

Hacia una construcción sociológica de la calidad de la atención en salud.

Dalia Szulik y Dalia Szulik.

Cita:

Dalia Szulik y Dalia Szulik (2017). *Hacia una construcción sociológica de la calidad de la atención en salud. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/388>

Jornadas de Sociología 2017

Título de la ponencia: Hacia una construcción sociológica de la calidad de la atención en salud

Autora: Dalia Szulik (CONICET)

daliaszulik@gmail.com

Eje temático: Sociología de la Salud

Mesa 18: Investigación social en salud

Resumen

El estudio de la calidad de la atención en los servicios de salud se ha abordado, principalmente, desde visiones administrativas y gerenciales que tienden a opacar la complejidad y multidimensionalidad de este concepto.

El modelo prevaleciente desde los primeros trabajos de evaluación de la calidad, es el de Avedis Donabedian, quien destacó la relevancia de la calidad de la atención en el campo de la salud y elaboró una teoría que trascendió los límites del paradigma biomédico, de la cual se derivaron distintos abordajes. En la discusión de los mismos suelen estar ausentes dimensiones tales como las relaciones de poder que se despliegan en el sector salud, y específicamente en el ámbito de la calidad de la atención de la salud reproductiva, y la inequidad en el acceso y en la atención de los diferentes sectores de la población.

En este trabajo se presenta un recorrido conceptual que permite avanzar hacia una reflexión sociológica sobre el concepto de calidad de la atención en salud, en un intento por superar la perspectiva gerencial y eficientista. Esto implica revisar cuestiones que hacen a la posibilidad de ejercicio de los derechos, su apropiación, su promoción, omisión o vulneración desde los espacios institucionales.

Palabras clave: calidad de la atención- multidimensionalidad – derechos-ciudadanía

El estudio de la calidad de la atención en los servicios de salud se ha abordado, principalmente, desde visiones administrativas y gerenciales que tienden a opacar la complejidad y multidimensionalidad de este concepto.

El modelo prevaleciente desde los primeros trabajos de evaluación de la calidad, es el de Avedis Donabedian, quien destacó la relevancia de la calidad de la atención en el campo de la salud y elaboró una teoría que trascendió los límites del paradigma biomédico, de la cual se derivaron distintos abordajes, entre los cuales cabe mencionar, el modelo SERVQUAL basado en la comparación entre expectativas y desempeño de un servicio (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988), el modelo de Grönroos (1983) que retoma diversos parámetros de la calidad científico-técnica, funcional y corporativa, y el de Palmer (1983) que destaca una diversidad de aspectos como la efectividad, la accesibilidad, la disponibilidad y la seguridad, entre otros.

Cada uno de estos enfoques plantea cuestiones conceptuales diferentes y complementarias pero todos tienen en común un énfasis en la posibilidad y alcance de la medición del término, lo que ha convocado el interés y desarrollo de investigaciones cuantitativas en este campo que han tomado a los/as usuarios de los servicios de salud como fuente de opinión sobre la calidad de la atención, indagando en su percepción y experiencia en los servicios con el objetivo principal de hacer cambios administrativos o de organización. Esta perspectiva no favorece la participación de los/as usuarios en otros niveles y refuerza la ausencia de dimensiones de otra naturaleza, como las dimensiones culturales, la inequidad en el acceso, el poder en el sistema de salud, la perspectiva de género: es decir, que se invisibiliza la dimensión de ciudadanía y derechos en la atención de la salud.

La mirada sociológica se construye a partir de de-construir el sentido común, “desfamiliarizando lo familiar”, buscando “la diferencia que hace la diferencia”, al decir de Zygmunt Bauman (1994). Correr este velo es complejizar una mirada ingenua sobre la calidad de la atención, a partir de la incorporación de una perspectiva de derechos y género, articulada desde el concepto de ciudadanía. Esto implica revisar cuestiones que hacen a la posibilidad de ejercicio de los derechos, su apropiación, su promoción, omisión o vulneración desde los espacios institucionales, y ampliar el escenario de análisis: la atención en los servicios de salud de los hospitales públicos sobrepasa las paredes del establecimiento y complejiza el escenario al utilizar las lentes de la ciudadanía en su análisis.

