

# Diapasón

*Investigación  
social*

*Percepción  
que tienen  
las mujeres  
acerca de la  
atención  
recibida  
mediante  
los servicios  
de salud  
pública*

Ma. Guadalupe Chávez M.

## ***El interés de tratar el*** tema que

aquí me ocupa y del que surge este texto, nace de la inquietud de compartir parte de la de información generada mediante la investigación realizada sobre las percepciones que tienen las mujeres acerca del cáncer cervicouterino: los factores de riesgo, prestación de los servicios de salud y formas de autocuidado.<sup>1</sup>

En ese tenor, el principal objetivo en esta ocasión no va más allá que el de plasmar algunas reflexiones derivadas del proceso de investigación antes mencionado, limitándome esta vez, a dar a conocer la percepción que tienen las mujeres sobre la atención recibida del personal que labora en instituciones de salud pública. Dicha percepción se construyó con base en testimonios expresados por las informantes clave y que dan sentido a la experiencia vivida de las mujeres que han necesitado del servicio de salud pública. Considero que mediante este trabajo se podrá entender cómo funciona la relación establecida entre el personal médico, encargado de prestar un servicio de salud pública y las usuarias.

Para dar cuenta de lo anterior, decidí estructurar el trabajo en cuatro secciones:

En la primera presentaré antecedentes relacionados con la atención que la sociedad ha puesto en el ámbito de la salud; la segunda se centra en describir los elementos que han jugado un importante papel para la promoción de la salud, y que han permitido la reorientación de los servicios de salud; la tercera muestra la percepción que tienen las mujeres de Colima acerca de la prestación de servicios de salud. En el último apartado plasmé algunas reflexiones a manera de propuesta para mejorar el servicio de salud pública.

## 1. Atención y promoción social de la salud: a manera de contexto.

En pleno siglo XXI es innegable la relevancia que han adquirido los servicios de salud, concebidos no sólo como uno de los múltiples factores determinantes de la situación sanitaria; sin embargo, constituyen también los servicios de salud un aspecto fundamental de la política social. Basta mencionar que precisamente es el sector de la salud el que consume un importante porcentaje del PNB a nivel mundial, resultando de ello la inexistencia de equidad en lo relativo a la distribución y a uso de recursos en este sector.

Está por demás decir que todas las sugerencias y propuestas derivadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la promoción de la salud, desde Ottawa a Yakarta, no han dudado en la importancia de los servicios de atención de la salud; no obstante, aceptan que el origen de la salud reside en un componente social más profundo, que requiere una amplia estrategia de promoción sanitaria. Esto sucede a pesar de que en la actualidad (periodo en el que se introducen tecnologías nuevas y el costo de la atención de salud aumenta cada vez más), los sistemas de salud están sometidos a enormes presiones como consecuencia del envejecimiento de la población y la transformación de los perfiles epidemiológicos. Es en este periodo pues, que a nivel mundial se han incrementado las actividades de promoción de la salud, pero aún así, existen pruebas contundentes que revelan que la mayoría de las sociedades siguen sin contar con la organización y los recursos para desarrollar su potencial. Considero que una posible razón por la que la promoción de salud continúa presentando un ritmo pasivo ante el acelerado paso con el que camina la sociedad, es que muchos países han ignorado un componente esencial que consiste precisamente en realizar un esfuerzo consciente por vincular la salud de la población a cambios sociales positivos de orden económico y social.<sup>2</sup>

No se debe olvidar que existe un conocimiento renovado de que la salud, y su ausencia, son producto del resultado no solamente de factores genéticos o gérmenes patógenos, sino también de condiciones sociales y ambientales que configuran la totalidad del entorno, razón por la que es sumamente importante elevar nuestro conocimiento sobre la teoría y los principios de los factores que determinan la salud. Una estrategia para elevar nuestro conocimiento acerca de la salud puede generarse en la medida en que conozcamos qué sistema, procesos y alianzas se requieren para que funcione la estructura social; lo que liga a las personas entre sí mediante redes dedicadas a la promoción de la salud. Con ello se podrá lograr que la gente sobrelleve cambios y por ende, se aproveche el descubrimiento de que la promoción de la salud contribuye al desarrollo y viceversa: que el desarrollo puede crear condiciones para fomentar la salud. Esta aseveración se sustenta en la *Declaración de Yakarta* sobre la Promoción de la salud en el Siglo 21; se puso nuevo énfasis en el concepto de la dicha promoción; al afirmar que la salud contribuye al desarrollo económico, social y humano, y que éste debe proceder de forma que se mejoren las condiciones de salubridad.

