	ES UN EXAMEN SENCILLO QUE CONSISTE EN ESTUDIAR EN EL MICROSCOPIO CÉLULAS DEL CUELLO DE LA MATRIZ
SSA Y MIEMBROS DEL COMITÉ DEL PNPCCC	SEÑALA QUE LE PUEDE DAR CÁNCER A UNA MUJER QUE TENGA ENTRE 25 Y 64 AÑOS	CADA TRES AÑOS, DESPUÉS DE DOS PAPANICOLAOU ANUALES NEGATIVOS	-HAN PADECIDO CON FRECUENCIA INFECCIONES - NO SE HAN HECHO LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU CON ANTERIORIDAD	ES UNA PRUEBA SENCILLA, QUE CONSISTE EN ESTUDIAR LAS CÉLULAS OBTENIDAS DEL CUELLO DE LA MATRIZ
DIF-DF	INICIO DE VIDA SEXUAL ANTES DE LOS 18 AÑOS O SI SE TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA, NO IMPORTA LA EDAD	CADA SEIS MESES SI INICIÓ SU VIDA SEXUAL ANTES DE LOS 18 AÑOS. SI TIENE UNA VIDA SEXUAL ACTIVA, NO IMPORTA LA EDAD, DEBE PRACTICARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU POR LOS MENOS UNA VEZ AL AÑO	- TIENEN VARIAS PAREJAS SEXUALES -SUS COMPAÑEROS SEXUALES HAN TENIDO VARIAS PAREJAS. - TIENE INFECCIONES O FLUJOS VAGINALES CON FRECUENCIA 4.- PRESENTA FLUJOS O ESCURRIMIENTOS SANGUINOLENTOS	ES UNA PRUEBA SENCILLA QUE CONSISTE EN ESTUDIAR LAS CÉLULAS DEL CUELLO DE LA MATRIZ. LOS MÉDICOS LA REALIZAN INTRODUCIENDO UNA PALETITA PLÁSTICA EN LA VAGINA Y RASPAN LEVEMENTE EN EL CUELLO DE LA MATRIZ PARA OBTENER UNA MUESTRA DE TEJIDO QUE ANALIZAN. LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU DETECTAN SI HAY CÉLULAS ANORMALES QUE PUEDEN SER EL INICIO DEL CÁNCER O INCLUSO DE CÁNCER AVANZADO

Tabla 1. Información relevante que sobre el cáncer cérvico uterino presentan cinco emisores.

En sólo tres de ellos se da la dirección y el teléfono para solicitar mayor información: Grupo RETO, Clínica de Displasias y DIF-DF. Sin embargo, no se indican los sitios y las direcciones donde este examen se puede practicar ni tampoco los teléfonos para solicitar información. Únicamente en el que conjuntamente elaboraron la SSA, el IMSS, el ISSSTE y el DIF, y en el de la SSA se hace mención a la gratuidad del examen. En esta perspectiva deben ser las autoridades de la Secretaría de Salud las únicas autorizadas para emitir este tipo de información, o bien reglamenten lo que debe publicarse. El trabajo coordinado de autoridades, ONGs y ciudadanos en la difusión y distribución de material impreso, conferencias, visitas domiciliarias, etc., serán de gran ayuda.

2.- Diseñar un sistema computarizado de administración central con el número o clave única que se le asigna a una mujer cuando se practica el examen, que permita días antes de que se cumpla el tiempo para que las mujeres se realicen nuevamente su examen, enviarles un recordatorio por correo e incluso hablarles por teléfono y si es posible programarles su cita en los centros de salud más cercanos a su domicilio o lugar de trabajo.

3.- Proponer en dos ocasiones anuales la Semana de Salud Ginecológica en los centros de salud, clínicas, hospitales públicos y privados.

4.- Buscar el apoyo para la creación de un centro llamado INFOPAPANICOLAOU encargado de proporcionar no sólo información general sobre el examen del Papanicolaou, sino también sobre su gratuidad, cuándo conviene practicárselo, condiciones y lugares de aplicación, su ubicación y teléfonos. Muy importante es que se pueda hacer la cita por teléfono al propio centro.

7.7 REFLEXIONES

La salud en México debe seguir siendo responsabilidad del Estado, y no entrar en la lógica de la mercantilización si se quiere que la mayoría tenga acceso a la misma e impedir que se genere un proceso de inequidad e injusticia; lo cierto es que las necesidades de muy diversa índole son muchas y los recursos escasos. Por ello la figura del promotor-guardián del PNPCCC adquiere un papel fundamental, ya que conjuntamente con los integrantes del comité del programa tendrán que buscar otras fuentes de financiamiento nacionales e internacionales, así como promover el pago parcial o total del costo del examen para quienes puedan hacerlo.

Es importante señalar que a pesar de los esfuerzos que se lleven a cabo, se deberán respetar las preferencias de los individuos, aun cuando éstas no estén en concordancia con lo que pudiéramos pensar sería lo racional (hacerse periódicamente el examen del Papanicolaou). En este sentido la salud es un privilegio fundamental de la vida que se encuentra bajo y dentro de la jurisdicción de cada individuo. Como tales podemos hacer elecciones libres que pueden incrementar o decrementar nuestra salud, ese es nuestro derecho y privilegio.

Las instituciones pueden ser capaces de crear estructuras sólidas y conseguir el bienestar social, si realmente responden a los cuestionamientos de la sociedad, y se trabaja conjuntamente con ella en un ambiente de cooperación y coordinación donde se garantice el respeto a los derechos individuales, donde no se permita que políticas, decisiones y acciones de la autoridad en turno lesionen el bienestar público, y se promueva la participación de los individuos con la seguridad de que nadie que quiera exponer sus ideas sobre cómo podría mejorar el PNPCC sea excluido.

El Estado tiene el compromiso de proveer a la sociedad instituciones que simultáneamente cumplan un doble papel: 1) vigilar que se respeten los derechos de los individuos y 2) protegerlo contra las decisiones y acciones que le ocasionen males públicos.

Es muy importante considerar que los usuarios hacen uso de los servicios dentro de las instituciones de salud, su consumo no es fuera de ellas, por ello la Administración Pública tendrá que establecer reglas que permitan su funcionamiento. En este sentido la coordinación entre los prestadores del servicio (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal administrativo) es vital, sus tareas deben estar claramente delimitadas en relación con el objetivo del programa y no en función de sus intereses personales.

En este sentido la Administración Pública tendrá que definir claramente líneas de autoridad, descripción, alcances y limitaciones de funciones, sistemas de comunicación, establecer los tiempos en concordancia con los requerimientos de las diversas instancias que intervienen en la prestación del servicio, evaluar y verificar resultados permanentemente. Teniendo en cuenta que quienes asisten a estas instituciones son seres humanos con temores hacia lo desconocido y enormes carencias de información médica y administrativa, lo cual los coloca en situaciones de alta vulnerabilidad.

En suma, en este modelo la Administración Pública y la participación ciudadana recuperan el papel que les corresponde: ser protagonistas del cambio en la vida política y social de México, lo que seguramente permitirá tener gobiernos cada vez mejores cuyo objetivo fundamental sea el bienestar común.

7.8 BIBLIOGRAFÍA

- Arredondo, V. (2000) *Una sociedad de ciudadanos*. Apuntes para una revolución ciudadana en México.
- Cobb, R. y Elder, Ch. (1986) *Participación en política americana. La dinámica de la estructuración de la agenda*. Norma Editores, México.
- Fischer, F. (1993) *Reconstructing policy analysis: A postpositivist perspective*. Policy Sciences 25: 333-339
- Habermas, J. (1987) *Teoría de la Acción Comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social*. Tomo I. Taurus, España.
- Hernández, P., Lazcano, E., Alonso, P., Cruz, A., Meneses, F. y Hernández, M. (1997) *Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer*

Cérvicouterino. Revista Salud Pública de México/vol. 39, No. 4, julio-agosto de 1997

- Mohar, A., Lazcano, E., Garglio, P., Cruz, F., Tenorio, F., Gutiérrez, L., Weissbrod, D., Nájera, P., Cruz, A., Benítez, L., Alonso de, P., García, A., San Esteban, E. y Kuri, P. (1999) *Carcinoma Cérvico-Uterino* en De la Fuente, J.R. y Sepúlveda, J. (compiladores), *Diez problemas de salud pública en México*. Instituto Nacional de Salud Pública, Academia Mexicana de Ciencias y Fondo de Cultura Económica, México.
- Smith, G. y Wales, C. (2000) *Citizens' Juries and Deliberative Democracy*. *Political Studies*: 2000 Vol. 48, 51-65
- Tapia, R. y Ávila, I. (2001) *Programa de prevención y control de cáncer cérvicouterino en México* en Alonso de, P., Lazacano, E. y Hernández, M. *Cáncer Cérvicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. Médico Panamericano y UNAM-Facultad de Medicina, México.
- Torgerson, D.(1986) *Between knowledge and politics: Three faces of policy analysis*. *Policy Sciences* 19: 33-59
- _____ (1985) *Contextual Orientation in Policy Analysis: The Contribution of Harold D. Lasswell*. *Policy Sciences* 18: 241-261

PUBLICACIÓN GUBERNAMENTAL

- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2001)
- Instituto Nacional de las Mujeres (INM) (2002)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2001) *Mujeres y Hombres en México*. 5a. edición, México
- Clínica de Displasias del INCan (2001), México.

