

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER EN CHILE: RELACION ENTRE LO TEORICO Y LO EMPIRICO EN LA COMUNA DE CONCEPCION

WOMEN'S HEALTH PROGRAM: THEORETICAL AND EMPIRICAL RELATION, CONCEPCION, CHILE

SANDRA VALENZUELA S.*, TATIANA PARAVIC K.**,
OLIVIA SANHUEZA A.*, JASNA STIEPOVIC B.**

RESUMEN

Investigación descriptiva que analiza el enfoque integral del Programa de Salud de la Mujer en Chile y su implementación en el nivel de atención primaria desde la perspectiva de las usuarias, permitiendo conocer las barreras y/o dificultades así como las correspondencias entre lo teórico y empírico del programa. Fue importante también para las investigadoras conocer la interacción entre los agentes de salud y las mujeres consultantes, entre otros aspectos.

La información fue recolectada a través de una encuesta "Percepción de salud integral de la mujer", realizada por las autoras en una muestra aleatoria simple de 190 mujeres. Se observó un gran desconocimiento por parte de las usuarias de las actividades de salud a que tienen acceso, observándose un importante porcentaje de insatisfacción con la atención recibida. Permitió conocer necesidades no satisfechas en la mujer y que ellas perciben como importantes.

Se entregan estrategias que apuntan a dar respuesta a necesidades sentidas por las mujeres.

El Programa de Salud de la Mujer, a nivel comunal, continúa centrado en la morbilidad gineco-obstétrica con una visión limitada de los problemas que realmente afectan a la mujer.

Palabras claves: Perspectiva de mujeres, Acceso a la salud, Programa de salud de la mujer, Percepción de salud.

ABSTRACT

Using a women's perspective, this descriptive research aimed at analyzing the approach of the Women's Health Program and its implementation at the primary level of the Chilean Health Care System. The purpose of this study was to know the barriers and hardships as well as the degree of coherence between the program's theoretical guidelines and its actual activities. It was also important for the researchers to know the interaction between the health agents and the consultants women.

The information was collected through a survey "Integral Perception of women's health", made by the authors. The sample was a simple random of 190 women. Great ignorance was observed by the users about the health activities that they have access. Having also observed an important percentage of dissatisfaction about the received attention. Needs that were not met and perceived as important ones by the womens surveyed, were discovered.

The Women's Health Program at communal level is still centered in the gineco-obstetrics morbidity with a narrow vision of the problems that really affects the woman.

Keywords: Women's perspective, Health's access, Women's health program, Health's perception.

*Profesoras Asociadas, Doctoras en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

**Profesoras Titulares, Doctoras en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile

INTRODUCCION

La convicción de que el derecho a la salud es un derecho humano, digno de reconocimiento jurídico, ya sea en el plano nacional o en el internacional, se encuentra estrechamente vinculada a la idea de que todo ser humano posee derechos fundamentales, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y que es deber de todos los gobiernos promover el goce de los mismos.

En nuestro país se han delineado grandes criterios orientadores de la política social gubernamental, éstos son:

- Mayor equidad.
- Mayor eficiencia social.
- Mayor participación social.
- Respeto por la dignidad de las personas.
- Solidaridad.

Para la debida aplicación de estos criterios, la organización de los servicios de salud debe cumplir con los postulados de Atención Integral de Salud, entendida como *"la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige a las personas consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a una familia y a una comunidad y que están en permanente interacción con su medio físico, social y cultural"* (MINISTERIO DE SALUD, 1993).

En Chile, el sistema de salud está formado por dos subsistemas: el público y el privado. El primero atiende alrededor de un 70% de la población. El Ministerio de Salud es la instancia máxima en el ámbito nacional, responsable de la formulación de políticas, estrategias, planes, programas y normas técnicas y administrativas de salud, que se orientan a dar cumplimiento al ejercicio pleno por parte de toda la población del derecho constitucional a la salud. La Subsecretaría del Ministerio coordina la ejecución de los programas de salud del subsector público, que es realizada por 29 Servicios de Salud (SS) descentralizados que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). El nivel primario está conformado por postas,

consultorios y estaciones médico rurales, que dependen administrativamente de los 335 municipios del país. Los niveles secundario y terciario, representados por hospitales y consultorios de especialidad, son dependencia directa del sector salud a través de las Direcciones de Servicios. La política de salud chilena prioriza la participación de la comunidad organizada y es heredera de una tradición importante de trabajo comunitario que costó muchos años constituir.