Se debe entonces contemplar que la mayor parte de las intervenciones para promover la salud de la población deben centrarse en las necesidades o problemas de una población específica para que, con ello, las evaluaciones que se realicen en torno al problema de la promoción de la salud, contemplen las necesidades de salud, y con base en ello, tenga un resultado eficaz, el objetivo principal de la inversión a favor de la salud; es decir, que en lugar de reducir el cúmulo de necesidades, se consiga elevar el estado y los recursos de salud de cara a un futuro próspero para bien de la humanidad que aclama un mejor servicio.

Que no quepa entonces la menor duda (según estudios realizados por Bartley, 1997; Blane, 1996; Chu, 1994; Cornia, 1997 y 1995; Drese, 1989; Evans, 1994; McKeown; 1976; Milio, 1981; Mustard, 1996; Omran, 1979; Sen, 1995) de que la salud de la población viene determinada en términos generales por factores

sociales, demográficos y económicos, así como por la política social, aparte del ámbito tradicional de la medicina o de la salud pública. En este mismo tenor hay quien sostiene que a lo largo de la historia los principales avances en la salud de la población “han surgido mayormente de mejoras sociales y económicas que también promueven la salud” [Hancock, 1982: 4]; y viceversa: las poblaciones más saludables pueden contribuir de forma más productiva al desarrollo general, además de que requieren de menos servicios sociales de salud y asistencia social. Por ello la inversión en el bienestar y en la salud de la población también redundará en beneficios sociales y económicos para toda la comunidad.

La inversión, entonces, a favor de la salud, puede ser considerada desde un enfoque práctico basado en estos factores relacionados entre sí, así como en el razonamiento de que lo ideal es utilizar los recursos de forma que se logre tanto atacar las principales causas de la enfermedad, de forma plausible, efectiva y ética, como impulsar los objetivos de desarrollo económico y social.

En ese sentido, las áreas de prioridad social y económica (como la educación, el mantenimiento del ingreso, la reglamentación sobre las condiciones del lugar de trabajo, la vivienda, el transporte, la agricultura y las comunicaciones), así como las iniciativas privadas cumplen un papel muy importante sobre la salud. Considero que es aquí donde los gobiernos (al ejercer el poder que los define y caracteriza) deben tomar las decisiones más acertadas para diseñar estrategias que garanticen el mejoramiento de la salud: de no ser así, empeorarían la situación y sería la población la que pagaría las consecuencias.

Conviene señalar que de las decisiones normativas que se tomen para atender el área de la salud tanto del sector público, como del privado, dependerá el resultado final del problema; es decir, si las políticas públicas o iniciativas privadas son incorrectas, se puede dañar seriamente a la salud. El enfoque de inversión a favor de la salud garantiza medidas prácticas mediante las que se

consigue prevenir situaciones lamentables, al fomentar una economía y sociedad sólidas; con mejoras en salud fortaleceremos a la población en su sentido de equidad y desarrollo sostenible.

Considero que si desde el sector gubernamental se logran reducir las brechas de equidad, sean en salud o en cualquier otra área social y se promulgaran políticas públicas idóneas para garantizar el bienestar de la sociedad en general, el sentido de solidaridad y la configuración de nuevos pactos sociales tomaran el rumbo adecuado porque se ejercerían los principios indispensables para alcanzar la equidad tales como la solidaridad y el impulso hacia la participación comunitaria. Estos principios difícilmente son llevados a la práctica, razón por la que se genera un ambiente de insatisfacción de usuarios y proveedores de atención de salud. Comparto, en ese sentido, la idea de que los enfoques amplios y las iniciativas de salud pública están desapareciendo y la dirección de los servicios de atención médica atendidos por tecnócratas es por ahora la prioridad. En la actualidad, la evidencia de las Reformas del Sector Salud (RSS) lo que hace notar es que las inequidades están fracturando (al grado casi de romperse) el tejido social: la salud de las personas se está deteriorando rápidamente y el apoyo a los procesos de desarrollo de la Capacidad Comunitaria (CC) en el sentido que lo emplea Goodman [1998] es cada vez más difícil de conseguir.