CAPÍTULO 8 CONSIDERACIONES Y REFLEXIONES FINALES

- El desarrollo de este trabajo partió de la revisión de aportaciones teóricas de diversas disciplinas en un ejercicio de complementariedad, así como de los hallazgos encontrados en los trabajos empíricos llevados a cabo, es decir, artesanalmente se fueron construyendo las evidencias que nos permitieron proponer el modelo que hemos presentado. El eje rector del mismo fue el ciudadano que en asuntos como su salud es un actor importante en el diseño de Políticas Públicas.

Quedó de manifiesto la necesidad de vincularse no sólo con otras áreas del conocimiento, sino buscar la suma de enfoques o paradigmas que por años se han considerado irreconciliables o antagónicos en la búsqueda de alternativas de solución a problemas públicos, recuperando con ello la esencia original que llevó a Harold Lasswell a crear las Ciencias de Políticas Públicas Democráticas, la búsqueda por dignificar al ser humano.

- Se demostró la importancia que tiene para el éxito de la implementación de las Políticas Públicas la participación de los ciudadanos, de los prestadores del servicio y de las autoridades responsables de las mismas en un ejercicio de discusión y argumentación sobre la mejor forma de llevar a cabo las acciones. Cuando las intervenciones y peticiones se fundamentan en el bienestar común siempre tendrán la razón independientemente de donde provengan.

Seguramente la destinataria de un programa de salud no sepa cómo se lleva a cabo un examen de Papanicolaou ni cuál es la estructura entre una célula normal y anormal ni tampoco cuáles son las clasificaciones más peligrosas del Virus del Papiloma Humano que producen el cáncer cérvico uterino ni mucho menos los tratamientos médicos a seguir (todos éstos criterios de idoneidad), pero sí sabe perfectamente qué es la calidad en la atención, lo que le significa realizarse un examen de esta naturaleza, y en este sentido opinar sobre la importancia que tiene la privacidad en el momento de hacerse el examen, el cuidado y la delicadeza de quien le practica el examen, el no prolongar demasiado los resultados del examen que la hagan entrar en tensión innecesaria, que siente menos vergüenza si es una mujer quien lleve a cabo el examen, que requiere le informen sobre lo qué se le va a hacer y de los resultados preliminares durante la práctica del examen, entre otros.

- La dirección del programa deberá estar en manos de quien esté verdaderamente convencido de la importancia que para el bienestar social tiene la buena implementación del mismo. Ésta demandará gran dedicación, esfuerzo y sobre todo tiempo. Un programa de esta naturaleza deberá tener un ritmo intenso de trabajo y asignación sostenida de recursos de por lo menos 10 años, si se quieren tener resultados positivos. La búsqueda de otras fuentes de financiamiento que incluyan a la propia usuaria del servicio cuando pueda hacerlo, será una tarea de

primer orden. En esta perspectiva la readición de cuentas será su compromiso con la sociedad.

Le hemos puesto el nombre de *Promotor-Guardián* al responsable del programa en el sentido que Platón empleó la palabra *guardián* en su obra *La República*, es decir, aquel que se encargará de defenderlo y dirimir o mediar en los conflictos o disputas que surjan durante la implementación del mismo.

Deberá también ser poseedor de una gran sensibilidad para entender el mundo subjetivo de las destinatarias del programa: las mujeres.

- La implementación, el proceso de poner en acción una política pública no es una tarea sencilla, porque tal y como hemos visto confluyen muchos actores con diversos intereses, actitudes y percepciones sobre un mismo asunto. Sin embargo, esto no debe ser una excusa para no buscar las mejores estrategias y las alternativas más creativas en un asunto que lastima a toda la sociedad, el que cada dos horas muera una mujer en nuestro país por cáncer cérvico uterino, enfermedad que de detectarse a tiempo es curable en el ciento por ciento de los casos, hay aproximadamente un lapso de 17 años en la vida de una mujer con problemas de esta naturaleza, en donde la medicina ofrece amplias expectativas, pasado este lapso poco o nada se puede hacer. La actitud que debe prevalecer en todos los involucrados hacia la implementación de una política de esta naturaleza debe ser siempre positiva.

También hay racionalidades económicas y políticas en este asunto. Por lo que toca a la primera de ellas, las terapias para combatir el cáncer tienen altos costos, pero éstos son mayores cuando la enfermedad se ha diseminado. En este sentido, tales recursos podrían destinarse no sólo a la prevención, sino a otros programas sociales para mejorar la calidad de vida de la población incrementando con ello el número de años productivos. Y en cuanto a la segunda racionalidad, el capital político que le daría a las autoridades del sector salud cuando logren pasar al cáncer cérvico uterino de ser la primera causa de mortandad y morbilidad en nuestro país –uno de los 10 problemas de salud pública– al quinto o sexto lugar y más adelante al duodécimo lugar tal y como ocurre en países desarrollados como Canadá, sería también invaluable.

En esta perspectiva, los programas de prevención y diagnóstico oportuno de enfermedades financiados por el gobierno, deben dar cuenta de que la salud es un derecho que el Estado debe garantizar.

- La evaluación que hemos planteado tiene tres momentos, a corto, mediano y largo plazo, y está concebida como un proceso de aprendizaje y mejora continua con mayor énfasis en evaluar la gestión y los procesos en los dos primeros momentos y hacia la certificación en el largo plazo.

- Es necesario profundizar más en el estudio de la conducta humana en asuntos de salud, es decir, qué hace que una mujer tome la decisión o no de hacerse el examen del Papanicolaou. En nuestro país sólo 126 mujeres de cada 100 mil entre los 15 y 49 años de edad recurren al examen del Papanicolaou. Sus

actitudes y sus preferencias hacia sus prácticas de salud son tan sólo algunos indicadores que, como hemos visto, pueden ayudarnos a explicarnos parcialmente el fenómeno. Lo que sí se demostró es que la información ya sea estructurada en términos positivos o de ganancias, o bien, en términos negativos o de pérdidas propicia acciones y la ausencia de información estructurada en cualquiera de estos términos produce inacción.

- La Administración Pública será la responsable de coordinar el trabajo de todos aquellos involucrados en la implementación de un programa público, pero de manera muy particular con los usuarios del mismo, en la medida que sus relaciones se fortalezcan en el marco de una auténtica democracia participativa y se mejoren los procesos de atención, las Cartas de Servicios dejarán de ser un mecanismo que los prestadores del servicio puedan percibir como fiscalizadoras de su actuación, para convertirse de manera natural en el centro rector de su labor cotidiana frente a la sociedad. En esta perspectiva la salud de la población se convierte en un objetivo compartido que requiere la participación no sólo de los prestadores del servicio, sino de toda la sociedad en un compromiso solidario.
- Aunque el mayor énfasis en el desarrollo de este trabajo fue en la implementación no debemos olvidar que ésta es una de las etapas del diseño de una política pública y en consecuencia por ser precisamente un proceso se retroalimenta permanentemente, por ello no debemos descuidar el estudio y análisis de las restantes etapas cuando se pone en acción una política pública.
- El estudio realizado se limita al Distrito Federal y zona conurbada, sin embargo resulta interesante su estudio en virtud de que a pesar de que posee la mejor infraestructura en materia de salud pública y privada, y en general mejores condiciones de vida tiene una de las tasas más bajas de participación al PNPCCC al igual que los estados de Aguascalientes, Baja California, Oaxaca y Tlaxcala la cobertura es de tan sólo el 20%.
- Finalmente, se ha discutido si es posible hablar de Políticas Públicas en nuestro país cuando se dice que la gran mayoría de sus habitantes no están en condiciones de participar en los asuntos públicos. Cuando un problema, independientemente del número de personas que lo estén padeciendo, se está gestando, se argumenta y debate públicamente es objeto de estudio de las Ciencias de Políticas Públicas. Por ejemplo, con el avance de la medicina, la tecnología médica y el surgimiento de enfermedades nuevas, es posible imaginar el sufrimiento de un enfermo de cáncer en fase terminal, en esta perspectiva queda claro que habría ciudadanos que no quisieran vivir en tales condiciones, tal y como sería el tener dolores tan fuertes que sólo con morfina pudiera disminuirlos, o bien tener una vida vegetativa y estar conectado a un respirador artificial gastándose los recursos de su familia y poniendo en riesgo el patrimonio, para pedir que se debatiera públicamente la opción de que cualquier paciente terminal pudiera recurrir al suicidio médicamente asistido y legalizarlo, así sea sólo 2% de quienes lo solicitan, tal y como sucede actualmente en Holanda.

