



Revista Facultad Nacional de Salud  
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia  
Colombia

Cano, Sara M.; Giraldo, Alvaro; Forero, Constanza  
Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín,  
Colombia  
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 34, núm. 1, enero-abril, 2016, pp. 48-53  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12043924004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia

The concept of health quality: results of the experiences of care.  
Medellín, Colombia

O conceito de qualidade em saúde: resultado das experiências da  
atenção, Medellín, Colombia

Sara M. Cano<sup>1</sup>; Alvaro Giraldo<sup>2</sup>; Constanza Forero<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Maestría en Salud Pública, Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo electrónico: samacasi18@gmail.com

<sup>2</sup> Maestría en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.. Correo electrónico: alvaro.giraldo@udea.edu.co

<sup>3</sup> Maestría en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: constanza.forero@udea.edu.co

Recibido: 27 de mayo de 2014. Aprobado: 20 de octubre de 2015. Publicado: 12 de febrero de 2016.

---

Cano SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Pública 2016; 34(1): 48-53. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06

---

## Resumen

Este trabajo se realizó con usuarios del régimen subsidiado residentes en la comuna 16 de la ciudad de Medellín, Colombia, 2010. **Objetivo:** comprender las experiencias y significados que tienen los beneficiarios del régimen subsidiado de la comuna 16 sobre calidad de la atención en los servicios de salud. **Metodología:** investigación cualitativa – etnográfica. Se entrevistaron 10 beneficiarios del régimen subsidiado, mayores de 18 años, de ambos sexos. **Resultados:** el significado de calidad surge por las experiencias de los usuarios al recurrir a los servicios de salud. Para facilitar su comprensión se dividió el proceso de atención en 4 fases: pre-

atención, atención inicial, atención como tal y la post- atención. Para los usuarios la calidad depende de qué tan humano fue el trato que recibieron, si el problema fue resuelto o no y hasta qué punto sus expectativas se cumplieron. **Conclusión:** Las experiencias son diferentes en las distintas etapas del proceso y según sean ellas, serán los significados que a la calidad le dan los usuarios. Para los usuarios son fundamentales el trato humanizado, la equidad y la participación.

-----**Palabras clave:** Calidad de la Atención de Salud, Satisfacción del Paciente, Humanización de la Atención.

---

## Abstract

This study was conducted with users from the subsidized health regime living in district 16, in the city of Medellín, Colombia, 2010. **Objective:** to understand the experiences and meanings that users of the subsidized health regime living in district 16 have regarding the quality of care in health services. **Methodology:** qualitative and ethnographic research. Ten users of the subsidized regime were interviewed. They were over 18 and from either sex. **Results:** the meaning of quality emerges from the experiences of these users when using health care services. To facilitate their understanding, the health

care process was divided into 4 stages: pre-care, initial care, care per se and post-care. For users, quality is dictated by three factors: how humanely they have been treated, whether the problem was solved or not and the extent to which their expectations have been met. **Conclusion:** Experiences vary throughout the stages of the process and condition the users' meaning of quality. For users, humane treatment, equity and participation are vital.

-----**Keywords:** health care quality, patient satisfaction, humanization of health care.

---

## Resumo

Este projeto realizou-se com usuários do regime subsidiado residentes na comuna 16 da cidade de Medellín, Colômbia, 2010. **Objetivo:** compreender as experiências e significados que têm os beneficiários do regime subsidiado da comuna 16 sobre qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Metodologia:** pesquisa qualitativa – etnográfica. Entrevistaram-se 10 beneficiários do regime subsidiado, com mais de 18 anos, de ambos sexos. **Resultados:** o significado de qualidade surge pelas experiências dos usuários ao recorrer aos serviços de saúde. Para facilitar a compreensão do processo de atenção

dividiu-se em 4 fases: pré- atenção, atenção inicial, atenção como tal e a pós- atenção. Para os usuários a qualidade depende de que tão humano foi o trato que receberam, se o problema foi resolvido ou não e até que ponto suas expectativas se cumpriram. Conclusão: as experiências são diferentes nas diferentes fases do processo e segundo sejam elas, serão os significados que à qualidade lhe dão os usuários. Para os usuários são essenciais o trato humanizado, a equidade e a participação.