Los servicios se reparten en las 13 regiones de la división político administrativa del país. Los servicios de salud dan atención preventiva y curativa a las personas, familias y comunidades, según residencia, y se ocupan de actividades sobre el ambiente. Tienen responsabilidad directa por el 100% de la población chilena respecto de las actividades preventivas y por aproximadamente el 70% referentes a las actividades de recuperación y rehabilitación.

Al sector salud le corresponde la responsabilidad de velar por la salud de la población y liderar las acciones, especialmente de fomento, protección y prevención.

La formulación de programas de salud tiene como propósito fundamental el definir y delimitar las actividades en cantidad y calidad que son necesarias de realizar para mejorar y solucionar las necesidades de salud de la población.

Los criterios orientadores que han motivado esta investigación exploratoria de tipo descriptivo analítica fueron especialmente los de "equidad y respeto por la dignidad de las personas", entendiendo por *equidad en salud* "asegurar a toda la población igualdad de oportunidades para dar satisfacción a las demandas de atención en salud a través de todas las áreas de la prevención, tanto primaria, secundaria y terciaria". Relacionado con esta concepción la "equidad de género" para las investigadoras se tornará en uno de los focos de discusión, entendiendo el concepto de *género* como una "red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que a través de un proceso de construcción social, diferen-

cia a los hombres de las mujeres" (OPS/OMS, 1993).

La perspectiva de género en salud es un abordaje más integral, que permite la comprensión entre lo biológico y el medio social, que se expresa en situaciones de ventajas y desventajas de las mujeres frente a los hombres, desigualdad en términos de probabilidades de gozar de salud.

Existen diversas investigaciones que demuestran los prejuicios sexuales, afirman y refuerzan la condición de desigualdad de la mujer dentro de la sociedad, comprendiéndose la discriminación de que es objeto y víctima la mujer (ESTRADA & GODOY, 1996).

Si hacemos historia, en las décadas recientes, la vida de las mujeres latinoamericanas ha experimentado profundas transformaciones. Estas se expresan en el aumento de la esperanza de vida, la reducción del número promedio de hijos, el mayor nivel educacional y disminución del analfabetismo, su creciente incorporación y permanencia en el mercado de trabajo, el mejoramiento de indicadores de salud, la utilización de anticonceptivos y el aumento de la jefatura de hogar femenina, entre otras (Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer y FLACSO, 1995).

En América Latina, la llamada "modernización" ha sido vivida en forma desigual. Las crisis económicas de las últimas décadas, especialmente la de los años ochenta, causaron estragos en los diferentes países. Los gobiernos reaccionaron poniendo en práctica sistemas de ajuste económico que acentuaron las diferencias entre ricos y pobres y obligaron a buscar nuevas formas de sobrevivencia, en las que se involucraron, mayoritariamente, las mujeres.

En este contexto latinoamericano, permanecen la desigualdad, la discriminación, la invisibilidad y la desvalorización del aporte de las mujeres al quehacer social. El aporte que realizan las mujeres al desarrollo económico y en distintos ámbitos, no se refleja en su participación en las esferas de poder, aun cuando es posible observar un discreto y sostenido incremento. Esta condición empeora

conforme se desciende en la escala socioeconómica y también en el caso de las indígenas (BENDINI & BONACCORSI, 1998).

A este aporte invisible se debe sumar aquel que se asocia con un importante rol de la mujer como agente de salud, tanto para su familia como para la sociedad. Es ella quien toma decisiones relacionadas con el cuidado de salud de los integrantes de su grupo familiar. La mujer es quien, como modelo, va formando las conductas de sus hijos, las que repercutirán en el estilo de vida que ellos elijan. Sin embargo, pareciera ser que, pese a su rol de cuidadora, la mujer descuida su propio bienestar, postergándose a sí misma por el bien de otros. La visión de la salud de la mujer generalmente ha sido abordada desde una perspectiva reproductiva, por lo tanto limitada, y dejando de lado una visión integradora donde se consideren su multiplicidad de roles y su ciclo vital (MIDEPLAN, 1998).

En nuestro país, el Ministerio de Salud, a través de sus políticas y objetivos vigentes, implementa el año 1995 el "PROGRAMA DE SALUD DE MUJER" donde se realiza un primer intento por reflejar una perspectiva de género en las actividades propuestas. Sin embargo, en el planteamiento de este programa se reconoce que fue formulado como una continuidad del Programa de Salud Materna y Perinatal (MINSAL, 1995). La motivación de incorporar este programa se fundamentaba en los cambios observados en la realidad demográfica, socioeconómica y de salud de la mujer en las últimas décadas (aumento de la expectativa de vida, desplazamiento de la mortalidad de la mujer a grupos de mayor edad y su participación creciente en el mercado laboral), determinando nuevas problemáticas de salud que debían enfrentarse, sin que ello significara "descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo". El desafío era asumir la atención integral de la mujer y no sólo como madre, integrando un enfoque de género en las actividades programáticas y la participación activa de las usuarias. Sin embargo, la salud integral de la mujer continuó

estando rezagada, por esto, reconociendo que este programa se centraba principalmente en actividades materno-infantiles, se hizo necesario su revisión y durante el año 1997 se presenta un nuevo programa, vigente al momento actual.