En suma, todo ciudadano tiene derecho a exponer sus problemas y opinar en los asuntos públicos que él considere le afectan, independientemente de que sea una minoría la que comparte estas necesidades, de su nivel educativo y clase social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, L. (1996) *La implementación de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- _____ (1996a) *Las Nuevas Direcciones de la Administración y Políticas Públicas*. Ponencia presentada en el CIDE, México.
- _____ (1996b) *La hechura de las Políticas*. Miguel Ángel Porrúa, México.
- Aisenson, A. (1981) *Cuerpo y persona*. Filosofía y psicología del cuerpo vivido. FCE, México.
- Alleyne, G. (1996) *Reflexiones del director. Detección oportuna del cáncer de cuello de útero*, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 17, Vol. 121, No. 6, Washington DC. EUA. pp. 473-477.
- Alonso de Ruiz, P. Lazcano, p. Duarte, T. Juárez, R y Martínez, C. (1996) *Reproducibilidad diagnóstica del Papanicolaou en dos zonas de México: necesidad de mecanismos de control de calidad*, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 17, Vol. 121, No. 6, Washington DC. EUA. pp. 518- 527.
- Anzieu, D. & Yves, M. (1993) *La dinámica de los grupos pequeños*. Biblioteca Nueva España.
- Arizmendi, C. (1997) *La satisfacción marital en la mujer durante el síndrome climatérico*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Arredondo, V. (2000) *Una sociedad de ciudadanos. Una sociedad de ciudadanos*. Apuntes para una revolución ciudadana en México.
- Ayala, J. (2000) *Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. FCE, México.
- Barber, B. (1984) *Strong Democracy Participatory Politics for a new age*. Massachusetts, USA.
- Bardach, E. (1977) *The Implementation game: what happens after a bill becomes a law*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bazúa, F. y Valenti, G. (1993a) *¿Cómo hacer del Estado un bien público?* *Sociológica*, año 8, número 22. Lo público y lo privado. Mayo-agosto de 1993.
- _____ (1993b) *Hacia un Enfoque Amplio de Política Pública*. Revista de Administración Pública (RAP), Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), No. 84
- Behn, R. (1999) *La investigación de análisis de casos y la eficiencia administrativa: cómo guiar a las organizaciones a la cima de dunas de arena*. En Bozeman, B. (coordinador) *La gestión pública su situación actual*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C., Universidad Autónoma de Tlaxcala y FCE, México.
- Berman, P. (1996) *El estudio de la macro y micro-implementación*, en Aguilar, L., *La implementación de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 281-322
- Bernoulli, D. (1954) *Exposition of a New Theory on the Measurement of Risk*. *Econometric* 22, 23-36
- Bertaux, D. (1988) *El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*. Cuadernos de Ciencias Sociales, No. 18, FLACSO.
- Bobbio, N. y Matteucci, N. (1982) *Diccionario de Política*. Siglo veintiuno editores, México.

- Bohman, J. (1996) *Public Deliberation*. MIT Press, USA.
- Bourdieu, P. (1993) *La ilusión biográfica*, en Historia y Fuente Oral, Barcelona.
- _____ (1993a) *Cosas dichas*. Gedisa, Barcelona.
- _____ (1993b) *Duda radical*. Gedisa, Barcelona.
- Bozeman, B. (1998) *La Gestión Pública su situación actual*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C., Universidad Autónoma de Tlaxcala y Fondo de Cultura Económica (FCE), México.
- _____ (1998) *Todas las Organizaciones son Públicas. Tendiendo un puente entre las teorías corporativas privadas y públicas*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C., Fondo de Cultura Económica (FCE), México.
- Cabrero, E. (2000) *Usos y costumbres en la hechura de las Políticas Públicas en México en Gestión y Política Pública* Vol. IX, Número 2, Segundo Semestre de 2000, Centro de Investigación y Docencia (CIDE), México.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1991) *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*, Amorrortu editores, Argentina.
- Castro, R. y Bronfman, M. (1998) *Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión*, en Figueroa, J.G. (1998) *La condición de la mujer en el espacio de salud*. El Colegio de México, México.
- Cibois, P. (1983) *L'analyse factorielle. Analyse en composantes principales et analyse des correspondances*. France.
- Cirigliano, G. y Villaverde, A. (1985) *Dinámica de Grupos y Educación*. Humanitas, Buenos Aires.
- Cobb, R. y Elder, Ch. (1986) *Participación en Política Americana. La dinámica de la estructuración de la agenda*. Noema Editores, México.
- Cochran, W. (1974) *Técnicas de Muestreo*, CECSA, México.
- Cohen, J. (1999) *Reflections on Habermas on Democracy*. Ratio Juris, Vol. 12, No. 4 December 1999 (385-416).
- _____ (2000) *Procedimiento y sustancia en la Democracia Deliberativa en Democracia Transparente*, Vol. 4 Núm. 14, Abril-Junio de 2000, pp 24-47, México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (2003), Ediciones Fiscales ISEF, México.
- Coulon, A. (1987) *La Etnometodología*. Cátedra Teorema, Madrid.
- Crosby, N., Kelly, J. y Schaefer, P. (1986) *Public Management Forum. Citizen Panels: A New Approach to Citizen Participation*. Public Administration Review, March/April.
- Cuevas, C. (1998) *Derechos Humanos, Políticas Públicas y Suicidio Médicamente Asistido: Un asunto de agenda gubernamental*. Tesis de maestría en Políticas Públicas, UAM-X, México.
- Chanfrault-Duchet, MF. (1988) *El sistema interaccional del relato de vida*. Traducción libre de Jiménez M y T., mimeógrafo, Universidad Iberoamericana, México.
- Chih, A. (1998) *Bridging Positivist and Interpretivist Approaches to Qualitative Methods*, *Policy Studies Journal*, Vol. 26, No. 1, 1998 (162-180).
- Dahl, R. (1996) *¿Después de la Revolución?* Gedisa, editorial. Barcelona, España.

- deLeon, P. (1992) *The Democratization of the Policy Sciences*. *Public Administration Review*, March/April 1992, Vol. 52, No. 2
- _____ (1997) *Democracy and the Policy Sciences*, State University of New York Press.
- _____ (1998) *Introduction: The Evidentiary Base for Policy Analysis Empiricist Versus Postpositivist Positions*, *Policy Studies Journal*, Vol. 26, No. 1, 1998 (109-113).
- _____ (1999) *The Missing Link Revised: Contemporary Implementation Research*, *Research Policy Studies Review*, Fall/Winter 16: 3/4.
- de la Fuente, R. y Sepúlveda J. (1999) *Diez problemas relevantes de salud pública en México*. Biblioteca de la Salud, FCE, México.
- Drysek, J. (1982) *Policy Analysis as a Hermeneutic Activity*. *Policy Sciences* 14 (1982) 309-329.
- Elmore, R., (1996) *Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas*, en Aguilar, L., *La implementación de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 251-281.
- Elster, J. (1998) *Deliberative Democracy*. Cambridge University Press.
- Fairchild, H. (1975) *Diccionario de Sociología*. FCE, México.
- Fischer, F. (1990) *Technocracy and the Politics of Expertise*. SAGE Publications. Printed in the United States of America.
- _____ (1993) *Citizen participation and the democratization of policy expertise: From theoretical inquiry to practical cases*, *Policy Sciences* 26:165-187, Kluwer Academic Publishers, printed in The Netherlands.
- _____ (1993a) *Reconstructing policy analysis: A postpositivist perspective*. *Policy Sciences* 25: 333-339
- _____ (1995) *Evaluating Public Policy*. Library of Congress Cataloging-in-Data Publication, USA.
- _____ (1998) *Beyond Empiricism: Policy Inquiry in Postpositivist Perspective*, *Policy Studies Journal*, Vol. 26, No. 1, 1998(129-146).
- Figueroa, JG. (1998) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El Colegio de México.
- Fox, Ch. (1987) *Biases in Public Policy Implementation Evaluation*, *Policy Studies Review*, Autumn 1987, Vol. 7, No. 1, 128-141.
- _____ (1990) *Implementation Research: Why and How to Transcend Positivist Methodologies* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990). *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press, pp. 199-212
- Geertz, C. (1996) *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.
- Goffman, E. (1997) *La presentación de las personas en la vida cotidiana*. Amorrortu editores, Argentina.
- Goggin, M., Lester, J., Bowman, A. y O'Toole Jr. (1987) *Public Policy Implementation: Evolution of the Field and Agenda for Future Research*. *Policy Studies Review*, Autumn 1987, Vol. 7, No. 1, 200-216.
- Golob, T. Kitamura, R. y Long, L. (1997) *Panels for Transportation Planning. Methods and Applications*. Kluwer Academic Publishers, Boston.
- Greenwald, A., Brock, T. and Ostrom, T. (1972) *Psychological Foundations of Attitudes*, Academic Press, New York and London.