-----**Palavras-chave:** qualidade da atenção à saúde, satisfação do paciente, humanização da atenção

## Introducción

Tradicionalmente en el país la calidad en la prestación de servicios de salud se ha dirigido a extender la red de servicios, aumentar el personal médico y auxiliar de salud, asegurar la oferta de los medicamentos, mejorar la infraestructura y ampliar la cobertura [1]. La meta de salud en Colombia ha sido llevar salud a todas las comunidades y por lo tanto cubrir la mayor cantidad de población posible.

El punto de vista de los usuarios, sus necesidades, percepciones, significados y experiencias, generalmente no son tenidos en cuenta [1]. Las actividades y programas están comúnmente organizadas con base en el punto de vista de los técnicos o profesionales de la salud, desconociendo las necesidades y expectativas de la comunidad [2].

La calidad se considera un eje importante y determinante en la prestación de servicios de salud, tal y como lo contempla la ley 1438 de 2011 [3], ley 1122 de 2006 [4], ley 715 de 2001 [5], Resolución 1441 de 2013 [6], Resolución 123 de 2012 [7], Resolución 1043 de 2006 [8], y Decreto 1011 de 2006 [9].

Los significados que tengan los usuarios sobre salud y específicamente sobre calidad, son fundamentales en la formulación de las políticas de salud, para que éstas respondan a las verdaderas necesidades de la población y para asegurar la participación de los usuarios en los procesos de planificación y ejecución de las acciones en salud; según Ramírez, “nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente” [2].

Considerando los aspectos anteriores, podemos decir que el objetivo de este trabajo fue comprender las experiencias y los significados de calidad de la atención en salud de los beneficiarios del régimen subsidiado de la comuna 10 de Medellín.

## Metodología

Este trabajo se inscribe en el marco de la investigación cualitativa etnográfica, porque permite la comprensión de los fenómenos y su significación desde la propia realidad de las personas [10]. Además, posibilita un acercamiento a la subjetividad, busca comprender el punto de vista de los involucrados de acuerdo con el sistema de significados en su contexto particular. Por ello, estos acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones [11], el enfoque cualitativo permitió recuperar el discurso de los propios usuarios, a partir de la valoración de sus concepciones y experiencias y de reconocer que por medio de relaciones comunicativas, el análisis de la realidad cotidiana y la comprensión de la lógica que orienta el conocimiento y sus decisiones como actores clave de los servicios de salud [11].

Los participantes de la investigación fueron diez usuarios, tres hombres, siete mujeres, mayores de 18 años, sin discapacidad cognitiva, usuarios de los servicios de salud, afiliados al régimen subsidiado en cualquier nivel y habitantes de la comuna 16. Esta comuna está ubicada en la zona sur -occidental de la ciudad de Medellín y la mayoría de los habitantes pertenecen a los estratos socioeconómicos 2 y 3. A cada participante se le explicó el objetivo central de la investigación, se le garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información. Esta investigación no implicó ningún tipo de riesgo para los participantes [12].

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas, (identificadas con una E seguida del número correspondiente) la pregunta de investigación fue: ¿qué experiencias y qué significado de la calidad de la atención en salud tienen los pacientes del régimen subsidiado de la comuna 16 de Medellín?

Las entrevistas se realizaron en el sitio seleccionado por los participantes después de haber sido atendido en las instituciones de salud, en los diferentes barrios de

la comuna 16 (Belén). Hubo un primer contacto con un usuario a quien se le explicó el objetivo de la investigación y por medio de éste se logró captar a los demás (método de recolección bola de nieve). El tiempo promedio de duración de las entrevistas fue de 35 minutos.

Se utilizó también el diario de campo en el cual cada investigador llevaba un registro de las actividades y de las impresiones de cada sesión.

El procesamiento de la información se hizo en forma manual: se inició con una lectura individual de cada entrevista en donde cada investigador describió las impresiones y comentarios metodológicos, posteriormente se hizo una lectura grupal de cada uno de los comentarios y se inició el proceso de análisis propiamente dicho para identificar códigos, categorías y subcategorías y se construyó un sustento teórico (mapa mental) para escribir posteriormente el informe final.

En el proceso de análisis surgieron las siguientes categorías: *trato humanizado, comunicación, tutela, tiempo, experiencias buenas, experiencias malas, satisfacción y calidad*.

Para asegurar el rigor metodológico, se buscó lograr empatía con los entrevistados, realizando conversaciones informales previas antes de iniciar la entrevista, lo que aseguró la credibilidad, también se grabaron las entrevistas en cinta magnetofónica y se realizó la transcripción fiel de lo que los participantes dijeron. Los entrevistadores se presentaron como estudiantes de la Universidad de Antioquia e hicieron la aclaración de no pertenecer ni tener ningún tipo de vinculación con alguna institución prestadora de servicios de salud [13].