El Programa actual de Salud de la Mujer en Chile intenta entregar una visión integral incluyendo las siguientes actividades:

- Control pre-concepcional.
- Control prenatal.
- Control desarrollo sicoafectivo del feto y preparación para el parto y post-parto.
- Control de puerperio.
- Control de salud del RN.
- Consulta lactancia materna.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control de regulación de fecundidad.
- Control ginecológico preventivo.
- Consulta de morbilidad obstétrica.
- Consulta de morbilidad ginecológica.
- Control de climaterio.
- Consulta por enfermedad de transmisión sexual VIH/SIDA.
- Actividades de salud mental.
- Consulta nutricional en el proceso reproductivo.
- Consulta nutricional para la mujer no gestante.
- Consulta nutricional grupal.
- Entrega de complemento nutricional.
- Consulta social.
- Visita domiciliaria.
- Educación para la salud.
- Promoción de la salud.
- Trabajo comunitario.
- Salud bucodental.
- Salud ocupacional.

Motivadas por antecedentes empíricos que desde hace algunos años demuestran que la perspectiva de género en el campo de la salud ha experimentado un desarrollo débil y que la relación "género y salud" permanece aún desconocida e invisible para los actores del escenario actual de salud en Chile y con la intención de explorar en qué me-

didada la salud de la mujer está siendo abordada en el ámbito local, es que las autoras de esta investigación se interesaron por cumplir los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Analizar críticamente el enfoque integral del Programa de Salud de la Mujer y su implementación en el nivel de atención primaria, desde la perspectiva de las usuarias, Comuna de Concepción y,
- Proponer estrategias de optimización frente a las problemáticas encontradas.

Objetivos específicos:

- Conocer las correspondencias existentes entre lo teórico y empírico del programa de Salud de la Mujer.
- Identificar las barreras y/o dificultades y fortalezas percibidas por las usuarias.
- Conocer la percepción de la usuaria frente a su proceso de interacción con los agentes de salud.

MATERIAL Y METODO

Universo y muestra:

Mujeres adscritas a los diferentes consultorios del sistema municipalizado de atención primaria de salud, de la comuna de Concepción.

Estos consultorios fueron: O'Higgins; Costanera; Lorenzo Arenas; Pedro de Valdivia y Tucapel.

La población femenina asignada de 15 y más años en los consultorios estudiados al 30 de junio del 2000, Servicio de Salud, Concepción:

- O'Higgins: 12.746 hab.
- Costanera: 3.084 hab.
- Lorenzo Arenas: 7.868 hab.
- Pedro de Valdivia: 3.553 hab.
- Tucapel: 11.638 hab.

Se realizó un muestreo aleatorio simple de mujeres mayores de 15 años que acudieron a los consultorios de la comuna de Concepción, Chile, durante cuatro días. Se realizó entrevista con los directores de los consultorios, anteriormente señalados y con las matronas encargadas, con el objetivo de conocer las actividades que se estaban realizando en el Programa de Salud de la Mujer y las problemáticas de salud de mayor prevalencia que las afectaban.

Fueron un total de 190 mujeres encuestadas durante los horarios de mayor flujo de consulta, según los directivos de los consultorios señalados.

Por ser éste un estudio exploratorio, se trabajó sólo con las unidades muestrales anteriormente descritas, proyectándose una futura investigación con una muestra mayor en la misma región.

Instrumento

El instrumento recolector de datos fue diseñado por las autoras, titulado "*Encuesta de percepción de salud integral de la mujer*"

Incluye preguntas abiertas y cerradas, orientadas a la obtención de datos descriptivos, además de escalas de analogía visual en sentido horizontal para recopilar información de percepción de la usuaria sobre sus necesidades humanas y la satisfacción por la atención recibida (POLIT y HUNGLER, 1994), así como una escala visual de percepción de niveles de salud y enfermedad (MARTINEZ, 1998).

La primera parte consulta información de las actividades del Programa de Salud de la Mujer en el nivel de atención primaria, de la población que atiende y los problemas reportados más comunes en la población femenina asignada.

La segunda parte recaba información con respecto a tres aspectos:

–Aspectos sociodemográficos, satisfacción de las necesidades, redes de apoyo y calidad de atención;

–Conocimiento sobre los programas existentes en el consultorio y de las actividades que de ellos se derivan,

–Percepción de la salud física y emocional de las mujeres consultantes.