- Habermas, J. (1987) *Teoría de la Acción Comunicativa*. Tomo I *Racionalidad de la acción y racionalización social*. Taurus, España.
- Hair, J., Anderson, R., Ronald, T., William, B. (1992) *Multivariate Data Analysis*, Maxwell Macmillan, New York.
- Hargreaves, H. (1992) *The Theory of Social Choice. A Critical Guide* en Ayala, E. (2000: 104) *Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. FCE, México.
- Heggenhougen, H. (1996) *Introducción. Antropología y Salud Pública. Más allá de las medidas cuantitativas en Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública No. 20, México.
- Hernández, D., García, R., Ornelas, L., Hernández, F., González, G., y Martínez, C., (1998) *Factors Associated with Non-Use of Pap Test. A population Survey*, Archives of Medical Research, Volume 29, No. 3, pp. 263-270, México.
- Hernández, P., Lazcano, E., Alonso, P., Cruz, A., Meneses, F. y Hernández, M. (1997) *Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino*. Revista salud pública de México/vol. 39, no. 4, julio-agosto de 1997
- Hernández, E. y González, A. (2000) *Cáncer cervicouterino: una mirada desde la perspectiva de género* en Mercado, F. y Torres, M. (compiladores) *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés, Editores, México.
- Hirschman, A. (1977) *Salida, voz y lealtad. Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y Estados*. FCE, México.
- Hoogerwerf, A. (1990) *Políticas y Tiempo. Consecuencias de las perspectivas temporales para el contenido, procesos y efectos de las Políticas Públicas*, Vol. 7, No. 4, diciembre 1990, INAP-España, 93-118.
- Ingram, H. (1999) *La Implementación: Una reseña y un marco que se sugiere* en Lynn, N y Wildavsky, A. *Administración Pública. El estado actual de la disciplina*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C y FCE, México.
- Infante, S. y de Zárate, L. (1991) *Métodos Estadísticos. Un enfoque interdisciplinario*. Trillas, México.
- Joréskog, K.G. and Sörbon, D. (1979) *Advances in Factor Analysis and structural Equation Models*, Jay Magidson, Abt. Books Cambridge, Massachusetts.
- _____ (1988) *A guide to the Program and Applications*, LISREL, versión 7, SPSS.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1979) *Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk*. *Econometric*, volume 47, March, 1979, Number 2
- _____ (1981) *The Framing of Decisions and the Psychology of Choice*. *Science*, Vol. 211, 30 January 1981: 453-458
- _____ (1982) *The Psychology of Preferences*. *Scientific American*, January 1982, Vol. 246
- Kathlene, L. and Martin, J. (1991) *Enhancing Citizen Participation: Panel Designs, Perspectives, and Policy Formation*. *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 10, No. 1 46-63 (1991).

- Kelly, M. and Maynard-Moody, S. (1993) *Policy Analysis in the Post-Positivist Era: Engaging Stakeholders in Evaluating the Economic Development Districts Program*. *Public Administration Review*, March/April 1993, vol. 53, No. 2
- Kendall, M. (1980) *Multivariate Analysis*, Macmillan Publishing Co. Inc., New York.
- Kerlinger, F. (1981) *Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento*, Interamericana, México.
- Lasswell, H. (1996) *La orientación hacia las políticas* en Aguilar, L. (1996) *La hechura de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Lazcano, P., Nájera, A., Alonso de Ruiz, P., Buiatti, E. y Hernández, M. (2000) *Indicadores y mecanismos de control de calidad en la organización de un programa de detección de cáncer de cuello uterino*, en Alonso de Ruiz, P., Lazcano, P. y Hernández, M. (2000) *Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. Médica Panamericana, UNAM-Fac. de Medicina, México.
- Lester, J., Bowman, A., Goggin, M. y O'Toole Jr. (1987) *Public Policy Implementation: Evolution of the Field and Agenda for Future Research*. *Policy Studies Review*, Autumn 1987, Vol. 7, No. 1, 200-216.
- Likert, R. (1932) *A Technique for the Measurement of Attitudes*", *Archives of Psychology*, No. 140, pp. 1-50. Traducción de Marta Gustavino.
- Linder, S. and Guy Peters, B. (1990) *Research Perspectives on the Design of Public Policy: Implementation, Formulation, and Design* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990). *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press, pp. 51-66.
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in Public Services*. Russell Sage Foundations, New York.
- Loehlin, J. (1998) *Latent Variable Models and introduction to factor, path, and structural analysis*, Third Edition, Lawrence Erlbaum Associates, USA.
- Lolas, F. (1992) *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Universitaria de Chile en Fernández, N. (2002) *Calidad de la atención médica*. Fascículo 1, *Nuevas formas de organización y financiación de la salud*. Madrid.
- López, S. (1998) *La medicalización de la sexualidad*. En *Cuerpo, Identidad y Psicología*. Plaza y Valdez, México.
- Lowi, T. (1996) *Políticas públicas, estudios de caso y teoría política* en Aguilar, L. (1996) *La hechura de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Luhmann, N. (1993) *Teoría Política en el Estado de Bienestar*, Alianza, Universidad.
- Lukes, S. (1998) *La sociedad pluralista y sus enemigos. Entrevista con Isaiah Berlin*. *Metapolítica* 1998, Vol. 2, Núm. 6, pp. 311-326
- Magidson, J. (s/a) *An Illustrative Comparison of Goodman's Approach to Logit Analysis with Dummy Variable Regression Analysis*. Cap. 2 (s/e).
- Majone, G. (1996) *Los usos del análisis de políticas* en Aguilar, L. (1996) *La hechura de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Malcolm, G., Bowman, A., Lester, J. and O'Toole Jr, L. (1990) *Studying the Dynamics of Public Policy Implementation: A Third-Generation Approach* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990) *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press, pp. 181-197.
- Mankiw, G. (1998) *Principios de Economía*, McGraw Hill, México.

- Marcolides, G. and Herhberger, S. (1997) *Multivariate Statistical Methods*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Printed in USA.
- March, C.J., Prieto, M., Hernán, M. y Solas, O. (2002) *Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas* en Mercado, F., Gastaldo, D. y Calderón, C. (compiladores), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Universidad de Guadalajara / Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León / Facultad de Enfermería, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco e Instituto Jaliscense de Cancerología, México.
- Mazmanian, D., and Sabatier, P. (1989) *Implementation and Public Policy with a New Postscript*. Scott, Foresman and Company. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. United States of America.
- Méndez, I., Namihira, D., Altamirano, L. y de Martínez, C. (1993) *El protocolo de investigación*, Trillas, México.
- Menéndez, E. (s/a) *Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos*, en Antropología Médica. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179, México.
- Meyerowitz, B. & Chaiken, S. (1987) *The effect of Message Framing on Breast Self-Examination Attitudes, Intentions, and Behavior*. Journal of Personality and Social Psychology, 1987, Vol. 52, No. 3, 500-510.
- Mill, J.S. (1974) *El Utilitarismo*. Aguilar, Argentina.
- Mohar, A., Lazcano, E., Garglio, P., Cruz, F., Tenorio, F., Gutiérrez, L., Weissbrod, D., Nájera, P., Cruz, A., Benítez, L., Alonso de, P., García, A., San Esteban, E. y Kuri, P. (1999) *Carcinoma Cérvico-Uterino* en De la Fuente, J.R. y Sepúlveda, J. (compiladores), *Diez problemas de salud pública en México*. Instituto Nacional de Salud Pública, Academia Mexicana de Ciencias y Fondo de Cultura Económica, México.
- Muthen, B. and Kaplan, D. (1992) *A comparison of some methodologies for the Factor Analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model*, British Journal of Mathematical and Statistical Psychology 45: 19-30.
- Nadelsticher, A. (1983) *Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple*, Instituto de Investigaciones Penales, cuaderno No. 11, México.
- Nájera, A., Lazcano, E., Alonso de Ruiz, P., Ramírez, T., Cantoral, L. y Hernández, M. (1996) *Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou*, Boletín de la Oficina Sanitaria de Panamá 121(16). 1996: 536-549.
- Nigenda, G. y Langer, A. (1996) *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. Perspectivas en Salud Pública 20. Instituto de Salud Pública.
- North, D. (1995) *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Olson, M. (2000) *Power and Prosperity. Outgrowing communist and capitalist dictatorships*. Basic Book, New York. En Ayala, J. (2000) copias del resumen libre del texto.