1. La calidad de la atención en salud: un acercamiento conceptual

De acuerdo con el Glosario de términos del *International Organization for Standardization* (ISO), la calidad hace referencia a la totalidad de rasgos y características de un producto, proceso o servicio que responden a su capacidad para satisfacer necesidades declaradas o implícitas. Un producto o servicio, para esta organización, es de calidad cuando cumple con los objetivos para los que ha sido creado (Fuentes Arderiu, 1998). La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor».

En el ámbito de la salud, la calidad es un concepto que se encuentra presente a lo largo de la historia de la humanidad. Antiguos documentos así lo acreditan: como el Código de Hammurabi, que en el año 2000 a.C. regulaba la atención médica y aún incluía multas cuando los médicos obtenían resultados no deseados de sus cuidados, o los Papiros Egipcios, también del 2000 a.C. en los que se encuentran estándares con referencia a las prácticas médicas, o la Ley de Hipócrates del 500 a.C. en la que se recogen bases éticas y legales de cumplimiento obligado para quienes ejercen la medicina, y otros (Ulecia Martínez y Gómez Doblas, 2007; Coronado Zarco, et al., 2013). Es un concepto con múltiples acepciones que varía a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos, ya que en éste se conjugan juicios de valor, tanto individuales como colectivos, lo que le imprime siempre un carácter relativo.

La Organización Mundial de la Salud define: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.¹

A medida que se avanza en la problemática, se observan las dificultades que impiden esbozar una definición de calidad de los servicios de salud de amplio consenso y de uso universal, ya que existen muchos acercamientos diferentes a ésta. La calidad en la atención es, así, un constructo de difícil definición, ya que ello depende, en gran manera, del contexto y enfoque en que se utilice el término. Se trata de un concepto polisémico,

¹ WHO Working Group. (1989). *The principles of quality assurance*; Qual Assur Health (1), pp. 79-95.

multidimensional y a su vez, dinámico. Es dinámico porque articula ámbitos institucionales diversos: la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. La construcción de su sentido diferirá si su enunciador es la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública. También es un término multidimensional tal como mostró A. Donabedian al incorporar, además de la calidad técnica, la relevancia de otras dos dimensiones: interpersonal y servicios.

Donabedian (1984) constituye un referente en este campo y su propuesta de evaluación de calidad de los servicios de salud es una de las más difundidas y aceptadas, y corresponde al orden de las definiciones de calidad de la atención de tipo funcional (que consideran características técnicas y humanas para el logro de objetivos de salud, enfatizan en las condiciones contextuales e incluye elementos de tipo técnico, profesional, científico y de tipo humano o de relaciones personales). Este autor define como atención de alta calidad a la que se espera que “maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”². Con ello, señala la calidad de la atención de la salud como una forma de maximizar beneficios sin incrementar riesgos en materia de salud. Un grado óptimo de calidad, sería, entonces, el logro del equilibrio entre riesgos y beneficios.

2. Calidad y eficiencia: el más común de los sentidos

La calidad, en el ámbito administrativo, suele encontrarse fuertemente asociada a la eficiencia. Estas constituyen nociones abstractas, basadas en múltiples aspectos que tienen un significado aceptable y difundido para la sociedad. Esta relación es la que ha establecido las bases del sentido común sobre la calidad de la atención, formando el núcleo dominante de las rutinas institucionales y de las percepciones colectivas e individuales. Como parte del sentido común, esta relación logró una gran capacidad de autoconfirmación y de cierta inmunidad frente al cuestionamiento: *un servicio de calidad es un servicio eficiente; un servicio eficiente garantiza un alto nivel de calidad*. La eficiencia es la relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados. Es por ello que uno de los criterios de

² Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*; México DF: La Prensa Médica Mexicana; p.3.

evaluación de la eficiencia es el de costos unitarios, ya que cuanto menor es el costo para producir un volumen determinado de resultados o productos, mayor es la eficiencia. Desde el punto de vista administrativo, la eficiencia es un aspecto fundamental, ya que da cuenta de una toma de decisiones gerenciales acertadas en el abordaje de las soluciones. Cabe destacar, sin embargo, el planteo de la Organización Panamericana de la Salud, en su documento “La Salud Pública en las Américas”, que sostiene que se debe valorar en la salud pública la dimensión de la equidad. Esta dimensión pone en evidencia el contraste entre la valoración de la vida humana y una ética imperante de privilegios basados en aspectos como las diferencias étnicas, la condición económica, de género, cultural o en función del lugar de residencia. Al procurarse el acceso universal a la atención de la salud y aludir a la responsabilidad estatal de garantizarlo, en especial para los grupos en desventaja, surge la equidad y la integralidad en la calidad de la atención, lo que para el organismo internacional, depende fundamentalmente de una eficiencia máxima en el uso de los recursos disponibles.

3. Del enfoque gerencial al enfoque de derechos y la perspectiva de género

Si bien este enfoque no se abandona, a partir de los inicios de los años noventa, en el contexto del debate sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, comienza a reconocerse y a evidenciarse una calidad deficiente en los servicios que plantea la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales más vulnerables, entre éstos, el de las mujeres. La calidad de la atención se coloca en el marco de los derechos humanos situando el acto médico en un plano mayor: el de la justicia social.

El marco de derechos apuesta a empoderar a los usuarios/as para que se vean a sí mismos no sólo como los consumidores de los servicios de salud que deberían recibir calidad, sino como poseedores de derechos capaces de hacer demandas que van más allá de los paquetes de servicios. Esta perspectiva se considera como una medida para prestar atención a los grupos socialmente excluidos, a la vez que plantea nuevos desafíos teóricos y metodológicos en el campo de las investigaciones empíricas ya que amplía el concepto de calidad, exigiendo medir cuestiones diferentes e inéditas a las habitualmente incluidas entre los indicadores de calidad. (Miranda y Farmer, 2001). El enfoque gerencial es útil y válido, sin embargo, en las carencias que presenta, ha llevado a considerar ciertas formas de maltrato, tanto como la franca violación de los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud, al plano de un mero problema de

calidad de la atención, conforme a un discurso hegemónico que reduce la temática a una cuestión técnica o relacionada con la administración de recursos.

Con los años, el sentido de la calidad, ha ido recuperando su acepción como derecho que debe ser garantizado, lo que lleva a considerar a la garantía de la calidad como un aspecto imperativo de los sistemas de salud y de las organizaciones que forman parte de este a todo nivel. En este sentido, cabe considerar que entre los principios en los que se sostiene la calidad asistencial, se deben considerar los siguientes: la calidad es un bien en sí misma, la calidad es un valor vital y de utilidad, es un derecho y es un imperativo ético, un deber (Molina Astúa, et al., 2004).

Otros enfoques, como el de Hall y Doman (1988) parten de un paradigma totalmente diferente, basado en una posición de trasfondo teórico político constituido sobre la base de marcos sociales de equidad, educación y respeto por los derechos de los ciudadanos. Estos nuevos esquemas se desarrollan a nivel discursivo y se enfocan en aspectos como la aceptabilidad, adecuación a las necesidades, información oportuna y consentimiento informado, dentro de los aspectos que forman parte de los parámetros de la calidad de la atención (Hall y Doman, 1988).

En el actual escenario de la atención a la salud se intenta que estos enfoques diferentes sean tratados como complementarios (Castro Vásquez, 2011).