## Resultados

*Barreras:* para los participantes la calidad en la atención en salud depende de cómo logran resolver los problemas de salud y para ello deben realizar un proceso que consta de 4 fases: pre-atención, atención inicial, atención como tal y post-atención. El interés de los usuarios se centra en el trato que reciben y en el cumplimiento de sus expectativas.

*La pre-atención:* inicia desde el momento en el cual la persona decide buscar atención médica, hasta cuando hace el primer contacto con el personal de la institución. En esta fase aparecen barreras institucionales que dificultan el acceso a los servicios, tales como: imposibilidad en la consecución de citas porque no contestan al teléfono o las fichas que distribuyen para asignar los turnos, son insuficientes; inexistencia de contratos entre la Empresa Promotora de Salud (EPS) y la Institución Prestadora de Servicios (IPS) a la cual recurren. Otras barreras están relacionadas con ciertos comportamientos del usuario generados por limitaciones o desconocimiento como: presentarse sin fotocopia de la

cédula y carné de la EPS o no madrugar para hacer la fila donde entregan las fichas.

“Pues hay veces pido la cita por teléfono, pero cuando es una cosa urgente o quiero que me atiendan rápido, uno va allá mismo a la unidad intermedia, tiene que pedir ficho, hay que madrugar a las 5:00 de la mañana pa’ que le toque un buen ficho a uno, porque es mucha gente” (E6).

La segunda fase del proceso es la *atención inicial*, cuando ya el usuario consiguió la cita y tiene contacto directo con la institución, la recepcionista, secretaria o personal administrativo; allí debe cumplir una serie de actividades con el fin de lograr ser atendido. En este proceso se identifican unos nuevos obstáculos e incomodidades, entre los que están:

“daños en el sistemas “se cae el sistema”; excesivos trámites; esperas largas e incómodas; sillas y baños insuficientes; falta de aseo y espacios estrechos”.

“...esa sala de espera es muy incómoda, solo hay 2 baños, uno de mujeres y otro de hombres y allí es donde todo el mundo espera y la gente es mucha para solo dos baños y unas pocas sillas” (E4).

La tercera fase es la *atención* como tal, donde el usuario recibe la atención médica y espera encontrar solución a su problema, ayuda y comprensión. Se evidencia la importancia de la relación entre el profesional del área de la salud con los usuarios y esta relación se convierte en el componente central de la atención y quizá es a la que éstos le dan más importancia. El personal de salud, según los participantes, se convierte más en un interrogador y juez que en una persona que les brinda alternativas de solución al problema. Además expresan que el lenguaje que utilizan es demasiado técnico y muchas veces no hay comprensión mutua entre usuarios y empleados del sistema de salud; el personal de salud se convierte en una barrera más en el proceso de atención.

“yo iba con toda la intención de que el doctor me ayudará y lo que hizo fue regañarme, si yo hubiera sabido que me iba a regañar yo mejor no voy a esa cita” (E6).

“Lo que pasa es que uno a esa gente le habla y como que no le entienden a uno o yo no sé y ese doctor sí me dijo lo que yo tenía, pero yo no le entendí lo que él me dijo y no le pregunté otra vez, porque le estaba dando como rabia” (E3).

La fase final es la *post-atención*: allí hay dificultades y barreras similares a la pre-atención: exigencias de fotocopias, órdenes, trámites para que les autoricen medicamentos, ayudas diagnósticas y nuevas citas.

Estos procesos son complicados para los usuarios, pues requieren de tiempo, paciencia, conocer la ubicación de los diferentes servicios dentro y fuera de la Institución, tener elementos de normatividad para poder acceder a

los servicios y dinero, porque los costos de estos trámites generalmente son asumidos por los mismos usuarios: “Yo cada que tengo que ir a una cita es un problema, pues me toca conseguir plata, que para las fotocopias, que para la droga, que para el tinto mientras espero” (E5)

*Estrategias:* los usuarios buscan soluciones para poder acceder a los servicios de salud y lograr sobrepasar esas barreras. Las tácticas más usadas son: madrugar, no utilizar los servicios, no hacer nada o acudir a la tutela.

Madrugar: muchos usuarios hacen fila en las instituciones desde tempranas horas de la mañana, para conseguir una cita o un servicio el mismo día: “yo voy, madrugo a las 4:30 o 5:00 a hacer fila, para que me den la cita para por la tarde... de las que cancelan...” (E4).