Ante todo lo expuesto es importante que quienes legitiman las políticas de salud tomen conciencia y reflexionen acerca de la responsabilidad social que conlleva la Promoción de la Salud (PS) y que consiste en cerrar las brechas con respecto a la equidad, apoyando las redes sociales, abogando por políticas públicas saludables, y fortaleciendo la capacidad de la comunidad [Contreras y Restrepo, 1997]. Razón por la que a todos los interesados en desarrollar esta acción tienen la obligación de evaluar los nuevos modelos de reforma y determinar si en realidad están contribuyendo al fortalecimiento de la Capacidad Comunitaria y con ello poder cerrar las brechas de equidad existentes hoy en día. De ser posible, se debe entonces promulgar

por un cambio social (aunque en la actualidad está influenciado por la globalización) que garantice la configuración de nuevos escenarios, de nuevas alternativas de hacer y pensar la salud, de formas emergentes de ver el mundo y la vida, donde quepamos todos, donde los acercamientos de Freire [1973, 1977] tengan cabida para levantar la conciencia política en los pobres a través de la apropiación de sus propios valores y autonomías; es decir, de abajo hacia arriba, y con ello se pueda complementar la visión radical de la promoción de la Salud ejercida en la sociedad actual. En ese sentido, es urgente el desarrollo de una política pública saludable que circule en dos sentidos: de arriba hacia abajo y de la base hacia arriba para poder asegurar los compromisos políticos dirigidos a brindar la atención de las necesidades prioritarias de la comunidad que, entre otras cosas, requiere de estrategias para construir relaciones entre personas, grupos, comunidades y naciones comprometidas en la búsqueda de soluciones que eliminen las inequidades existentes en el escenario global del mundo complejo que nos tocó vivir.

## 2. La promoción de la salud y la reorientación de los servicios: antecedentes de los elementos que le han dado impulso

Sin duda alguna, la *Carta de Ottawa* ha sido un factor importante para la promoción de la salud y la reorientación de los servicios de salubridad. Entre sus principales elementos figuran:

\* La responsabilidad compartida entre las personas, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones de servicios de salud y gobiernos de trabajar mancomunadamente para crear un sistema asistencial que contribuya a la promoción de la salud.

\* El movimiento del sector en dirección a la promoción de la salud, más allá de los servicios clínicos curativos.

\* La necesidad de que los servicios de salud adopten un mandato ampliado que sea sensible y respete las necesidades culturales.

\* Una mayor atención sobre las investigaciones sobre la salud y la formación teórica y práctica de profesionales para propiciar cambios en la organización de los servicios de salud a fin de reorientarlos hacia la totalidad de las necesidades de la persona.

Es innegable que aunque los elementos antes mencionados dieron impulso a la agenda de Ottawa, todavía se requiere ponerlos en práctica de manera constante para que resulten ser verdaderamente útiles en la organización de sistemas de salud y en la prestación de servicios sanitarios. Es durante los últimos veinte años cuando se ha logrado un esfuerzo generalizado para introducir cambios en la organización y financiamiento de los sistemas de salud. Estos cambios, mejor conocidos como reformas del sector de la salud requieren de un análisis detallado del comportamiento de lo que serían los principios orientadores de las reformas del sector salud, en donde se sitúan: la equidad, la eficacia y la calidad, así como la participación social, y las categorías, eficiencia y la sostenibilidad financiera.

Dicho lo anterior, me detendré a dar una breve explicación de lo que engloba cada uno de los principios antes referidos.

*Equidad:* En esta categoría de análisis cabe señalar que sólo algunas reformas del sector salud parecen estar contribuyendo, lentamente, a la reducción de las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, aunque existen dificultades para medir esta dimensión de las reformas. En la mayoría de los países no se está contribuyendo a la reducción de las disparidades en la distribución de los recursos.

*Eficacia y calidad:* En este aspecto es muy poco lo que se ha avanzado, ya que no existe una mejora de la eficacia global del sistema ni se cumplen los aspectos normativos de la calidad de la atención o la satisfacción del usuario con la calidad.

*Eficiencia:* Los análisis realizados en este rubro reportan que se ha avanzado más en la productividad y el desarrollo de

métodos de adquisiciones que en la reorientación de la asignación de recursos. Por ejemplo, no ha habido cambios importantes en la asignación de recursos para abordar problemas con grandes externalidades o para aumentar el grado de protección social en el campo de la salud.

*Sostenibilidad:* En este campo se está tratando de ceñir a los ingresos del sistema, pero muy pocos países están aumentando la generación de recursos a mediano o largo plazo para ampliar o mantener el nivel actual de prestación de servicios.