El enfoque que parte de un marco social, sin embargo, es el que procura desarrollar con profundidad el presente trabajo. Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales que, en la medida de sus posibilidades, cumplen con un determinado estándar de calidad, sino también como agentes sociales comprometidos activamente (si bien, casi nunca conscientemente) en el sostenimiento de un orden -el orden médico- que, a veces muy a su pesar, se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que los victimiza en primer lugar a ellos mismos -los años de formación, el internado, la residencia médica, son prueba de ello- y que apuntan exactamente en sentido opuesto a lo que implica la noción de derechos (López Gómez y Castro, 2010). Sobre esta base, se fundamenta la necesidad de centrar el análisis de la calidad de la atención en el campo de los derechos a la salud, puntualmente de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incorporando una perspectiva de género.

La vinculación del tema de la calidad de la atención y el de género ha sido una constante en las reuniones internacionales trascendentes para la salud sexual y reproductiva y en las reuniones periódicas para el seguimiento de compromisos

establecidos en dichas reuniones, en las que los gobiernos participantes, entre ellos el de Argentina, se comprometieron a establecer las condiciones propicias para lograr la salud sexual y reproductiva, destacando la importancia de promover la emancipación de la mujer, la igualdad y la equidad de género, así como asegurar servicios integrales y de alta calidad que salvaguarden el respeto a los derechos reproductivos de las personas.

La definición de atención de calidad en el ámbito reproductivo, desde la perspectiva de los especialistas en atención sanitaria, requiere de la puesta de los/as usuarios/as en el centro de la calidad de la atención, elevando el acceso a la información y a los servicios y dando mayor importancia al cumplimiento de las normas técnicas.

Entre las ventajas que ofrece la relación de las categorías de género y calidad de la atención, se destaca la capacidad del concepto para registrar y examinar problemas de la atención de la salud que de otra manera quedarían invisibilizados. Los obstáculos que deben sortear las mujeres en los servicios de salud, que van desde la dificultad de acceso a los servicios, hasta tener que enfrentarse al manejo de estereotipos de los profesionales durante la atención y a la subordinación que se espera por parte de las usuarias y las vivencias en la atención de parte de un personal médico dominante, son condicionantes que afectan la calidad de la atención y facilitan la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos (Castro Vásquez, 2008). Para superar estas limitaciones, es preciso que la mujer pase de una conciencia ausente a una conciencia activa: algunos estudios observan una conciencia ausente en las mujeres de su capacidad para reconocerse como sujetas de derechos, lo que las lleva a aceptar y naturalizar atropellos y situaciones de discriminación. Asimismo, se observa que cuando estas mujeres se expresan solicitando ayuda para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos, se da una conciencia emergente, que se convierte en conciencia activa cuando la mujer conoce, ejerce y defiende sus derechos (Matamala, Berlagosky, Salazar y Núñez, 1995)

Cuando una mujer se acerca a una institución de atención de la salud, cabe considerar que lleva consigo a la consulta su clase social, su género, su etnia, su cultura y las características de su grupo social, todo lo cual le asigna una posición en las relaciones de poder, lo que determina su experiencia en la atención de la salud. Estas características pueden también conducir a las mujeres a distintos tipos y niveles de exclusión, alejándolas del ejercicio pleno de su ciudadanía. El poder es un concepto que se erige en el centro de la escena del encuentro entre dos personas con una historia social diferente,

médico y paciente, en el ámbito de la atención de la salud, lo que permite estudiarla desde un enfoque de conflicto. Es sobre esta construcción conceptual que cabe enlazar el aporte teórico de Bourdieu, quien permite visibilizar la violencia simbólica, en toda su complejidad, dado que cuenta con una naturalización que es ejercida bajo supuestos como la cultura médica, la jerarquía, el poder institucional y la normatividad.

En las relaciones de poder que se dan dentro del ámbito de la calidad de la atención de la salud, entran en juego otros aspectos, como el género, la desigualdad social, la pobreza, la cultura, y las constelaciones de poder que se dan entre los prestadores de servicios de salud entre sí, con las instituciones a las que éstos pertenecen, y con las usuarias de estos. El poder se ejerce dentro de los espacios de la salud, en virtud de que cada actor asume un rol en el ámbito de la interacción social, signado por una carga cultural y socioeconómica, enfrentando intereses y expectativas. Dichas interacciones se dan en el marco de un modelo de organización de servicios determinado, de un tipo de institución y de un cuadro normativo que regula dichas relaciones. A su vez, cada actor cuenta con una biografía y bagaje de experiencias propios, y con capacidades, poder y elementos para desenvolverse en la escena social en el ámbito de los servicios de la salud.

Las relaciones de poder tienen la capacidad, según su uso o abuso, de representar dominación, desafío y resistencia a las fuentes de poder existentes, o servir para obtener control sobre ellas. Las usuarias pueden ser sujetas activas, sujetas de derechos, resistiéndose y a la vez utilizando a la institución como apoyo a la resolución de sus problemas de salud; o bien, pueden ser pasivas, siguiendo indicaciones y aceptando condiciones aunque no estén de acuerdo, pero en ambos casos, adecuando las condiciones propias a las condiciones macro y micro de la institución que conocen, y tomando decisiones en ciertas situaciones y sólo hasta cierto nivel. Este despliegue permanente de capacidades y habilidades siempre estará limitado por el entorno.

Los roles y las relaciones de género constituyen una de esas relaciones de poder. El género se refiere a los significados y prácticas de ser mujer y ser hombre, que condicionan las concepciones y prácticas que las personas y comunidades tienen en tomo al nacimiento, la muerte, las relaciones con el dolor, el deseo, la construcción de la afectividad y de la identidad, las formas de pensar y de sentir las distintas fases del ciclo vital, la organización de la cotidianidad y que esto debe ser tomado en cuenta por el sector salud en todo su proceso y en la prestación de servicios. Como se ha señalado, la calidad constituye un eje clave en el ejercicio de los derechos en salud y

para ello, se propone analizarla a la luz de los elementos teóricos que aporta el concepto de ciudadanía y sus dimensiones constitutivas, como la autonomía, la titularidad y el ejercicio de derechos.

4. Ciudadanía y salud: nuevos aportes a la calidad de la atención

Los ciudadanos son sujetos de derechos con capacidad para ejercerlos, y la ciudadanía, como construcción histórica, sostiene principios y prácticas que definen al ciudadano (Baca Olamendi, Bockser Liwerang, Castañeda, Cisneros y Pérez Fernández del Castillo, 2000). El concepto de ciudadanía constituye un eje central para la investigación sociológica relacionada con los derechos en el campo de la salud. Esta hace referencia a la condición del sujeto en función de su pertenencia a una determinada comunidad política. En esta relación, lo que garantiza la plena realización de sus capacidades como ciudadano, es un entramado de derechos, responsabilidades y obligaciones que se deben respetar a fin de garantizar, asimismo, la realización de la comunidad toda. Sin embargo, al estudiar la ciudadanía, resulta necesario diferenciar claramente el ámbito normativo, del deber ser, de lo que ocurre en la realidad, de las condiciones materiales concretas que marcan la existencia del ciudadano y sujeto, tomando en cuenta la distinción entre variaciones existentes en la apropiación subjetiva de los derechos, y las posibilidades reales de hacerlos valer en diferentes contextos y ante fenómenos como las desigualdades de género, de etnia, de clase, etc. (López Gómez y Castro, 2010).

El concepto de derecho, consiste en la facultad de hacer o de exigir lo que la ley o las autoridades establecen en favor de alguien. Existe un orden normativo e institucional del que los derechos son parte, basado en las relaciones sociales existentes, que las regula y determina su contenido y su carácter. Estos derechos, “representan la cristalización de un proceso con temporalidad y espacialidad específicas, de vínculos continuos y discontinuos de relaciones conflictivas o no entre el Estado y la sociedad civil”³.

Al pensar el proceso de ciudadanía en el campo de la salud el concepto de autonomía adquiere una relevancia notable. Esta importancia es señalada por diversos autores en las últimas décadas en función de su relación con cuestiones éticas y de derechos, pero también con el conjunto de prácticas subjetivas que a la vez se

³ García, B. (2000). *Mujer, género y población en México*. México: Sociedad Mexicana de Demografía; p. 384.

encuentran mediadas por procesos colectivos. En dichas prácticas ejercer la autonomía implica que el sujeto tome sus propias decisiones y sea centro de sus propias acciones con libertad, sin imponerse sobre otros ni aceptar imposiciones externas, y que éste comprenda los detalles de su situación. El agente no es autónomo cuando las decisiones que toma sobre su salud sufren la influencia de información médica sesgada o insuficiente, o entran en juego elementos culturales como la subordinación a la autoridad. Es por ello que la autonomía constituye un elemento fundamental en el ejercicio de los derechos en el campo de la salud, y el derecho a la información conforma una pieza esencial para la toma de decisiones en este ámbito (Castro Vásquez, et al., 2011). El consentimiento informado es una obligación ética y legal de los profesionales de la salud, y un derecho de los usuarios de los servicios. En el ejercicio de derechos en el ámbito de la salud, el consentimiento informado implica que la toma de decisiones del agente autónomo sea tomada sobre la base de decisiones informadas sobre su estado de salud, para lo que resulta necesario que se dé una relación de confianza entre el profesional y quien consulta, en la que se respete su autonomía. En este contexto el empoderamiento de los usuarios/as resulta de fundamental importancia ya que constituye un factor capaz de definir la calidad de la atención en la salud de manera diferente, ya que un usuario/a con conciencia de sus derechos, realizará una evaluación de calidad muy diferente de aquél que los desconoce. Resulta necesario que en la evaluación de la calidad de la atención se considere muy especialmente no sólo que el personal médico proporcione suficiente información al paciente o sus familiares durante el proceso de atención, sino que reconozcan el derecho a la información en materia de salud como un derecho fundamental e irrenunciable (Castro Vásquez, et al., 2011).

Hablar de ciudadanía implica resaltar la dimensión de igualdad de los individuos, ya sea en cuestiones que afectan a los derechos como también a los deberes, poniendo en relieve el eje de la comunidad en las relaciones que se mantienen en el ámbito de la salud, entendiendo éste como espacio de relaciones de interdependencia.

Ciudadanía y salud confluyen también en otra dimensión: la del acceso a los servicios de salud. Incluimos en él tanto factores físicos, como culturales, económicos y políticos que facilitan u obstaculizan el contacto de los ciudadanos con las instituciones de salud.

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos. Se considera que existe una íntima relación entre la accesibilidad simbólica y la participación social de los usuarios (Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008, p. 263)

En función de ello, en el análisis de la accesibilidad, se debe incluir no sólo la caracterización organizacional del servicio, sino las simbólicas: representaciones, discursos, prácticas de la población, etc. No se trata, entonces, de meras estrategias, modos de organización y distribución geográfica de los servicios de la salud, sino que el análisis de las condiciones de accesibilidad debe enfocarse en todos los factores que hacen a la posibilidad o imposibilidad de encontrarse, sujetos y servicios.

La concepción clásica de la accesibilidad a los servicios se fundamenta en cuatro dimensiones: geográfica, administrativa, económica y cultural o simbólica. Si bien los primeros ítems son relevantes, es en la dimensión simbólica donde se construyen representaciones acerca de los derechos y de la manera en que el sujeto encuentra formas de ejercerlos, por lo que constituye la dimensión de mayor relevancia para el presente estudio. En la dimensión subjetiva confluyen vivencias, saberes construidos, percepciones, experiencias, etc. Ésta se nutre, a su vez, de experiencias vinculares infantiles, de la historia individual y de los mecanismos de poder que se transmiten en la sociedad, de la clase de pertenencia, del género, la etnia, el disciplinamiento y demás factores que conforman el *habitus*. Todos estos elementos constituyen factores de importancia en el modo en que los sujetos construyen formas de acceso a los servicios de salud. Estos elementos, a su vez, condicionan la posibilidad de que en la comunidad se desarrollen mecanismos participativos para demandar el ejercicio efectivo de sus derechos. Así, la participación social se erige como un medio de construcción de ciudadanía, por su capacidad para generar el ejercicio concreto de derechos. Es así que se establece la relación entre la dimensión simbólica de la accesibilidad y el ejercicio de la ciudadanía a través de mecanismos de participación sociales en materia del ejercicio de los derechos de la salud, en general, (Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008) y de los derechos sexuales y reproductivos en particular.

Garantizar la condición de ciudadanía contribuye a alcanzar un estado óptimo de salud integral. La ecuación final da cuenta de la interdependencia entre estas dimensiones y de una convergencia en la que estos tres elementos se potencian y resultan ser condicionantes entre sí:

Ciudadanía + Salud = Atención de calidad

Ciudadanía + Atención de calidad = Salud

Salud + Atención de calidad = Ciudadanía

Bibliografía consultada

Baca Olamendi, L., Bockser Liwerang, J., Castañeda, F., Cisneros, I. Y Pérez Fernández del Castillo, G. (2000). *Léxico de la política*. México: Flacso-Conacyt-Seinrich Böll Stiftung.

Bauman, Z. (1994). *Pensando sociológicamente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Bourdieu, P. (2002). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2003). *Cuestiones de sociología* (2 ed.). Madrid: Ediciones Itsmo.

Bourdieu, P. (2003). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2008). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.

Bourdieu, P. (septiembre-diciembre, 2011). La ilusión biográfica. *Acta Sociológica*, (56), pp. 121-128.

Castro Vásquez, M. D. (enero-abril, 2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en Salud* (XXIX). México: El Colegio de Sonora.

Castro Vásquez, M. D. (Junio, 2011). Habitus Lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Revista mexicana de sociología*, 73(2), pp. 231-259.

Coronado Zarco, R., Cruz Medina, E., Macías Hernández, S. I., Arellano Hernández, A., y Nava Bringas, T. I. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25 (1), pp. 26-33.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), pp. 166-203.

Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México DF: La Prensa Médica Mexicana.

Fuentes Arderiu, X. (1998). A glossary of different ISO terms for metrology that are relevant to Clinical Laboratories. *Westgard QC*.

García, B. (2000). *Mujer, género y población en México*. México: Sociedad Mexicana de Demografía.

Grönroos, C. (1983). *Strategic management and marketing in the service sector*. Boston: Marketing Science Institute.

Hall, J. y Doman, M. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine* (27), pp. 935-939.

López Gómez, A. y Castro, R. (2010). *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República.

Matamala, M. I., Berlagosky, F., Salazar, G. y Núñez, L. (1995). *Calidad de la atención, género, ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Santiago de Chile: COMUSAMS-ACHNU.

Miranda, J.J. y Farmer, P. (2001). Social exclusion must be considered in global terms. *British Medical Journal*, 323 (7325), p. 1370

Molina Astúa, M., Quesada Mena, L. D., Ulate Gómez, D. y Vargas Abarca, S. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21 (1), pp. 109-117.

Palmer, U. H. (1983). *Ambulatory health care evaluation: Principles and practice*. (6 ed., Vol. III). Chicago: American Hospital Association.

Petracci, M., Ramos, S. y Szulik, D. (2005). Evaluación estratégica del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de Buenos Aires, Argentina. *Reproductive Health Matters*, 13 (25), pp. 60-71.

Solitario, R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (enero-diciembre, 2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: Su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de investigaciones*, 15, pp. 263-269.

Ulecia Martínez, M. Á. y Gómez Doblas, J. J. (2007). La calidad en cardiología. Desde la teoría a la aplicación práctica. *Revista Española de Cardiología*, 7, pp. 17-54.

WHO Working Group. (1989). The principles of quality assurance. *Qual Assur Health* (1), pp. 79-95.