- Ortwin, R., Webler, T., Rakel, H., Dienel, P. y Johnson B. (1993) *Public participation in decision making: A three-step procedure*. Policy Sciences 26: 189-214, 1993.
- Palumbo, D. y Calista, D. (1990) *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press.
- Parsons, T. (1951) *Saber Médico. El sistema social*. Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid.
- Piña, C. (1988) *La construcción del 'sí mismo' en el relato autobiográfico*. Revista Paraguaya de Sociología, año 25, No. 71, enero-abril.
- Pressman J.L., y Wildavsky, A. (1973) *Implementation* (3rd ed.), Berkeley: University of California Press.
- Potthast, M. (1993) *Confirmatory Factor Analysis of Ordered Categorical Variables with Large Models*, British Journal of Mathematical and Statistical Psychology 46: 273-286.
- Robles, S. (1996) *Tamizaje del cáncer de útero: presentación del número monográfico*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 121(6), 1996.
- Robles, S. White, F. y Peruga, A. (1996) *Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas*, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 17, Vol. 121, No. 6, Washington DC. EUA. pp. 478-490.
- Rodó, A. (1987) *El cuerpo ausente*. Propositiones 13, Enero-Abril. - Stiglitz, J. (1995) *La Economía del Sector Público*. Antoni Bosch, editor, Barcelona.
- Romero, JA., Guiscafré, H., Santilla, M. (1997) *Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar*, Revista Medicina Familiar IMSS (Méx.) 1997: 35 (3): 227-232.
- Rothman, A. & Salovey, P. (1997) *Shaping Perceptions to Motivate Healthy Behavior: The Role of Message Framing*. Psychological Bulletin, 1997, Vol. 121, No. 1, 3-19.
- Sabatier, P. (1986) *Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis*. Journal of Public Policy, 6, 1986, pp. 21-48.
- Santacruz, A. y Aceves, D. (1994) *Nuevos indicadores para evaluar la salud pública. Estudio de los años de vida potencial perdidos por la población derechohabiente del IMSS en 1990*. Rev. Méd. IMSS (mex.) 1994; 32: 587-593.
- Scheaffer, R., Mendenhall, W. y Ott, L. (1987) *Elementos de Muestreo*, Grupo Editorial Iberoamericana, México.
- Schneider, A. and Ingram, H. (1993) *Social Construction of target Populations: Implications for Politics and Policy*. American Political Science Review, Vol. 87, No. 2, June 1993.
- Sillis, D. (1982) *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Volumen 10, Aguilar, España.
- Simon, H. (1989) *El comportamiento administrativo*. Aguilar, Madrid, España.
- Schütz, A. (1974) *El problema de la realidad social*. Maurice Natanson, compilador. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Simrell, Ch. Feltey, K. y O'Neil, B. (1998) *The Question of Participation : Toward Authentic Public Participation in Public Administration*. Public Administration Review, Jul/August 1998, Vol. 58, No. 4.
- Sontang, S. (1989) *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik Editores, España.

- Smith, G. y Wales, C. (2000) *Citizens' Juries and Deliberative Democracy*. Political Studies: 2000 Vol. 48, 51-65.
- Spearman Ch. (1904) *General Intelligence, objectively determined and measured*. *American Journal of Psychology*, 15.
- Salinas, AA. (2000) *Factores que predisponen la prevención del cáncer cervico uterino*, Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Stevens, J. (1996) *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, third edition, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, USA.
- Summers, A. (1998) *Mental health consequences of cervical screening*. *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 3, No. 1, 1998.
- Strange, J. (1972). *The Impact of Citizen Participation On Public Administration*. *Public Administration Review*, Vol. 32, 1972.
- Salinas, AA. (2000) *Factores que predisponen la prevención del cáncer cervico uterino*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología, facultad de Psicología UNAM.
- Tapia, R. y Ávila, I. (2000) *Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino*, en Alonso de Ruiz, P., Lazcano, P. y Hernández, M. (2000). *Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. Médica Panamericana, UNAM-Fac. de Medicina, México.
- Tetelboin, C. (1998) *Estado, Políticas Sociales y Ciudadanía*. *Revista Sociología y Política*. Nueva Época, Núm. 10. Universidad Iberoamericana, México.
- Thurstone, L. (1928) *Attitudes can be measured*, *American Journal of Sociology*, No. 33, traducido por Alberto E. Funes.
- _____ (1932, 1933) *The theory of multiple factors by L.L. Thurstone*. The University of Chicago. Ed. Edwards Brothers, Inc. and Arbor Michigan.
- Todd, D. (1979) *Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action*. *Administrative Science Quarterly*, December 1979.
- Torgerson, D. (1986) *Between knowledge and politics: Three faces of policy analysis*, en *Policy Sciences* 19: 33-39.
- _____ (1985) *Contextual Orientation in Policy Analysis: The contribution of Harold D. Lasswell*, *Policy Sciences* 18 pp. 241-261.
- Van M., y Van H. (1996) *El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual* en Aguilar L. en *La implementación de las Políticas*. Miguel Ángel Porrúa, México.
- Vuori, H. (1988) *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Masson, Barcelona, en Fernández, N. (2002). *Calidad de la atención médica*. Fascículo 1, *Nuevas formas de organización y financiación de la salud*. Madrid.
- Weber, M. (s/a) *Ensayos sobre metodología Sociológica*. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- Weimer, D. y Vining, A. (1992) *Policy Analysis. Concepts and Practice*. Prentice Hall, United States of America.
- White, O. (1998) *The Ideology of Technocratic Empiricism and the Discourse Movement in Contemporary Public Administration. A Clarification*. *Administration & Society*, Vol. 30 No. 4, September 1998 471-476.
- Wickens, T. (1989) *Multway Contingency Tables Analysis for the Social Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Williams, W., (1980) *The Implementation Perspective. A guide for managing social service delivery programs*, University of California Press, Los Angeles, USA.

- Winter, S. (1990). *Integration Implementation Research* en Palumbo, D. y Calista, D. (1990) *Implementation and the Policy Process. Opening up the black box*, Greenwood Press, pp. 19-38.
- Winston, W., (1994) *Investigación de Operaciones. Aplicaciones y Algoritmos*. Grupo Editorial Interamericano, México.
- Zurita, B., Ramírez, T., Lazcano, E. y Alonso, P. (2000) *Garantía de calidad del programa de detección del cáncer cervicouterino: una perspectiva gerencial*, en Alonso de Ruiz, P., Lazcano, P. y Hernández, M. (2000) *Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*. Médica Panamericana, UNAM-Fac. de Medicina, México.

PUBLICACIÓN GUBERNAMENTAL

- Diario Oficial de la Federación (6-03-1998) Norma Oficial Mexicana: NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamarío en la atención primaria, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, cuadernos de salud de 1990 a 1999, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Cuadernos números 16, 17 y 18. *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*, 2000, 2001 y 2002, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) *Mujeres y Hombres en México*, 5a. edición, 2001, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) *Mujeres y Hombres en México*, 4a. edición, 2002, México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2001, México.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INM), 2002, México.

ARTÍCULOS EN PERIÓDICOS

- Crossette, B. (2001) *Panel to find solutions for Mexican immigrants*. New York Times, 25 June 2001, sec. A.
- Cruz, A (2000, 14 de agosto). Se quintuplicó la incidencia de cáncer en México en 18 años. *La Jornada*, pp. 1 y 46, México.
- _____ (2001, 2 de marzo). Grave rezago: Ssa. Mueren 22 mujeres al día por cáncer de mama o uterino. *La Jornada*, p. 15, México.
- _____ (2001, 18 de marzo). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 contradicen información oficial. Cuadro de vacunas incompleto en 25% de niños. *La Jornada*, p. 36, México.
- Martínez, J. (2000, 15 de diciembre). Los números de la vulnerabilidad (año 2000). *La Jornada*, p. 20, México.
- *La Jornada*, 12-12-2001 *Nueva estrategia de desarrollo humano y social a partir del 1ero. de enero, anuncia Fox*, p. 5, México.
- Leal, G. *La Jornada* 29-07-2000) México.
- *La Jornada*, 18-07-2003 *Destaca el ISSSTE logros de sus sistema de citas*, p. 23, México.
- *La Jornada*, 28-07-2003 *Cuesta arriba, la lucha anticáncer*, pp. 46 y 48, México.

INTERNET Y BASES DE DATOS EN LÍNEA

- Acebes, A. *Carta de servicios del Centro de Información Administrativa MAP-España*. Última actualización: 10:08:2001 <http://www.igsap.map.es/cia/cartas/cartacia.htm>. Accesado el 13/08/01.
- Instituto Nacional del Cáncer en <http://www.publications.nci.nih.gov>. Accesado 15/04/01.
- <http://www.uniovi.es/UniOvi/Apartados/Departamento/Psicología/metodos/hardcop/y/introd.html>

PUBLICACIÓN DE ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1996) *Comunicaciones desde el terreno. Taller centroamericano sobre la detección del cáncer del cuello uterino*. Bol. Oficina Sanit. Panam. 121(16), 1996: 589-607.
- Clínica de Displasias del INCAn (2001), México.
- FUNSALUD (2000) *Hacia un México más saludable. Una visión del sector privado*. Economía y Salud, México.
- OECD (2001). *Citizens as Partners*. Francia.
- OCDE (1997) *Un Gobierno alerta. Inicativas de servicios de calidad en la administración*. Departamento del Distrito Federal, PUMA, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, México.
- _____ (2001) *Citizens as Partners*.
- OSP (1996) *El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 121, No. 6, Dic. 1996.