Se realizó prueba piloto con las primeras veinte mujeres encuestadas, eliminando posteriormente las preguntas que no tuvieron suficiente claridad para las usuarias

A continuación se presentan los primeros resultados, usándose estadística no paramétrica.

RESULTADOS Y DISCUSION

Con respecto a las actividades del programa mismo y su implementación en el ámbito local, se entrevistó a los directores y/o matronas encargadas del programa, quienes refieren, en todos los consultorios, que son ejecutadas todas las actividades que se incluyen en el Programa de Salud de la Mujer, salvo la de salud ocupacional. En algunos consultorios se señala que el control del desarrollo sicoafectivo del feto y preparación para el parto y postparto no se realizan.

Los problemas más comúnmente reportados por los profesionales a cargo del programa en los consultorios estudiados, según orden de importancia, fueron:

–Trastornos de salud mental.

–Obesidad-sobrepeso.

–Enfermedad de transmisión sexual.

–Síndrome de pre-eclampsia.

–Embarazo adolescente.

–Cáncer de mama.

–Leucorrea.

–Trastornos relacionados al periodo climatérico.

En los aspectos sociodemográficos se observó en la población femenina encuestada en los consultorios lo siguiente:

–Un 50% de las mujeres tenían entre los 16-36 años, 27% entre 37 y 47 años y un 23% más de 48 años.

–Un 78 % de la muestra refiere tener pareja.

–Con escolaridad: enseñanza media (47%) destacándose aquí que en esta población encuestada eran prácticamente inexistentes (2%) aquellas sin escolaridad, logro digno de hacer notar, que se asocia con las estrategias de las políticas educacionales de las últimas dos décadas y resultado directo de la mayor cobertura del sistema escolar básico y de las campañas de alfabetización. En Chile se estima una tasa de analfabetismo en mujeres de 5,5. (Ministerio de Asuntos Sociales; Instituto de la Mujer y FLACSO, 1995). Esta tendencia fue observada también en un estudio anterior realizado en la zona por CARO (2000).

–En relación con la ocupación, eran mayoritariamente dueñas de casa (70%), aquellas con trabajo remunerado alcanzaron a un 24%. No es sorpresa este hallazgo, ya que por razones culturales semejantes a otros países de la región, en América Latina cristalizó el mismo patrón de división sexual del trabajo, el cual le atribuye a la mujer la responsabilidad del trabajo doméstico y al hombre la actividad considerada propiamente económica. Esto ha determinado que, por regla general, sean las mujeres las que realizan las actividades del cuidado del hogar y de la familia, independientemente de que participen o no en el mercado de trabajo. Respecto al trabajo remunerado de las mujeres, la Encuesta Nacional de Empleo (INE, 1995) muestra que el 38% de las mujeres entre 15 y 64 años participa en la fuerza laboral y el 7% es mayor de 64 años. La misma encuesta revela que la mayoría de las mujeres trabaja en actividades productoras de servicios. En la población encuestada en esta investigación se observó la misma tendencia, ya que las mujeres que desempeñaban actividades remuneradas eran: asesoras del hogar, auxiliares de farmacia, secretarias y un 4% se encontraba cesante, cifra esta última bastante menor que el 10% oficial de cesantía existente en los hombres (INE, 2000).

–En su mayoría tenían de 1 a 3 hijos (62%), observándose la clara tendencia de la pobla-

ción a adherirse a un modelo con baja natalidad. La mayor parte de las mujeres expresan deseo de tener 2 o menos hijos. Sin embargo, se debe reconocer que en materias de salud reproductiva existe una falta de información rigurosa sobre los deseos y demandas de las mujeres según el Ministerio de Asuntos Sociales; Instituto de la Mujer y FLACSO (1995). Al respecto, las autoras estiman que esta situación de desinformación se acentúa en estratos socioeconómicos bajos.

–Un 51% respondió que su grupo familiar está compuesto por 5 y más integrantes.

–Una mayoría refirió ser jefe de hogar, 54% situación destacable ya que señalaron con mayor frecuencia ser dueñas de casa, no tener trabajo remunerado, con escasa participación laboral, lo que tiene implicancia directa en los niveles de pobreza de las mujeres y su familia.

–En su mayoría no fuman ni beben (64% y 68%), hábitos de autocuidado dignos de ser destacados, especialmente por el efecto formador y de modelo de la mujer-madre frente a sus hijos, sin dejar de desconocer que el porcentaje restante es aún bastante alto.