*Participación social:* En este rubro existen indicios de una mayor receptividad de los gobiernos como resultados de los planes de reformas del sector de la salud. En resumen, las motivaciones que impulsan las reformas se han centrado, hasta ahora, en factores económicos; las consideraciones de equidad y las preocupaciones de salud pública han quedado relegadas a un plano secundario. La calidad de la atención y, más concretamente, el modelo de atención, han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

En este contexto se encuadra la reorientación de sistemas de servicios sanitarios con criterios de promoción de la salud. En los debates sobre el futuro de las reformas del sector en todo el mundo se debe promover activamente un marco convenido para impulsar cambios en esta dirección. Con la finalidad de conocer con base en el testimonio de un grupo de mujeres, cuál es la percepción que se tiene acerca de la calidad de la prestación de servicios, así como la atención que se le brinda a los usuarios de la salud pública, es que se haya decidido abordar esta problemática en el apartado siguiente, no sin antes mencionar que aunque tal vez sea conveniente vincular la mayor cantidad posible de medidas de promoción de la salud a los servicios sanitarios, como dar mayor relieve a la promoción de la salud ante los ojos de la población, esta medida podría presentar también desventajas, como la medicación excesiva o la introducción de las relaciones excesivamente jerárquicas en el proceso de comunicación. Para cerrar este apartado sólo resta enfatizar que, idealmente, todo esfuerzo importante

para inducir cambios en el sistema de salud debería fortalecer las principales funciones de la salud pública, las que están a cargo de las autoridades sanitarias de cada país, paralelamente a los esfuerzos generales para redefinir la función rectora de las autoridades sanitarias. En muchos países se está trabajando para que las funciones de la salud pública sean más explícitas, se creen métodos e instrumentos para dar seguimiento al desempeño de dichas funciones y se usen estos elementos para mejorar la práctica de la salud pública al tiempo que se rehabilita la infraestructura de salud pública.

### 3. Percepción de las mujeres acerca del servicio de salud pública

La percepción como categoría conceptual es entendida en este trabajo, como la capacidad cognitiva incorporada en la mente del sujeto (para efectos de este trabajo, específicamente de la mujer) provenientes del sistema que ésta posea para configurar su mundo y darle sentido a las acciones realizadas en su vida cotidiana.

En este sentido, este concepto permite hacer una lectura de las formas en que un grupo de mujeres evalúan el servicio de la salud pública que han recibido en su experiencia de vida. La percepción entonces, como categoría teórica es, en esta propuesta específica útil para analizar y clasificar la información generada del mundo exterior y del interior que hacen que el ser humano (las mujeres) le atribuya un sentido cognitivo a la realidad social a la que se enfrenta al momento de solicitar un servicio de salud pública.

De esta manera, en este análisis, la percepción resulta ser una categoría “macro” que se encuentra vinculada con un cúmulo de “micro” categorías como los son: comunicación, imaginario social, lingüística, ciencia cognitiva, representaciones sociales,

mentalidades, filosofía, sistemas sensoriales, psicología cognitiva, lenguaje, sociología, fenomenología e interacción.

No obstante que el término percepción haya sido utilizado en el mundo hispanoamericano para señalar precisamente la representación mental captada por los sentidos, las ideas, los conocimientos y las sensaciones internas. En esta propuesta, “percibir”, tiene un acepción sensorial; esta es la razón por la que percibir significa interpretar significados: la representación mental de lo captado por los sentidos en la cotidianidad de un grupo social de mujeres constituye una veta de investigación importante hoy en el mundo académico universitario.

A través de las conversaciones colectivas sostenidas con el grupo de mujeres participantes (entre enero y diciembre de 2003 en la ciudad de Colima, México), se pudieron conocer percepciones acerca de: a) la prestación de servicios de salud; b) el cómo llenar las brechas en la serie ininterrumpida de la atención de la salud; c) la manera de incorporar el fomento de los principios de la promoción de la salud en los modelos de gestión de servicios sanitarios; d) la manera de cómo prestar atención a las necesidades y expectativas de determinados subgrupos de la sociedad, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad, así como otros factores determinantes de índole religiosa, ética y cultural; e) el cómo fomentar la participación individual en la adopción de decisiones bien fundadas sobre la propia salud y la de los integrantes de la familia; f) algunas estrategias para la prestación de servicios de salud; g) la forma de mejorar la capacidad de respuesta y la tecnología de la atención de salud como condición para afianzar la legitimidad social de los servicios de salud desde el punto de vista de población; h) el mecanismo para fortalecer el componente de promoción de la salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la capacitación continua de los profesionales de la salud; i) la situación que presenta la organización del tiempo destinado a brindar el servicio de salud; y j) la estrategia para mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, así como

entre los servicios de salud y las comunidades, a fin de aumentar la eficacia y la utilidad de las acciones.