Algunos usuarios prefieren no utilizar los servicios, porque las experiencias que han tenido no son buenas y optan por pagar un servicio particular.

“por eso prefiero salir, ir donde un médico particular a pagar \$25.000 pesos por una consulta y comprar los remedios que me alcancen, a no ir a esas partes a que lo traten a uno de loco. Yo si prefiero eso y hasta que pueda, lo voy a hacer” (E5).

Otros no hacen nada, prefieren callar y esperar pacientemente hasta que los atiendan, son pasivos, no reclaman, tal vez por temor a perder el beneficio del servicio: “siempre que voy me toca esperar mucho, pero mucho rato, yo no digo nada y espero hasta que me atiendan. Esa gente allá es muy brava” (E3).

La cuarta estrategia, es la gran táctica de los usuarios, la más importante: la tutela\*, que es utilizada como herramienta para lograr atención o un procedimiento, que según los prestadores de servicios, no está incluido dentro de los planes de beneficios. La tutela para los participantes del estudio, es la solución a los problemas de acceso y un mecanismo de defensa para todos aquellos usuarios a los cuales se les niega la atención y la salud, como derecho fundamental.

“Con todo lo de la tutela yo estoy aquí contando la historia, porque si no hubiera sido por la tutela, no hubiera podido realizarme los exámenes, ni la cirugía. Entonces uno tiene que recurrir a una tutela, para poder que lo pueda atender a uno bien”(E2).

*Significado de Calidad:* la calidad debería ser un elemento importante en la prestación de los servicios de salud. Existen diferencias entre la concepción que tiene el personal de salud y la que tienen los usuarios en relación con la calidad. Para los participantes calidad significa que lo atiendan rápido; el tiempo que reclama el usuario no es el de la duración de la consulta, sino la agilidad en la atención y en la realización de los trámites, de modo que se logre sortear las barreras que se

puedan presentar en el proceso. Exigen que la atención sea oportuna, se brinde inmediatamente: “... la atención fue súper excelente, ahí mismo la atendieron” (E2).

La segunda condición para que se logre la calidad, es que le solucionen el problema, lo cual significa que se cumplan los siguientes requisitos: le diagnostiquen lo que es, le quiten el dolor, le proporcionen los medicamentos adecuados y le asignen una próxima cita: “Para mí, calidad sería que me atendieran bien, qué me quitaran un dolor.” (E5)

El tercer condicionante para poder considerar un servicio con calidad, es el trato humanizado y éste depende de unos factores que son claves tales como:

“que lo miren a uno a la cara”, que le hablen, le contesten un saludo, “no lo miren como pobre”, lo traten como persona, como usuario o como cliente.

“ahí si lo atienden a uno como persona y no como “limosnero” (E3).

“... qué me respondieran un saludo, porque uno llega a allá y saluda y ni siquiera le responden, qué mal hecho; para mi calidad es que me digan buenos días o buenas noches, al menos que se note que llegó alguien, que me digan: con gusto o gracias o por favor, pero nada, todos son tan toscos, como a la defensiva a toda hora. Eso no es bueno” (E5).

## Discusión

Los hallazgos se refieren fundamentalmente a pacientes que fueron visitados en su casa y que habían hecho uso de los servicios de salud de algunas instituciones, debido a que no fue posible obtener la autorización para hacer el estudio con pacientes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Esta situación trajo como beneficio el haber podido conocer la visión de personas que visitaron diferentes instituciones y que coincidieron en sus apreciaciones acerca de la calidad.

Para los participantes del estudio, la calidad en salud, es cuando en las instituciones prestadoras de servicios los tratan de forma humanizada, a tiempo y le solucionen el problema; Donabedian [14] en 1980, propuso que calidad en la atención era aquella que proporcionará al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes y del Decreto 2309 de 2002 [15] del Ministerio de Salud de Colombia, anota que calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

\* Recurso judicial previsto en la Constitución Política de Colombia para la defensa de los derechos fundamentales de los ciudadanos (N. del E)



La normatividad en Colombia relacionada con calidad en la prestación de servicios de salud, van en una dirección que tiende más a lo técnico y a lo económico, mientras que las concepciones de los usuarios están encaminadas a un asunto más personal; la concepción de los usuarios son independientes de la tecnología, la estructura física de las instituciones y las normas que debe cumplir el personal de salud en cuanto a presentación personal, técnicas y procedimientos [16].