–Una mayoría no hace ejercicio (74,2%) aun cuando posteriormente, durante el desarrollo de la encuesta, consideran importantes las actividades de ejercicio físico y gimnasia para mejorar su salud. Esto es coincidente con CARO, 2000, autora que señala que las mujeres que estudió revelaron realizar escaso ejercicio físico. El sedentarismo se asocia a variados tipos de enfermedades crónicas y es un hábito negativo para un envejecimiento saludable.

–Un 64% refiere amanecer con ánimo. A pesar que las mujeres no tienen tiempo para descansar, son las primeras que se levantan y las últimas que se acuestan. El despertar con ánimo es fundamental para enfrentar las actividades cotidianas y afectan su disposición mental para otro tipo de actividades.

–Con respecto a la percepción de la usuaria sobre la satisfacción de sus necesidades básicas: la alimentación muestra ser una necesidad prácticamente satisfecha, al igual que la educación y la locomoción. No así, las

necesidades de vivienda, vestuario y recreación, necesidades secundarias, pero importantes para su bienestar y seguridad, más aún si la comuna de Concepción está en una zona fría, lluviosa y húmeda y que en su mayoría estas mujeres pertenecen a la población beneficiaria de escasos recursos donde las condiciones estructurales de la vivienda son precarias y viven penosamente. El instrumento aplicado dio la posibilidad de que ellas expresaran otras necesidades que consideraran importantes que no se habían contemplado en la encuesta y que consideraban insatisfechas. Estas fueron: necesidad de salud; alhajamiento del hogar; estéticas y de belleza; necesidad de acceso a la cultura y disponer de recursos económicos para apoyar en ese aspecto a sus respectivos padres y familiares.

–Fue de interés para las investigadoras conocer *redes de apoyo* con que cuentan las mujeres y familias beneficiarias de los Consultorios de Salud de la comuna de Concepción. Al preguntar ¿quién la cuida a usted cuando se enferma?, la respuesta fue: “un familiar”, que obtuvo un 69,5%, y casi un 20% respondió: “nadie”, respuesta que llama profundamente la atención, puesto que sigue apoyando aquella realidad donde la mujer no le otorga la importancia debida a su estado de salud, y no sólo ella, sino que los miembros de la familia tampoco otorgan importancia al cuidado de la salud de quien los cuida a ellos cuando éstos se enferman.

–En relación con los familiares que señalan cuidar a la mujer cuando ésta se enferma, tenemos a las hijas, abuela, hermana, madre, suegra, nana y pareja, observándose un predominio del género femenino en el aspecto de cuidar. Antecedentes teóricos y empíricos señalan que una característica femenina es entregar a otros y cuidar de los demás (ROSENBLUTH & HIDALGO, 1978), y que, por asumir la multiplicidad de tareas que ello implica, se despreocupa de sí misma.

Al indagar sobre quién cuida a la familia cuando la mujer debe salir de casa, las respuestas vuelven a repetirse en un porcenta-

je similar; un 67% son familiares, con predominio también de mujeres, tales como: hijas, cuñada, mamá, suegra, hermana, entre otras, y vuelve a aparecer un porcentaje de casi un 22% donde la familia queda sola, ya que nadie los cuida. Esto último hace aumentar en forma alarmante los riesgos de accidentes en el hogar, en especial incendios e intoxicaciones en niños pequeños y ancianos, quienes permanecen sin cuidado en el hogar.

Con relación a la búsqueda de las respuestas a sus necesidades de salud, se observa que un 43% acude en primera instancia a algún familiar y un 48% al consultorio, a la medicina tradicional. Se observó que un porcentaje muy bajo, 4,2%, acude a la medicina alternativa.

–En las mujeres entrevistadas se indagó el motivo por el cual consultaban al consultorio: un 60% de las mujeres respondieron: “por ella” y un 29% iba acompañando a otra persona, ya sea un hijo o un familiar cercano que consultaba.

–De los motivos de consulta de las mujeres, un 36% de los casos está relacionado con su sistema reproductor (embarazo, síntomas de pérdida, PAP, consulta anticoncepcional, entre otras) y un 47% por aspectos relacionados con control de salud, como por ejemplo: hipertensión arterial, diabetes, conocer resultados de exámenes, consulta dental, consulta social, salud mental.