VIDEOCASETE

- INCAn (Producción), y Cuevas, C. (Dirección) (25-07-2001) *Panel Ciudadano sobre el Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino* (videocasete). (Disponible en Facultad de Psicología, cubículo 35, edificio C, UNAM, México).
- INCAn (Producción), y Cuevas, C. (Dirección) (11-07-2001) *Reunión del grupo de autoayuda Nueva Visión* (videocasete). (Disponible en Facultad de Psicología, cubículo 35, edificio C, UNAM, México).
- INCAn (2001) Dirección, Clínica de Displasias. México.

CUESTIONARIO A: MUJERES QUE NO SE HAN PRACTICADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1) EDAD _____ 2) EDO. CIVIL _____ 3) No. DE HIJOS (VIVOS Y MUERTOS): _____
4) PROFESIÓN _____ 5) DELEGACIÓN POLÍTICA _____
6) ¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN FAMILIAR CON CÁNCER? SI _____ NO _____
7) ¿POR QUÉ NO SE HA PRACTICADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

8) ¿SABE UD. EN QUÉ CONSISTE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

SI _____ NO _____

8) SI RESPONDIÓ QUE SI, PODRÍA DESCRIBIRLO BREVEMENTE _____

9) ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEBE UNA MUJER REALIZARSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

INSTRUCCIONES

A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE ENUNCIADOS RESPECTO A LOS CUALES ALGUNAS PERSONAS ESTÁN DE ACUERDO Y OTRAS EN DESACUERDO. MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE MÁS SE ACERCA A SU OPINIÓN

10) TEMO AL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, POR EL DOLOR FÍSICO QUE ME CAUSARÁ

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

11) ME ATEMORIZAN LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU, POR ESO NO HE ACUDIDO A REALIZÁRMELO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

12) NO SOPORTARÍA QUE ME DIJERAN QUE TENGO CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

13) ANTE LA POSIBILIDAD DE TENER CÁNCER, NO DESEO SE ME PRACTIQUE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

14) QUIEN SE PRACTICA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU PUEDE SER INFECTADA CON LOS APARATOS QUE SE UTILIZAN EN EL EXAMEN

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

15) SE PIERDE MUCHO TIEMPO CUANDO SE ACUDE A LA CLÍNICA HA REALIZARSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

16) POR DESIDIA NO ME HE REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

17) EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES COSTOSO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

18) NO PUEDO PAGAR EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

19) EL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO A MI CASA, ESTÁ DEMASIADO LEJOS COMO PARA IR A REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

20) EL CAMINO PARA LLEGAR A LA CLÍNICA DONDE UNO PUEDE REALIZARSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, ES DE DIFÍCIL ACCESO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

21) ES MUY MOLESTO QUE UN MÉDICO HOMBRE ME PRACTIQUE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO EN EL CASO QUE HAYA TENIDO O TENGA ESPOSO O COMPAÑERO

22) MI ESPOSO O COMPAÑERO LE MOLESTA QUE YO ME REALICE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

23) MI ESPOSO O COMPAÑERO CONOCE LA IMPORTANCIA DE REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

24) EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU REALIZADO CON OPORTUNIDAD PUEDE PREVENIRME DE UNA ENFERMEDAD COMO EL CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

25) EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU DETECTA PRINCIPALMENTE EL CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

26) SI ME REALIZO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU CON LA FRECUENCIA ADECUADA, Y SE ME DETECTA CÁNCER EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD, PUEDO SALVAR MI VIDA

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

27) EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

28) EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD MORTAL

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

29) LOS ENFERMOS DE CÁNCER SON RECHIAZADOS POR LA SOCIEDAD

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

30) EL CÁNCER ES HEREDITARIO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

31) ES CORRECTO QUE UN MÉDICO LE INFORME A SU PACIENTE EL RESULTADO POSITIVO DEL EXAMEN, ES DECIR, QUE LE DIGA QUE TIENE CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

32) LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EN LA MUJER MEXICANA ES EL CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

33) DIOS ES QUIEN DETERMINA LOS HIJOS QUE DEBO TENER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

34) DIOS ES EL ÚNICO QUE DECIDIRÁ EL DÍA DE MI MUERTE

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

35) NO ES NECESARIO PRACTICARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, YA QUE ES DIOS QUIEN DECIDE MI TIEMPO DE VIDA

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

36) REALIZARCE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES PECADO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

37) SI TUVIERA CÁNCER SERÍA UN CASTIGO DE DIOS

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

38) A LA MUJER QUE SE PORTA MAL LE DA CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

39) NO IMPORTA QUE YO ENFERME CON TAL DE QUE MI FAMILIA GOCE DE BUENA SALUD

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

40) SI TUVIERA CÁNCER MI FAMILIA SE VERÍA EN APURÓS ECONÓMICOS

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

41) NUNCA ME ENFERMARÉ DE CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

42) EL CÁNCER NO ES UNA ENFERMEDAD PARA MI

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

43) SI TUVIERA CÁNCER SERÍA MI CULPA, POR NO HABERME CUIDADO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

44) ANTE UN DIAGNOSTICO DE CÁNCER CAERÍA EN DEPRESIÓN

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

CUESTIONARIO B: MUJERES QUE POR LO MENOS UNA VEZ SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y NO SE LO HAN PRACTICADO EN EL ÚLTIMO AÑO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1) EDAD _____ 2) EDO. CIVIL _____ 3) No. DE HIJOS (VIVOS Y MUERTOS): _____
4) OCUPACIÓN _____ 5) DELEGACIÓN POLÍTICA _____
6) ¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN FAMILIAR CON CÁNCER? SÍ _____ NO _____
7) DESCRIBA BREVEMENTE EN QUÉ CONSISTE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

8) ¿CUÁNTAS VECES SE HA REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

9) ¿EN DÓNDE SE LO (S) HA REALIZADO?
() CENTROS DE SALUD () ISSSTE, IMSS () MÉDICO PARTICULAR () OTROS
¿CUÁLES? _____

10) ¿SE HA REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU EN EL ÚLTIMO AÑO?

SI _____ NO _____

11) SI SU RESPUESTA FUE NEGATIVA, DIGA ¿PORQUÉ NO SE LO HA HECHO?

INSTRUCCIONES

A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE ENUNCIADOS RESPECTO A LOS CUALES ALGUNAS PERSONAS ESTÁN DE ACUERDO Y OTRAS EN DESACUERDO. MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE MÁS SE ACERCA A SU OPINIÓN

12) TEMO AL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, POR EL DOLOR FÍSICO QUE ME CAUSARÁ

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

13) ME ATEMORIZAN LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU, POR ESO NO HE ACUDIDO A REALIZÁRMELo

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

14) NO SOPORTARÍA QUE ME DIJERAN QUE TENGO CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

15) ANTE LA POSIBILIDAD DE TENER CÁNCER, NO DESEO SE ME PRACTIQUE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

16) QUIEN SE PRACTICA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU PUEDE SER INFECTADA CON LOS APARATOS QUE SE UTILIZAN EN EL EXAMEN

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

17) SE PIERDE MUCHO TIEMPO CUANDO SE ACUDE A LA CLÍNICA HA REALIZARSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

18) POR DESIDIA NO ME HE REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

19) EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES COSTOSO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

20) NO PUEDO PAGAR EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

21) EL CENTRO DE SALUD MAS CERCAÑO A MI CASA, ESTÁ DEMASIADO LEJOS COMO PARA IR A REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

22) EL CAMINO PARA LLEGAR A LA CLÍNICA DONDE UNO PUEDE REALIZARSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, ES DE DIFÍCIL ACCESO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () EN DESACUERDO

23) ES MUY MOLESTO QUE UN MÉDICO HOMBRE ME PRACTIQUE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO EN EL CASO QUE HAYA TENIDO O TENGA ESPOSO O COMPAÑERO

24) MI ESPOSO O COMPAÑERO LE MOLESTA QUE YO ME REALICE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

25) MI ESPOSO O COMPAÑERO CONOCE LA IMPORTANCIA DE REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

26) EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU REALIZADO CON OPORTUNIDAD PUEDE PREVENIRME DE UNA ENFERMEDAD COMO EL CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

27) EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU DETECTA PRINCIPALMENTE EL CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

28) SI ME REALIZO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU CON LA FRECUENCIA ADECUADA, Y SE ME DETECTA CÁNCER EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD, PUEDO SALVAR MI VIDA

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

29) EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

30) EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD MORTAL

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

31) LOS ENFERMOS DE CÁNCER SON RECHAZADOS POR LA SOCIEDAD

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

32) EL CÁNCER ES HEREDITARIO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

33) ES CORRECTO QUE UN MÉDICO LE INFORME A SU PACIENTE EL RESULTADO POSITIVO DEL EXAMEN, ES DECIR, QUE LE DIGA QUE TIENE CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

34) LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EN LA MUJER MEXICANA ES EL CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

35) DIOS ES QUIEN DETERMINA LOS HIJOS QUE DEBO TENER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

36) DIOS ES EL ÚNICO QUE DECIDIRÁ EL DÍA DE MI MUERTE

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

37) NO ES NECESARIO PRACTICARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, YA QUE ES DIOS QUIEN DECIDE MI TIEMPO DE VIDA

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

38) REALIZARCE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES PECADO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

39) SI TUVIERA CÁNCER SERÍA UN CASTIGO DE DIOS

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

40) A LA MUJER QUE SE PORTA MAL LE DA CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

41) NO IMPORTA QUE YO ENFERME CON TAL DE QUE MI FAMILIA GOCE DE BUENA SALUD

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

42) SI TUVIERA CÁNCER MI FAMILIA SE VERÍA EN APUROS ECONÓMICOS

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

43) NUNCA ME ENFERMARÉ DE CÁNCER

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

44) EL CÁNCER NO ES UNA ENFERMEDAD PARA MI

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

45) SI TUVIERA CÁNCER SERÍA MI CULPA, POR NO HABERME CUIDADO

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

46) ANTE UN DIAGNOSTICO DE CÁNCER CAERÍA EN DEPRESIÓN

() DE ACUERDO () INDIFERENTE () JEN DESACUERDO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

¿CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO?