Hablar de calidad y más aún en el ámbito de salud no es fácil, dado a que los conceptos surgen de acuerdo a la interpretación personal expresada generalmente por la experiencia tenida, no son generalizables y surgen de la del significado de los diferentes tipos de actores involucrados en el proceso de la atención. El encuentro con el otro y la manera de comunicarse, son esencialmente importantes para crear estos significados [16]. Las experiencias de atenciones anteriores, la forma como lo atendieron, el trato, la demora, la rapidez y muchos aspectos más ya antes mencionados, son valoradas a la hora de conceptualizar la calidad [16]. El estudio de Múnera [17] confirma lo encontrado en esta investigación, pues los resultados fueron similares, en cuanto se refiere al trato por parte del profesional, la actitud, como eje fundamental en la prestación de servicios de salud, la comunicación, la oportunidad y la humanización del servicio [17].

El estudio realizado por Yepes [18], en el año 2000 coincide con aspectos hallados en este trabajo, tales como: el tiempo de la atención, el trato del personal o profesional de la salud y la percepción de la calidad por parte de los usuarios, los participantes de la investigación en mención también coincidieron con el de Yepes en que prefieren que los traten bien, amistosamente, con respeto y que se utilice un lenguaje fácil de comprender; justificando la concepción en que los profesionales sean solucionadores de problemas y no cuestionadores y jueces [18].

Londoño y Restrepo [19], presentan la tutela como el mecanismo más utilizado y más efectivo para el acceso a los servicios de salud, lo cual coincide con lo encontrado en este estudio, donde los pacientes entrevistados afirman que ha sido la mejor alternativa y la más utilizada para obtener o lograr ser atendidos por los prestadores de servicios de salud.

Yepes presenta tres condiciones arrojadas por su estudio para que haya satisfacción por los usuarios en la atención recibida, ellos son: un sitio adecuado, una buena interacción y tiempo suficiente para la atención [18]. En el presente trabajo se encontró que tanto el tiempo como el trato o la interacción son componentes importantes de la calidad, reafirmado lo hallado por el autor.

## Conclusiones

La calidad en salud es definida por los participantes de este estudio como el servicio que se presta a tiempo, donde se soluciona el problema y en el que se resalta el trato humanizado.

Al formular políticas, prestar servicios y elaborar planes, se debe involucrar a los usuarios de manera activa, ser participantes y reconocerles la autonomía para tomar mejores decisiones.

Los participantes hacen un llamado a una atención en salud desde el trato humanizado, la equidad y la participación no solo en el proceso de atención sino también en la toma de decisiones, a que los traten como lo que son y se merecen, que no los miren como “pobres”, que les contesten el saludo y les den explicaciones claras.

## Referencias

1. Gattinara B C, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Julio –Sept. 1995 425-438.
2. Ramírez TJ, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1998. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640102>. Consultado el 6 de mayo de 2014
3. Colombia. Ministerio de la Protección social. Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2011.
4. Colombia. Ministerio de la Protección social. Ley 1122 de 2006: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2006
5. Colombia. Ministro de Hacienda y Crédito Público. Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: El Ministerio; 2001.
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2013: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones Bogotá: El Ministerio; 2013
7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 123 de 2012: Modificatoria del artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, la cual adopta los Manuales de Estándares de Acreditación. Bogotá: El Ministerio; 2012
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006: por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2006

9. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2006
10. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 22-32.
11. Guber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. Bogotá; Grupo Editorial Norma. 2001.
12. Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio. 1993
13. Ardila A. Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de Unisalud, Investigación cualitativa con perspectiva Etnográfica. Tesis para optar al título de Magíster Scientiae en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública Bogotá D.C. 2006.
14. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press. 2003, 240 pág.
15. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2002: Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio. 2002
16. Castillo E, Vásquez ML, El rigor metodológico en la investigación cualitativa, Colombia Médica, Vol. 34 (3); 2003.pág 164-167
17. Múnera H. Calidad en la atención en salud: una mirada desde los usuarios de Medellín. Medellín 2009 [Tesis Maestría]. Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería; 2009.
18. Yepes-Delgado C. Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002; 20(1).
19. Londoño A, Restrepo J. La acción de tutela como alternativa de acceso a los servicios de salud: panorama nacional y análisis para Medellín, 2003. [Tesis Pregrado]. Medellín: Universidad de Antioquia .Facultad de Economía, 2005.