Se observa cómo las actividades no relacionadas con el aparato reproductor van tomando importancia entre los motivos de consulta de la mujer, lo que podría estar influenciado por los beneficios percibidos de las conductas promotoras de salud. Sin embargo, por otro lado existe una gran desinformación entre las mujeres beneficiarias del sistema, sobre los programas existentes en los consultorios y las actividades que de ellos se derivan, ya que un 63% manifestó desconocer los programas existentes, al igual que la existencia de un Programa de Salud de la Mujer. Sólo un 34% manifestó conocer los Programas del Niño, del Adulto Mayor y de la Mujer, y dentro de este último señala actividades tales como: consulta de lactancia,

control del RN, control nutricional de embarazada, control prenatal, control de climateo y consulta por enfermedad de transmisión sexual, consulta ginecológica y control de regulación de fecundidad, todas ellas relacionadas específicamente con el sistema reproductor femenino, no identificando ninguna de las mujeres entrevistadas actividades tales como: visita domiciliaria, educación para la salud, promoción de salud, trabajo comunitario ni salud ocupacional. La consulta social y la actividad de salud mental sólo fue mencionada en dos oportunidades, a pesar de que en los consultorios, según la apreciación de los profesionales de la salud entrevistados y a cargo de los programas, la problemática de salud mental de la mujer fue mencionada como uno de los problemas prioritarios de salud.

Se quiso saber también como percibían las mujeres la calidad de la atención utilizada en los consultorios, relacionado con ciertos indicadores:

—Un 66% de las mujeres respondió que acudían a ese Consultorio porque “estaban inscritas” o “les tocaba” y sólo un 17% porque “les agradaba el consultorio”.

—Al preguntarles con cuánto tiempo de anticipación necesitaban pedir hora, un 23% respondió que sólo algunas horas; un 33% algunos días y un 11%, algunas semanas; un 17% de las mujeres tenía prefijadas las horas a través de los controles mensuales; un 15% no respondió.

—Cuando se les consultó por el tiempo que llevaban de espera en el consultorio, un 51% respondió: menos de una hora (entre 5 a 50 minutos), y un 28% respondió: más de una hora.

—De las mujeres encuestadas, un 53% respondió que estaba cómoda en el lugar de espera y un 34% respondió que no lo estaba, identificándose la mayoría de las respuestas en algunos consultorios específicos.

—Un 47% de las mujeres manifestó haber recibido orientación en relación con “quién la atendería” y un 41% no recibió esa infor-

mación. A un 61% de las mujeres se le informó el lugar “donde la atenderían” y a un 27% no se le informó. Los mismos porcentajes se repitieron respecto de la información entregada respecto a la hora de atención: a un 62% se le informó la hora de atención y a un 27% no.

Un 53% manifestó sentirse satisfecha con la atención entregada y un 33% manifestó estar insatisfecha. Estas respuestas están asociadas a algunos consultorios en forma específica. Las razones de la satisfacción fueron: 34% de las mujeres comprendió el lenguaje del agente de salud; un 38% recibió un trato humanitario y un 35% le fueron clarificadas sus dudas.

Se pudo observar que el porcentaje de satisfacción con la atención de salud es bajo, ya que existe un alto porcentaje (alrededor de un 65%) de mujeres que no le clarificaron sus dudas, ni entendió lo que se le dijo y cuyo trato recibido de parte del agente de salud fue calificado como no humanitario.

Los indicadores establecidos en este trabajo son de vital importancia en salud, ya sea para informar, educar y adherirse a algún tratamiento que sea necesario para su condición de salud.

Quisimos conocer cuál era la *percepción de las mujeres respecto a su salud física y su salud emocional*. Con relación a su salud física, sólo un 7% de las mujeres consultantes se percibía enferma, un 9% percibía que su salud física era mala o deficiente, un 36% que su salud física era regular y un 47% percibió que su salud física era entre buena y excelente, a pesar que todas eran consultantes por algún problema de salud.

En cuanto a la salud emocional, un 51% la percibió entre buena y excelente, un 29% la percibió como regular y un 16% deficiente, mala o muy mala. Sólo un 5% respondió percibirse enferma emocionalmente.

STIEPOVICH, en 1998, encontró dependencia entre el estado de salud físico percibido y algunos factores sociodemográficos como la edad de las mujeres, el ingreso familiar, el número de hijos, constituyendo el número de integrantes del grupo familiar un

indicador altamente significativo. Sin embargo, CARO, 2000, no pudo confirmar estos hallazgos, siendo sí significativamente diferente el lugar donde este estudio se realizó, ya que se hizo en una comuna netamente rural.

Las investigadoras se propusieron, por último, conocer también si hacían falta otras actividades en los consultorios para mejorar la salud de estas mujeres, a lo que un 71% de las encuestadas respondieron afirmativamente y un 23% que no. De las que respondieron que sí, la gran mayoría contestó que hacían falta "actividades recreativas, físicas y deportivas", identificándolas como actividades relacionadas con la promoción de la salud. Otras manifestaron interés por talleres educativos con relación a temas que a ellas le interesaban como: educación sexual, anticoncepción, educación de los hijos, entre otras.