REALIZACIÓN DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Por favor responda a las siguientes preguntas

1 Muy mal	2 Mal	3 Regular	4 Bien	5 Excelente	
<u>EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA</u>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiempo de espera para ser atendida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se le dio una breve explicación sobre el examen del Papanicolaou.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disponibilidad de material impreso explicando en qué consiste el examen del Papanicolaou.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se le respondió a las preguntas que Ud. hizo.
Recibió un trato amable del personal de:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajo Social
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personal Administrativo
<u>EN LA PRACTICA DEL EXAMEN DEL Papanicolaou.</u>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limpieza del lugar donde se le practicó el examen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia física de quien le practicó el examen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trato de quien le practicó el examen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trato de(l) o la ayudante de quien le practicó el examen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado/Delicadeza al practicar el examen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicación sobre la exploración realizada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiempo de espera para que se realizara el examen una vez que fue acostada para ser revisada
<u>DESPUÉS DE REALIZADO EL EXAMEN</u>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicación sobre la fecha de entrega de resultados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiempo en que se le indicó recogerá los resultados
más de un mes	4 semanas	3 semanas	2 semanas	1 semana	

Recomendaría a otras personas que se realizaran el examen del Papanicolaou en este Instituto de Salud, INCAn.

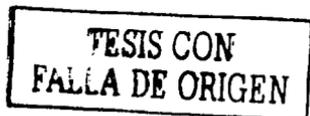
sí no

Qué podría hacer el Instituto de Cancerología para que su estancia en este lugar fuera mejor.

Comentarios: _____

Gracias por su tiempo

Firma si Ud. quiere: _____



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
¿CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO?

ENTREGA DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

Por favor responda a las siguientes preguntas

1	2	3	4	5
Muy mal	Mal	Regular	Bien	Excelente

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ENTREGA DE LOS RESULTADOS EN EL INCa

Comunicación clara sobre los resultados del examen del Papanicolaou

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sus preguntas fueron respondidas

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se le informó sobre lo que hay que hacer

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se le informó de otros lugares en donde Ud. puede ser atendida.

Comentarios _____

Gracias por su tiempo

Firma si Ud. quiere _____

II PANEL CIUDADANO SOBRE EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

SEDE: INCan
25-07-01

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO () FEMENINO () MASCULINO
DIRECCIÓN _____

DELEGACIÓN POLÍTICA _____
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA (LO) INVITO AL PANEL _____

1.- ¿QUÉ PROPUESTAS HARÍA UD. PARA QUE UN MAYOR NUMERO DE MUJERES ACUDIERAN A REALIZARSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU CON LA FRECUENCIA QUE SEÑALA EL MEDICO?

2.- ¿CREE QUE SU OPINIÓN Y LAS EXPRESADAS EN ESTE PANEL SERÁN REALMENTE TOMADAS EN CUENTA POR QUIENES DECIDEN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE SALUD?

() SI () PARCIALMENTE () NO () NO SE

3.- EL TIEMPO QUE INVIRTIO PARA PARTICIPAR EN ESTE PANEL LE PARECIO

() MUCHO () REGULAR () POCO

4.- SI FUERA NUEVAMENTE INVITADO A PARTICIPAR EN UN PANEL DE ESTA NATURALEZA ¿ASISTIRÍA?

() SI () NO () NO SE

5.- ¿POR QUÉ?

6.- ¿LE GUSTARÍA TENER MAYOR INFORMACIÓN SOBRE EL TEMA QUE SE HA DISCUTIDO?

() MÉDICA () SI () NO

() CÓMO FUNCIONA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN CÁNCER () SI () NO

() RENDICIÓN DE CUENTAS DE LAS AUTORIDADES DE

SALUD SOBRE EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER () SI () NO

() UBICACIÓN Y HORARIOS DE CLÍNICAS DE SALUD DONDE

SE PRACTIQUE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ASÍ COMO

SU COSTO () SI () NO

7.- ¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE ESTA INFORMACIÓN ESTUVIERA DISPONIBLE?

() INTERNET

() SE LE ENVIARA POR CORREO A SU DOMICILIO

() POR TELEVISIÓN

() POR RADIO

() EN EL PERIÓDICO

() OTROS ¿CUÁLES? _____

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y CÁNCER CÉRVICO-UTERINO INFORMACIÓN IMPORTANTE¹

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

La palabra cáncer se aplica a un centenar de enfermedades distintas entre las que figuran los tumores malignos en diferentes lugares: mama, cuello del útero, próstata, estómago, pulmón, ovario, hígado, boca y en la sangre, entre otros.

El rasgo común de todas estas formas de cáncer es que el mecanismo que regula el crecimiento normal de todas estas células –sistema inmunológico– no funciona adecuadamente y algunas de las células anormales que crea nuestro organismo, empiezan a dividirse y multiplicarse de manera rápida y descontrolada con la consiguiente aparición de una anomalía leve o grave, que puede invadir los tejidos vecinos y finalmente se propaga a otras zonas del cuerpo.

El cáncer no se inicia repentinamente, sino tiene toda una evolución previa a partir de *lesiones precursoras* o *precancerosas*, no son cáncer pero si se dejan evolucionar hay altas probabilidades de que se conviertan en cáncer destructivo o mortal (Organización Mundial de la Salud, 1995:1-89).

CÁNCER EN EL CUELLO DE LA MATRIZ O CÉRVICO UTERINO

Los virus son organismos ultramicroscópicos que infectan células para poder subsistir. El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus que está relacionado con el desarrollo de lesiones pre-cancerosas en el cuello de la matriz y en otras partes del aparato reproductor femenino y masculino. Este virus se transmite generalmente por contacto sexual. En la mujer es fácil diagnosticarlo mediante una muestra cérvicovaginal.

El cáncer cérvico uterino una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas –malignas– en los tejidos del cuello del útero. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina, que es el canal de nacimiento de un bebé.

El cáncer cérvico uterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello del uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales, proceso conocido como displasias. Posteriormente, las células comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en áreas circundantes.

ESTADÍSTICAS (INEGI: 1995, 1996, 1997, 1998, 1999)

En México la principal causa de mortandad en la mujer de 25 a 64 años es por cáncer en el cuello del útero. Las estadísticas nos muestran que cada dos horas muere una mujer por esta causa. En los últimos cinco años la evolución de esta enfermedad a nivel nacional es la siguiente:

¹ Revisado por el Dr. Aarón González Enciso. Jefe del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología, México, 2001.

Año	Número de muertes
1995	4350
1996	4549
1997	4512
1998	4545
1999	4590

EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU (Instituto Nacional del Cáncer)

George Papanicolaou en 1928, observó que en extendidos de células tomadas de la vagina de una mujer, era posible observar células del cuello del útero que permitían identificar a las células cancerosas en mujeres, con presencia de cáncer de útero y sin tener ninguna otra manifestación de la enfermedad. Con el tiempo este método se perfeccionó al tomar muestras directamente del cérvix y no sólo de la vagina.

Las lesiones precursoras del cáncer y el cáncer en su etapa inicial deben ser diagnosticadas con el examen del Papanicolaou, ya que son 100% curables.

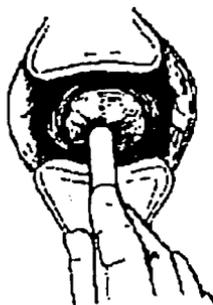
El examen del Papanicolaou se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La mujer puede sentir algo de presión, pero generalmente no siente dolor.

En posición de parto, antes de cualquier otro procedimiento o exploración, se coloca un espejo vaginal, sin lubricante para no interferir con el estudio de las células y se toma una muestra de las células para analizarlas. La toma de la muestra se hace en tres sitios diferentes:

- 1) parte superior y lateral de la vagina,
- 2) porción externa del cuello y
- 3) porción interna del cuello.



Toma de vagina



Toma cervical

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si se encuentran células anormales o algún tipo de alteración, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido –llamada biopsia– del cuello uterino y se observará a través de un microscopio para ver si hay células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en el consultorio médico. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono, llamada *conización*, la mujer quizás tenga que ir al hospital.