Con respecto al inciso a, y con base en la información generada por las participantes en la sesión se concluyó que: a fin de cambiar el modelo de atención que se aplica en los servicios de salud y en las comunidades, hay que abordar innumerables situaciones institucionales según el tipo de sistema de salud. Puede consistir en la transformación de modelos gerenciales en el nivel de las autoridades sanitarias locales, los planes de seguro (sean de seguridad social o del sector privado con o sin fines de lucro) y, por último los establecimientos de salud.

Con relación al inciso b, se conversó sobre la idea de que la salud, más que la enfermedad, constituya el paradigma predominante que inspire la creación e implantación del modelo de atención de la salud. Eso no implica que los especialistas deban cambiar su campo de especialización, sino que existen oportunidades para promover la salud en toda la serie ininterrumpida de la atención.

Sobre el inciso c, se dedujo que, del mismo modo que se necesitan estrategias de promoción y comunicación social en el nivel del sistema, los prestadores de servicios de salud también deben asumir la responsabilidad de su función a nivel medio y micro. Esta función de liderazgo requiere una posición activa con respecto a la reorganización de los servicios de salud así como la colaboración con la comunidad y otros sectores de servicios, como la educación. A nivel de redes, requiere una reconceptualización de cada establecimiento de salud, sea privado o público, como parte de un sistema, a diferencia de considerar cada establecimiento como una entidad independiente que compite por recursos estatales o clientes que pagan.

Del inciso d, se dijo que, uno de los límites que se mencionan con frecuencia en el modelo predominante de atención de salud es que se centra en las fallas fisiológicas, sin tener en cuenta el contexto social y cultural de la enfermedad y la salud. Aunque este problema constituye el meollo del paradigma médico y, por lo

tanto, no es fácil de modificar, es importante tener en cuenta, como el objetivo a largo plazo, la necesidad de sensibilizar a los proveedores con respecto a las múltiples interpretaciones de la salud y la enfermedad que existen en un grupo determinado, tanto desde el punto de vista de los conceptos culturales, como en lo que concierne a la situación material y afectiva de la vida cotidiana de ciertos grupos sociales. Idealmente, el personal de salud debería, no sólo comprender y respetar distintas experiencias y ópticas del mundo, sino también organizar acciones apropiadas de prevención, tratamiento y promoción de la salud.

Del inciso e, se extrajo que, por la estrecha relación establecida entre la participación individual y comunitaria en las decisiones sobre su propia salud y enfermedad. La determinación unilateral del problema y su prevención o tratamiento también están profundamente arraigados en la cultura de la medicina moderna. Un cambio en este sentido implica un cambio en los valores culturales y, por supuesto, de la distribución del poder, no sólo en los encuentros individuales entre los médicos y pacientes sino también en comunidades y servicios de salud, y en términos más generales, entre ciudadanos y las autoridades responsables de la política de salud.

En lo que toca al inciso f, se mencionó que la reorientación de los servicios de salud para realizar una tarea eficaz de promoción de la salud a nivel tanto individual como comunitario, requiere de un modelo de atención completamente definido que garantice la promoción de la salud como prioridad y coordine la acción en el campo de la salud. Este modelo debería abarcar el modelo de apoyo estructural (organización de la red de atención y diagramas de flujo en la red), el modelo normativo (directrices para el manejo de la salud) y el modelo de comunicación entre proveedores y pacientes, así como entre servicios de salud y comunidades.

Acerca del inciso g, se habló de que una firme orientación a la promoción de la salud no disminuye en medida alguna la responsabilidad, de los servicios de salud, de responder a la demanda de servicios curativos. Asimismo, en la medida en que el

componente curativo de la atención se considere adecuado, la promoción de la salud también tendrá legitimidad.

Sobre el inciso h, se expresó que la promoción de la salud abarca la atención tanto individual (atención clínica) como comunitaria. La gama de acciones comunitarias de promoción de la salud que realizan los servicios de salud varía enormemente, ya que otros sectores también asumen la responsabilidad en la promoción de la salud. También se comentó que la gestión y organización de los servicios de salud son fundamentales para propiciar o trabar los cambios en las prácticas del personal de salud.

En la mesa se trataron aspectos tales como la satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud, del entorno adecuado, la posibilidad de avanzar en la carrera, la percepción de la importancia de la función desempeñada, sistemas de apoyo en la gestión clínica y administrativa local, capacidad real de respuesta, y la validación en presencia del usuario.

Sobre la organización del tiempo tema tratado en el inciso i, se dijo que es un factor fundamental para la gestión. El tipo de atención brindada al paciente es por orden de llegada. La espera es prolongada, en tanto que la consulta es relativamente corta, cuando mucho, dura de dos a tres minutos; razón por la que no causa sorpresa que el personal de salud considere que la demanda de atención curativa compite con la tarea de promoción de la salud durante la consulta y a veces la impide.

Con relación al inciso j, se llegó a la conclusión de que las formas de comunicación existentes entre el prestador del servicio de salud y el público usuario, no son las óptimas, en el sentido del descuido existente en el proceso comunicativo.

Se olvida que la comunicación abarca el respeto de los pacientes y la formación de alianzas para compartir las decisiones entre pacientes y proveedores, así como entre comunidades y servicios de salud.

Cabe reflexionar que en la interacción cara a cara entre proveedores y usuarios influye no sólo la actitud personal, sino también valores sociales profundamente arraigados que se

atribuyen al ejercicio de la medicina. En este sentido, la comunicación se guía por ideas intersubjetivas sobre la forma en que médicos, enfermeras, ayudantes administrativos y determinados grupos de pacientes, deben actuar en el contexto de una cultura determinada y en un momento dado de la historia.

Considero que el objetivo de los servicios de salud debe construir formas de comunicación basadas en negociaciones colegiadas (bilaterales y no unilaterales). Un aspecto fundamental que los proveedores deben considerar, es el diálogo como parte importante de la consulta médica. No deben limitarse a proporcionar información, sino que deben aprender a escuchar, a respetar otras opiniones y a promover la independencia de los pacientes con respecto a las decisiones relativas a la salud y la atención de salud.

Una de las ironías del modelo dominante de comunicación en el contexto de la promoción de la salud es que no sólo es ineficaz para producir los cambios deseados en el comportamiento de los pacientes, sino que también es perjudicial para el personal de salud.

Cambiar la forma de comunicación es una tarea compleja para la cual no existe una receta que solucione este problema cada vez más frecuente en la sociedad.

Considero que se debe pensar en conseguir un cambio adecuado que parta de una premisa básica y que consiste en pensar que, para aumentar la conciencia de proveedores y sensibilizarlos con respecto al mundo de los usuarios y su percepción de lo que necesitan con respecto a la salud, hay que considerar, sin duda alguna, las propias necesidades de los proveedores. Por lo anterior, lo primero que se debe de hacer antes de iniciar una tarea de promoción de salud es comprender y respetar el contexto cultural y la percepción de la información que necesita una comunidad que acude a que se le brinde el servicio de salud pública. De no ser así, la falta de información constituiría una de las barreras que obstaculizan los cambios en el comportamiento de los usuarios y, por ende, el pago de las consecuencias y costos sociales resultan ser muy altos.

## Consideraciones finales

### A manera de propuesta

Este texto ha revisado la problemática que presenta la promoción de la salud pública, así como el tipo de servicios que brinda a la comunidad, todo ello con base en un arduo trabajo de investigación teórica y empírica. Mucho de las reflexiones aquí plasmadas se derivan también del análisis hecho a los testimonios de mujeres informantes.

Mediante esta propuesta se pudo entender que la promoción de la salud no es una acción exclusiva de algún sector en particular, sino que debe ser considerada y percibida como una responsabilidad social, que debe importarnos a todos los que habitamos este planeta; en ese tenor, considero que todos los sectores son responsables de mejorar la salud y el bienestar de la población; es decir, las acciones y políticas que contribuyan a esa meta deberían ser reconocidas y hacerse visibles por el sector de la salud.

La responsabilidad de todo gobierno debe consistir en pregonar una filosofía orientada a las personas y con ello conseguir un objetivo fundamental que consiste en brindar un servicio de salud pública eficiente, es decir, conseguir dar una excelente "Salud Para Todos" (SPT); los trabajadores de salud pública tienen la obligación de rechazar cualquier distorsión de ésta SPT que disminuya su verdadero propósito e intención. En este personal de servicios recae la obligación de vigilar el impacto de sus políticas y programas. Los ciudadanos (usuarios) deben comprometerse a exigir el desarrollo de procesos democráticos, hacer oír sus voces y exigir que se tomen en cuenta sus opiniones. En el mundo contemporáneo donde los gobiernos se están debilitando debido al crecimiento del poder de grandes corporaciones, la participación democrática genuina es el único medio que tienen las personas para defender las oportunidades de vida justa. La solidaridad, el

respeto por la diversidad, y la confianza entre los individuos y comunidades, son parte de los cimientos para construir sociedades pacíficas y equitativas.

Las comunidades locales en un mundo globalizado necesitan hoy, más que nunca, el apoyo de las agencias de desarrollo. Los proyectos de promoción de salud a nivel local, como los de ciudades y municipios saludables se encuentran entre aquellos que han mostrado el potencial más grande para el desarrollo de la salud y deben recibir el estímulo y apoyo continuos de fuentes públicas y privadas.

Dado el deterioro que presentan las políticas y programas de salud pública, es un asunto urgente el evaluar las Reformas del Sector Salud, ya que éstas, en vez de contribuir de forma eficiente a la equidad en la salud, la están agravando.

No se debe olvidar que la mayor parte de las intervenciones que se hagan para promover la salud en la población deben centrarse en las necesidades o problemas de una población determinada; sin embargo, si bien las evaluaciones tienen en cuenta las necesidades de salud, el objetivo principal de la inversión a favor de la salud no es la reducción de tales necesidades, sino elevar el estado de salud y los recursos de salud de cara al futuro. Para que los principios de la inversión a favor de la salud sean aplicables de forma idónea, hay que cambiar los enfoques tradicionales de formulación de políticas. Se requieren de nuevos compromisos y destrezas para trabajar dentro y, lo que es más importante, fuera del sector sanitario, así como una nueva capacidad de análisis y evaluación normativa. Para que todo lo anteriormente expresado en este trabajo tenga un fin óptimo a favor de la mejora en la salud pública, requiere, sin duda alguna, que sucedan cambios esenciales en el sector salud y en la sociedad en general; por ejemplo, considero que en primera instancia hay que dar prioridad política a la salud, es decir, la salud no puede seguir considerándose como algo que corresponde únicamente a los doctores, enfermeras, sus pacientes y el Ministerio de Salud. Los encargados de legitimar las leyes en nuestro país, los gobernantes,

tienen que comprender mejor los factores que conducen a la buena salud y a la enfermedad, así como la forma de lidiar con ellos. En segundo término, el sector salud, tiene que rendir cuentas claras a la sociedad respecto a las mejoras de salud. Asimismo, deberá de difundir un conocimiento público de lo que constituye la salud y cómo puede promoverse y preservarse entre la población. 

## NOTAS

---

- <sup>1</sup> Ponencia presentada en el III Coloquio Nacional de la red de estudios de género del Pacífico Mexicano “La perspectiva de género y su incidencia en la Región, efectuado el 18 y 19 de marzo de 2005 en la Universidad de Colima.

El título original del proyecto fue: *Descripción e interpretación de las percepciones que tienen las mujeres de Colima y Antioquia acerca del cáncer cervicouterino: los factores de riesgo, la prestación de servicios de salud y formas de autocuidado*; fue escrito y ejecutado en colaboración de la Dra. Lucía Estella Tamayo Acevedo, profesora-investigadora de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Dicho proyecto pudo ser posible gracias al financiamiento otorgado durante enero de 2003 a enero de 2004 por el Fondo Ramón Álvarez Buylla de Aldana (FRABA) de la Universidad de Colima.

- <sup>2</sup> Entiéndase este término como lo emplean Naidoo y Wills (1998); es decir, como “promoción de salud radical”, en el sentido de reconocimiento de la importancia del entorno socioeconómico como un factor determinante de la salud. “Su enfoque está en la política a nivel de ambiente, y el objetivo es provocar los cambios en los ambientes físicos, sociales y económicos para tener el efecto de promover la salud” (1998: 90).

- <sup>3</sup> Entendida según Kandt y Tasca (1993) como “oportunidades de vida”. Este concepto se basa en experiencias urbanas del Brasil. Es un enfoque socioecológico que toma en cuenta las necesidades de diferentes grupos sociales, que no son las necesidades específicas de salud en términos de servicios y riesgos de enfermedades. Esta noción particular tiene profundas implicaciones en países en desarrollo donde a los grupos que padecen toda clase de exclusión social les es negado el derecho a contar con condiciones mínimas para sobrevivir.

En este trabajo, el concepto de inequidad o falta de equidad social se usa para referir a la insuficiencia o falta de ingreso, y/o de vivienda, alimentos, servicios sociales, educación, seguridad, recreación, distribución de poder, etcétera, que determinan los niveles de salud y de bienestar de una población. Aclaro que inequidad no es sinónimo de desigualdad, ya que las desigualdades no siempre muestran

las profundas inequidades y exclusiones de los diferentes grupos de la sociedad; desigualdad es disparidad pero no tiene las implicaciones éticas y morales que tiene la inequidad.

### Referencias bibliográficas

- BARTLEY, M, Blane, D. and Montgomery, S. 1999. "Socioeconomic determinants of Health; Health and de life course: why safety nets matter". *British medical journal*, 314.
- BLANE, D, Brenner, E. and Wilkinson, R.G. 1996. *Health and social orgatitation- towards a health policy for the 21st century*. London: Routledge.
- CONTRERAS, A. Restrepo, H. 1997. "El reto de la promoción de la salud con equidad en el proceso de desarrollo de América Latina". *Revisiones en Salud Pública*: 5. Masson S.A. España.
- CORINA, G.A. 1997. "Labour market Shocks, psychosocial stress and the transitions mortality crisis". Research in progress. October, Helsinki: United Nations University, Wider
- and Paniccia, R. 1995. *The Demographic impact of sudden impoverishment: Eastern Europe during the 1989-94 transition*. Florence: Unicef, International Child Development Centre
- CHU, C. 1994. "Integrating health and evironment: the key to an ecological public health" in: C. Chu and R. Simpson (eds). *Ecological public health: from vision to practice*. Queensland, Australia: Watson Ferguson & Company.

- DRESZE, J. and Sen, A. 1989. *Hunger and public action*. Oxford: Oxford University Press.
- EVANS, R.G. Barcer, M.L. and Marmot, T.R. (Eds). 1994. *Why are Some people Healthy and Others Not?* New York: Aldine De Gruyter.
- FREIRE, Paulo. 1973. *Education for Critical Consciousness*. Seabury Press. New York.
- 1977. *Pedagogía del oprimido*. 16 edición. Siglo X X I , editores, Colombia.
- GOODMAN, R.M. Speers, M.A. et,al. 1998. "Identyfing and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement". *HEALTH education & behavior*:25.
- HANCOCK, T. 1982. "Beyond Health Care: Creating a Healthy Future". *The Futurist*, August.
- KADT, E., Tasca, R. 1993. "Promover la equidad, un nuevo enfoque desde el Sector Salud". OPS/OMS Programas de políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo. Washington, D.C.
- MCKEOWN, T. 1976. *The Role of Medicine: Dream Mirage or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- MILIO, N. 1981. *Promoting Health Through Public Policy*. Philadelphia: F.A. Davis.
- MUSTARD, J.F. 1996. "Heath and Social Organization" In: *Health and Social Capital*. London: Routledge.
- NAIDOO, J. Wills, J. 1998. "Models and Approaches to Health Promotion", Section 1,5, In: *Health Promotion Foundations for Practice*. Bailliére Tindal. London Philadelphia Toronto Sydney Tokyo.

Chávez, M. M. G. 2007. "Percepción que tienen las mujeres acerca de la atención recibida mediante los servicios de salud pública". *Interpretextos*. 1(1): 119-140

- OMRAN, A.R. 1979. "Changing Patterns of Health and Disease during the Process of National Development" In G.I. Albrecht and P.C. Higgins (Eds) *Health, Illnes and Medicine: A Reader in Medical Sociology*. Chicago: Rand McNally, College Publishing Company.
- SEN, A. 1995. *Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure*. Florence; Istituto degli Innocenti.

Ma. Guadalupe Chávez Méndez. Doctora en ciencias sociales. Profesora investigadora de la Universidad de Colima y Directora de la Facultad de Letras y Comunicación. [gchavez@cgic.ucol.mx](mailto:gchavez@cgic.ucol.mx). (Recepción: 10-10-06. Aceptación: 20-03-07)