Los problemas de salud mental y obesidad, identificados por los agentes de salud como prioritarios, no son percibidos como tales por la población femenina encuestada. Esto significa, que tampoco son requeridas y que no los perciben como una necesidad.

Se estima que existen aspectos básicos e importantes que la población debería ser capaz de identificar, tales como "qué es *salud* para ellos" y qué actividades son las que les ofrecen los programas.

Con las respuestas obtenidas, nos hemos dado cuenta que las mujeres tenían una percepción de su salud bastante diferente de la que tienen los agentes de salud y de lo que el Programa de Salud de la Mujer les entrega. De las entrevistadas surgieron necesidades no satisfechas que se consideran necesarias de destacar como son las estéticas; de alhajamiento de elementos necesarios en el hogar y que se han dañado; necesidad de poder ayudar a sus padres y familias que se encuentran con problemas económicos. La imposibilidad de satisfacer estas necesidades les produce sentimientos de impotencia y alteración de su bienestar psicológico.

Las autoras del presente trabajo quisieron dejar planteadas algunas estrategias que se

consideran factibles de realizar y que podrían solucionar algunos de los problemas que afecta a la población femenina consultante:

-Con respecto al desconocimiento que mostraron las usuarias de muchos aspectos relacionados con salud, ya sea relacionado con sus derechos o con los que el sistema les ofrece, sugerimos que esto requiere de una buena planificación y gestión entre los profesionales de la salud y profesionales de las comunicaciones, para poder entregar de la mejor forma y a través de diferentes medios la información necesaria, evaluándose posteriormente su efectividad, debiendo tener ésta una cobertura de un 100%.

-Reconocemos que la gran carga de la mujer relacionado con sus múltiples roles, hace que prácticamente no disponga de tiempo para recrearse y lo manifieste como uno de sus deseos más sentidos, asociándolo con una actividad que debería entregarla el consultorio. PARAVIC, 2000, encontró en un estudio sobre satisfacción laboral de profesionales académicas, que la recreación es también una necesidad no satisfecha en las mujeres en este nivel y que igualmente se relaciona con los múltiples roles y la gran carga de trabajo de las mujeres. Creemos que educar desde la infancia es fundamental, especialmente en la población masculina infantil, ya sea desde el hogar como en la escuela, donde la enseñanza del hacer sobre lo que es femenino y masculino se basa en estereotipos, donde la mujer absorbe la mayor parte del trabajo del hogar. Educar a compartir la carga de trabajo y los roles en la crianza de los hijos son aspectos necesarios para alcanzar espacios más equitativos.

Un mayor tiempo disponible permitirá que la mujer pueda recrearse y aquí el consultorio puede dar respuesta a esta necesidad a través del espacio físico que dispone, requiriendo un mínimo de implementación, en aquellos lugares más amplios, como salas de esperas y auditorios. Las autoras estiman que una buena coordinación del centro de salud con centros deportivos y/o recreativos, ya sean estatales o privados, permiti-

rían aprovechar las horas muertas de los consultorios para las actividades recreativas que la población tanto anhela.

—Con respecto a las carencias de educación para la salud, SEPULVEDA (1997) estima que la necesidad de educación que expresan las mujeres se origina posiblemente en que las acciones de educación de salud no están dando respuesta a lo que necesitan ellas y además son muy informativas y medicalizadas, entre otras características. Como estrategia se podría responder a esta necesidad a través de talleres de educación en salud con metodologías participativas que pueden ser realizados por profesionales del área de la salud preparado para ello y entregarse junto con las actividades recreativas a planificar.

—Una respuesta para quienes viven en soledad, personas enfermas, ancianos con limitación física o incapacitados, que necesitan ayuda y compañía, resultaría ser significativo la organización de un voluntariado comunitario que conformen “redes de apoyo”, realicen visitas domiciliarias y que cuenten con la tuición de un profesional del consultorio. Podrían integrar estas redes de apoyo alumnos universitarios, de educación o de salud, de cursos de auxiliares paramédicos, mujeres de la comunidad que deseen participar, personas que pertenecen a iglesias, entre otros.

—En relación con las usuarias que mencionaron sentirse insatisfechas con la atención (33%), es importante la comunicación de los resultados de esta investigación a las direcciones de los consultorios mencionados, para la búsqueda de soluciones al respecto, especialmente en lo que se refiere a aquellas deficiencias percibidas por las mujeres consultantes: la comprobación del grado de comprensión de las indicaciones entregadas y clarificación de dudas durante el encuentro usuario-agente de salud, la utilización de un lenguaje comprensivo, un trato digno y conductas de apoyo que requieran no sólo de la supervisión de las jefaturas de los consultorios, sino de la capacitación y motiva-

ción del personal que cotidianamente entrega información y cuidado en salud.

Finalmente, destacamos que las mujeres representan un 50,5% del total de la población en Chile y su esperanza de vida es de 78,26 años (INE-CELADE, 2000), pero que el tema de salud de la mujer aún continúa ausente como objeto de estudio. El Programa de Salud de la Mujer en Consultorios de la Comuna de Concepción continúa centrado más bien en la morbilidad gineco-obstétrica y, por lo tanto, aún tiene una visión limitada de los problemas que realmente afectan a la población femenina.

A pesar de los esfuerzos de los consultorios, no se cumplen a cabalidad todas las actividades contempladas en el programa. Consideramos que la visión integral de los problemas de salud es inexistente por una falta de trabajo en equipo de todos los profesionales y la atención que se entrega está centrada en aspectos curativos más que promocionales de la salud y preventivos. Las mismas mujeres reconocen la desinformación de las actividades que se entregan y la escasa atención sobre aspectos educativos de promoción de salud.

Reconocemos que el conocimiento generado en la actualidad ha resultado insuficiente para explicar y actuar en forma preventiva e integral sobre los problemas de salud de la mujer. Reconocemos, también, que los agentes de salud tenemos una importante responsabilidad en la generación de un conocimiento nuevo que permita identificar los principales problemas de salud, dando cuenta no sólo de aquellos vinculados a su aparato reproductivo sino también de aquellos derivados de las funciones sociales atribuidas a la mujer en nuestra sociedad. Debemos llamar la atención de los diversos organismos de salud, de los centros de formación e investigación y docencia, sobre el hecho de que la mujer constituye un grupo de riesgo específico al cual se debe prestar una atención especial en las políticas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BENDINI, M. & BONACCORSI, N. Con las puras manos. Edit. La Colmena. Buenos Aires, Argentina, 1998.
- CARO, C. "Estilo de vida promotor de salud y factores asociados: mujeres de Hualqui, Chile, 1999". Tesis de Magister. Programa Magister en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, 2000.
- ESTRADA, M. & GODOY, R. "Género y políticas de la mujer en América Latina: caso Perú" (Parte I). Rev. Escuela de Enfermería U.S.P., vol. 30, N° 1, p. 44-57. 1996.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA CHILE. Mujeres y hombres en Chile. Cifras y realidades. Edit. I.N.E. Santiago, 1995.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA CHILE-CELADE. Estimaciones y proyecciones. Pág. web <http://www.ine.cl>. Santiago, 2000.
- MARTINEZ, E. "Promoción de la Salud" Investigación y educación en enfermería. Medellín, XVI (2), p. 125-134. Septiembre, 1998.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES; INSTITUTO DE LA MUJER; FLACSO. Mujeres latinoamericanas en cifras. Edit. Instituto de la Mujer, Chile, 1995.
- MINISTERIO DE SALUD, Chile, Programa de Salud de la Mujer, 1995.
- MINISTERIO DE SALUD, Chile, Programa de Salud de la Mujer, 1997.
- MINISTERIO DE PLANIFICACION Y COOPERACION. Prospectiva y mujer, Gálvez & Sánchez. Edit. MIDEPLAN, Santiago, Chile, 1998.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; ORG. PANAMERICANA DE LA SALUD. Género, mujer y salud en las Américas. Publicación científica N° 541. Ginebra, 1993
- PARAVIC, T.; ANGERAMI, E. "Satisfacción laboral de mujeres académicas de una universidad". Rev. Ciencia y Enfermería, vol. 6, N° 1. 2000.
- POLIT, D. & HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Edit. Interamericana-McGraw-Hill. 4° Ed. 1994.
- ROSENBLUTH, C. & HIDALGO, C. "La mujer desde una perspectiva psicológica". En: COVARRUBIAS, P. & FRANCO, R. Chile, mujer y sociedad. UNICEF. Santiago, p. 435-457, 1978.
- SANHUEZA, O.; VALENZUELA, S. "Inequidad en salud, desde una perspectiva de género". Trabajo curso Introducción a los estudios de género. Universidad de Concepción, Chile, 1995.
- SEPULVEDA, A. "Indicadores de sustentabilidad y participación de la comunidad: la comunidad es suficiente". Salud y Cambio, Rev. Chilena de Medicina Social. Año 6, N° 23. 1997.
- SERVICIO DE SALUD CONCEPCION. "Unidad de Bioestadística", Concepción, Diciembre 2000.
- STIEPOVICH, J. "Salud percibida y factores asociados en la comuna de Concepción-Chile". 1998. Tesis de Doctorado en Enfermería. Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, Brasil.