¿QUIENES TIENEN MAYOR RIESGO DE PADECER CÁNCER DEL CUELLO DE LA MATRIZ? (Instituto Nacional del Cáncer)

Las posibilidades de padecer infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), pre-cáncer o cáncer del cuello uterino no es la misma en todas las mujeres. Hay varias situaciones conocidas relacionadas con una mayor predisposición. Muchas de ellas tienen que ver directamente con los hábitos sexuales de la mujer y de su pareja. El factor más importante es el número de parejas sexuales que la mujer ha tenido, ya que cada pareja multiplica las posibilidades de contraer el Virus del Papiloma Humano (VPH), lesión muy relacionada con la aparición del cáncer en el cuello uterino.

Este riesgo entonces no sólo está presente en la mujer, también existen “hombres de riesgo” por tener el Virus del Papiloma Humano en el aparato reproductor. Un hombre de riesgo puede pasárselo a la mujer éste riesgo.

FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER (Instituto Nacional del Cáncer)

- inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 17 años)
- embarazo en la adolescencia
- parto antes de los 19 años
- muchos embarazos
- promiscuidad (dos o más compañeros sexuales)
- infecciones genitales frecuentes
- compañero no circuncidado
- compañero con Virus del Papiloma Humano o cáncer de pene
- compañero con factores de riesgo:
 - ◆ promiscuidad (dos o más compañeras sexuales)
 - ◆ sin circuncisión
 - ◆ antecedente de pareja con VPH genital, pre-cáncer o cáncer del aparato reproductor
 - ◆ pareja sexual con factores de riesgo
 - ◆ condiloma genital
 - ◆ neoplasia del pene
 - ◆ tabaquismo (más de 15 cigarrillos al día)
- tabaquismo (más de 15 cigarrillos al día)
- después de la menopausia con incidencia máxima entre los 50 y 60 años
- no se ha hecho el examen del Papanicolaou con anterioridad.

¿QUIÉN DEBE HACERSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU? (Instituto Nacional del Cáncer)

- A los 25 años o antes si la mujer ha comenzado sus relaciones sexuales, ya sea que tenga vida sexual activa o YA NO TENGA VIDA SEXUAL ACTIVA.
- Una vez al año de preferencia si el estudio es normal o cuando el médico lo indique.
- Si la paciente sangra por la vagina de una manera anormal en los casos siguientes:

- (1) entre una menstruación y la otra
- (2) después de tener relaciones sexuales y
- (3) después de hacerse un lavado vaginal.

- Si la menstruación dura demasiado tiempo o si el sangrado es mayor de lo normal.
- Si la paciente está en la menopausia o si se ha hecho una histerectomía, deberá continuar realizándose con regularidad.

¿CUÁNDO DEBE HACERSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU? (Instituto Nacional del Cáncer)

- Preferentemente hacia la mitad del ciclo, cuando las hormonas femeninas están en niveles altos y facilitan la lectura de la muestra.
- Debido a que la sangre de la menstruación puede modificar los resultados del examen del Papanicolaou, no es aconsejable que se practique si la mujer está en su período menstrual.
- Una mujer que ha presentado la menopausia, puede realizarse el examen del Papanicolaou en cualquier momento y debe realizarse con urgencia si ha vuelto a presentar un sangrado anormal.
- El embarazo no contraindica la práctica del examen del Papanicolaou.

INDICACIONES PARA PODER REALIZARSE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU (Instituto Nacional de Cancerología)

- No se deben tener relaciones sexuales en las 24 horas anteriores al examen.
- No administrarse ningún medicamento por vía vaginal en las últimas 24 horas.
- NO DEBEN realizarse lavados vaginales.
- NO APLICARSE jaleas, ni espumas contraceptivas, ya que éstas pueden alterar los resultados de la prueba.

¿EN DÓNDE PUEDES PRACTICARTE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

- En todos los Centros de Salud y Clínicas de seguridad social, en forma gratuita.
- Con tu médico particular.
- También puedes asistir al Instituto Nacional de Cancerología (INCan) ha realizarte el examen. El INCan se encuentra ubicado en la calle de San Fernando Núm. 22 en Tlalpan, Zona de Hospitales en la Delegación Tlalpan, al sur de la Ciudad (vías de acceso: metro Taxqueña o por San Angel).
- El examen en el INCan tiene un costo de \$27.00 (veintisiete pesos) el cual incluye:
 - examen del Papanicolaou.
 - colposcopia (observación directa del cuello de la matriz con un microscopio especial).
 - biopsia sólo si es necesario.
- El examen del Papanicolaou se lleva a cabo en el INCan de lunes a viernes a las 13.00 horas (una de la tarde) en la Clínica de Displasias del INCan. Presentarse con la Licenciada en Trabajo Social Blanca Silvia Palao Muñoz.

II. Estudiar y valorar los registros de la mortalidad causada por cáncer cérvico uterino y mamario, así como su problemática, para la determinación de las tasas de mortalidad respectivas:

III. Diseñar las estrategias para obtener estadísticas certeras y propiciar el conocimiento de las causas y factores que permitan evitar la mortalidad, y

IV. Proponer líneas de investigación en la materia para el estudio de problemas específicos en los ámbitos regional y local.

SEXTO. El Comité celebrará sesiones ordinarias cada seis meses y extraordinarias cuando así lo consideren necesario su Presidente o Vicepresidente, o bien, cuando así lo solicite cualquiera de sus miembros y sea aprobada por los primeros.

SÉPTIMO. Cuando el asunto a tratar así lo requiera, podrá invitarse a participar en las sesiones del Comité a representantes de organismos internacionales tales como: la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, o el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

ACUERDO por el que se reestructura el Centro Nacional de Displasias

JUAN RAMÓN DE LA FUENTE, Secretario de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones IV y XVI, 32, 90, fracción III, 158, 159, 160 y demás relativos de la Ley General de Salud y 5o., fracción XVII, fracciones II, VI y VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, entre otros objetivos, propone el establecimiento de mecanismos que refuercen las acciones de prevención y diagnóstico oportuno de displasias de útero.

Que el citado programa considera el diseño de una estrategia educativa que difunda conocimientos sobre prevención y autocuidado de displasias cérvico uterinas, con el propósito de incrementar la detección de lesiones iniciales y cánceres en etapas tempranas;

Que en virtud de lo anterior, y dada la necesidad de realizar acciones coordinadas en materia de capacitación y asesoría técnica para la atención y tratamiento de las displasias uterinas, ha tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO POR EL QUE SE REESTRUCTURA EL CENTRO NACIONAL DE DISPLASIAS

PRIMERO. Se reestructura el Centro Nacional de Displasias para quedar como Centro Nacional de Displasias Cérvico Uterinas, el cual tendrá como objeto integrar y coordinar los programas de capacitación y asesoría técnica para la atención y tratamiento de displasias cérvico uterinas, así como fomentar la integración de unidades de atención y tratamiento de displasias en las diferentes unidades de atención médica hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

La Secretaría de Salud promoverá, coordinará y apoyará el establecimiento de centros regionales y estatales de displasias cérvico uterinas.

SEGUNDO. El titular del Centro Nacional será designado por el Secretario de Salud, a propuesta del Comité Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario.

TERCERO. A la Secretaría de Salud, por conducto de la unidad administrativa competente, corresponderá formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y lineamientos que en materia de displasias cérvico uterinas deberán observar los centros regionales y estatales.

CUARTO. Los centros regionales y estatales tendrán por objeto:

I. Instrumentar el programa de capacitación en materia de atención y tratamiento de displasias cérvico uterinas, integrado por el Centro Nacional en coordinación con la Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud;

II. Instrumentar y desarrollar un programa de información y de educación para la salud dirigido a la población femenina en general, con el propósito de difundir la conveniencia de practicarse los exámenes correspondientes para la detección oportuna de displasias cérvico uterinas, así como las opciones de tratamiento correspondiente; y

III. Proponer al Centro Nacional de lineamientos técnicos para la organización, funcionamiento, supervisión y control de las clínicas de displasias en las unidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud.

QUINTO. El Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario propondrá los centros regionales y estatales que sea necesario establecer, así como su sede a los gobiernos de las entidades federativas.

Para el establecimiento de los centros se tomará en consideración que en la sede se cuente con el grado de desarrollo académico necesario para el mejor desarrollo de las funciones que le corresponden.

La Secretaría de Salud, por conducto de la unidad administrativa competente, apoyará a los centros regionales y estatales en la ejecución de las actividades en materia de capacitación les correspondan.

SEXTO. El Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario promoverá la colaboración entre los titulares de los centros regionales y estatales, para su mejor funcionamiento.

SÉPTIMO. Para su organización y funcionamiento los centros se sujetarán a lo que disponga el reglamento interno que al efecto se expida.

OCTAVO. Los asuntos no previstos en el presente Acuerdo serán resueltos por el Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario.