

Yepes D, Carlos E.
Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio
cuantitativo sobre la percepción de la calidad en salud
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32, 2014, pp. 104-112
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058127015>

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

Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud*

Unequal encounters that promote dependence in the health service: qualitative study on the perception of quality in health

Carlos E. Yepes D¹.

¹ Médico, especialista en Administración y en Gestión de Proyectos. Magíster en Salud Pública. Docente e investigador, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia. E-mail: caenye@epm.net.co.

Recibido: 21 de febrero de 2002. Aceptado: 23 de abril de 2002

Yepes CE. 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):9-22

Resumen

Históricamente, el tratamiento de la gestión de la calidad en lo referente a los servicios de salud se ha realizado desde la concepción técnica y desde la perspectiva del prestador de servicios de salud, con énfasis en los aspectos cuantitativos; esto ha llevado a estrechar la óptica y subvalorar el aprovechamiento que se puede lograr desde enfoques que, al recoger la interacción de las personas en el medio natural, permitan la construcción del significado que dicha relación tiene para cada uno de ellos. Con este estudio se pretende aportar algunos elementos para enriquecer, desde el enfoque cualitativo, el tema de la calidad en la prestación de servicios de salud, pilar de un adecuado sistema de salud que sea generador de bienestar y desarrollo. Si se entiende la responsabilidad que cada uno de los actores tiene en los sistemas de salud, en pro de la construcción de su propio desarrollo, se aprovechará mejor

el soporte conceptual que el interaccionismo simbólico provee y los elementos que la teoría fundada dispone para valorar la opinión de los usuarios, ya que su sentir debe incorporarse a la hora de establecer sistemas de salud más equitativos. En el presente trabajo se desarrolla el proceso de atención en salud, respetando los criterios éticos durante todo el estudio, desde las expectativas generadas con la necesidad de buscar ayuda, pasando por el proceso de negociación desde la diversidad de los actores, hasta deslizarse entre los conceptos íntimamente relacionados de satisfacción e insatisfacción, para llegar a concluir que los encuentros de la atención en salud, además de ser absolutamente desiguales, generan gran dependencia.

-----*Palabras clave:* calidad, satisfacción, atención en salud, dependencia.

* Primer lugar en las jornadas de investigación del II Congreso Internacional de Salud Pública, celebrado en Medellín en noviembre de 2001.

Abstract

The approach to management of quality in health services, has been historically carried out from the technical conception and from the perspective of health service providers, with an emphasis in quantitative aspects. This has narrowed the point of view and undervalued the profit achieved when focusing in the interaction of people in natural means, allowing them to construct the meaning that this relationship offers to each one of them. This study contributes with some elements to enrich the topic of quality in providing health services from a qualitative point de view, which is the pillar of an appropriate health system generating well-being and development. Once the responsibility of each one of the actors in the health systems is understood of behalf of their own development, the

conceptual support provided by the symbolic interaction will be fully advantaged as well as the elements of the grounded theory prepared to value the opinion of the costumes, since their feelings should be taked into account when establishing more equitative systems of health. In the present study the process of attention in health is developed, respecting ethical criteria throughout the whole study, that is to say the expectations generated in the necessity of looking for help, the negotiation process among different actors, and the closely related concepts of satisfaction and dissatisfaction, to conclude finally that the encounters in health attention besides being absolutely unequal, generate great dependence.

-----*Key words:* quality, satisfaction, attention in health, dependence.

Introducción

La calidad en la producción de bienes y servicios es uno de los múltiples aspectos relevantes socialmente desde el cual se evidencia el fracaso de la visión científica en el mundo contemporáneo [1]. El tratamiento positivista de la gestión de la calidad en lo referente a los servicios de salud estrecha dicha temática, a tal punto que cercena la imaginación y la creatividad y dificulta la construcción de otros enfoques que surgen de los factores involucrados en forma natural y de la interacción misma entre ellos, enfatizando el significado que dicha interacción tiene para cada uno de los que intervienen. En ese sentido, la calidad es no solo algo positivo y que cumple ciertos requisitos rígidos pre establecidos, sino también algo deseable y que puede nutrirse de ideas valorativas que hacen eco, como son lo bueno, lo bello y lo útil [1]. Esto implica una multiplicidad de juicios de valor sobre cada una de las propiedades del servicio de salud, de cuya calidad solo se ha hablado en los últimos años en términos de construcción de significado para los actores que intervienen en él.

El presente estudio no pretende más que aportar algunos elementos que enriquezcan el tema de la calidad desde el significado de los servicios de salud para los usuarios, describiendo las principales categorías relacionadas con la percepción de la calidad, explorando las expectativas que se tienen al buscar atención en salud e identificando las características que conforman la satisfacción e insatisfacción. Con el soporte conceptual de la interacción simbólica y los elementos de la teoría fundada se aborda el fenómeno desde el punto de vista del paciente, para continuar mostrando de esta forma la diferencia que se percibe cuando el asunto del estudio se construye desde el seno del mismo fenómeno.

Se parte del siguiente interrogante: ¿cuál es el significado que tiene la atención en salud con calidad

para el usuario de los servicios de salud? La razón estriba en que la inclusión de la opinión de los pacientes en la valoración de los servicios de salud ha venido ganando importancia a lo largo del tiempo, porque la efectividad de la atención médica se mide ahora de acuerdo con criterios tanto económicos como clínicos. Es así como el interés por las opiniones de los pacientes se desarrolló de modo concomitante con el interés sociológico por las relaciones interpersonales, lo que originó estudios de las relaciones médicos y pacientes, de los cuales los primeros demostraron la importancia de entender el punto de vista del enfermo [2].

Además, los usuarios de servicios de salud en el hemisferio occidental se han vuelto más críticos en lo referente a la atención que reciben, reclamando derechos como partícipes en la planeación y evaluación de los servicios de salud [3]. Esto llevó a que en la década del 80 se notara mayor presión hacia los proveedores de la atención en salud en algunos países como Inglaterra. Esto hizo que se solicitara el punto de vista de los pacientes para los procesos de monitoreo y mejora de la calidad de los servicios, lo que a su vez produjo aumento de publicaciones dedicadas a consideraciones sobre la influencia del público en los servicios de salud [4]. Dichas publicaciones forzaron a los dirigentes de los servicios de salud a promover una cultura del servicio orientada al consumidor, que permitiría adoptar una filosofía de la calidad total y organizar sistemas para manejarla.

Método

En el presente estudio se utilizó un enfoque cualitativo que permitió la comprensión de los fenómenos y su significación desde el propio mundo y la realidad de las personas. Entre los tratamientos teóricos más importantes en los cuales se sustenta la investigación cualitativa, se encuentra el interaccionismo simbólico, que plantea

que “lo que sucede aquí, es lo que los actores dicen que sucede” [5]. El interaccionismo simbólico se basa en tres premisas fundamentales: 1) los seres humanos actúan según el significado que las cosas tienen para ellos; 2) dicho significado surge de la interacción social que las personas tienen entre sí; 3) estos significados se modifican por medio de un proceso de interpretación que las personas utilizan al tratar con las cosas que se encuentran [6]. El interaccionismo simbólico permite el surgimiento de la metodología de investigación conocida como *teoría fundamentada* [7], que es una metodología que busca desarrollar teoría a partir de los datos que sistemáticamente se capturan y analizan; es una forma de pensar en ellos y de conceptualizarlos. Es así como durante el curso investigativo, la teoría se desarrolla y se construye dinámicamente por la relación entre recolección de datos y análisis. El rasgo fundamental de esta metodología es el empleo del denominado *análisis comparativo constante*, que permite lograr el énfasis de la metodología, es decir, la construcción de teoría [7]. El muestreo que emplea la teoría fundada es teórico, es decir, que no está predeterminado y se realiza según lo disponga la necesidad surgida por la teoría emergente.

En el estudio participaron 21 usuarios de servicios de salud residentes en los municipios de Caldas y Rionegro (Antioquia, Colombia). A todos se les pidió consentimiento informado para ser entrevistados, luego de haberles notificado de los objetivos y alcances de la presente investigación, y de haber adquirido con ellos el compromiso del manejo confidencial de la información y del mantenimiento de sus nombres en anonimato.

Según Glaser, la identificación de distintas piezas de información de acuerdo con criterios de ordenamiento se denomina codificación [7]. Dependiendo del momento investigativo, dicha codificación toma diferentes formas para permitir un tratamiento diferente de relación entre los datos y la teoría. Es así como en un primer momento descriptivo, se efectúa codificación abierta, que divide el dato y permite identificar algunas categorías, sus propiedades y su localización dimensional [8]. En un segundo momento se hace codificación axial, que reorganiza esos datos de una nueva forma, haciendo conexiones entre una categoría y sus subcategorías. Por medio del llamado modelo paradigmático, las subcategorías se relacionan con la categoría principal mediante diferentes condiciones que le dan precisión a dicha categoría [8]. Aquí la atención se centra en un fenómeno o idea central acerca del cual se dirigen una serie de acciones. En cada fenómeno se aborda el contexto, o sea la serie específica de propiedades del evento. Las condiciones causales son los incidentes que orientan la ocurrencia del fenómeno. Las condiciones de intervención son las expresadas por las estrategias de acción e interacción dentro del fenómeno y las

consecuencias son los resultados de la interacción. Un tercer momento apunta a la codificación selectiva, que pretende explicitar la línea de argumentación y definir las categorías subsidiarias que se relacionan en torno a la categoría principal, además de la validación de todas ellas con los datos y de la inserción de categorías que pueden necesitar refinamiento y desarrollo. La secuencia de estos momentos no es lineal, pues permite la superposición de ellos una vez se haya hecho la codificación abierta. El análisis es básicamente inductivo y abierto y busca saturar la categoría, o sea cuando la nueva información no aporte nada al desarrollo de la categoría [8]. Lo anterior permite concluir que las categorías deben emergir inductivamente y se deben saturar. En forma paralela a la codificación se elaboran notas marginales o memos donde se registran impresiones y comprensiones y también diagramas que permiten visualizar la relación entre las categorías [8].

La validez y confiabilidad se garantizan en este tipo de estudios desde el juicio de veracidad y autenticidad [9]. La veracidad es paralela al criterio de rigor convencional pero se basa en decisiones metodológicas muy diferentes a las de la indagación convencional. Este juicio de veracidad incluye credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmación. El criterio de autenticidad se fundamenta en las preocupaciones paradigmáticas, por lo que se le ha llamado criterio nativo [9], e incluye ecuanimidad, autenticidad ontológica, educativa, transformadora y fáctica. Los mecanismos por medio de los cuales se logró esto fueron el muestreo teórico, el contacto directo y prolongado del investigador con su estudio, su cercanía con la fuente de los datos y su permanente análisis, las descripciones completas de la información proporcionada por entrevistas y observación, además de la retroalimentación permanente de la conceptualización emergida al validarse continuamente con los datos nuevos [5].

El estudio principal se llevó a cabo desde febrero de 1999, durante 18 meses y consistió en cuatro momentos. En la primera fase, que duró ocho meses, se comenzó con la revisión bibliográfica, aspectos metodológicos, el acceso a los informantes y la primera recolección de datos, la cual incluyó las primeras siete entrevistas semiestructuradas, durante las cuales se realizó análisis concomitante mediante el procedimiento de codificación abierta sobre la transcripción íntegra del contenido y verificación. Desde entonces se elaboraron los primeros memos analíticos y se orientó la búsqueda bibliográfica que guiaba al muestreo teórico. En la segunda fase, que duró tres meses, se llevaron a cabo otras siete entrevistas, se continuó con el análisis por medio de la codificación abierta y además se comenzó a refinar, describir y relacionar las categorías que habían emergido, esto mediante la codificación axial principalmente. En

la tercera fase, que duró cinco meses, se realizaron las últimas siete entrevistas y se hizo análisis concomitante, por medio de la codificación abierta, axial y selectiva, lo que permitió refinar las categorías e identificar el proceso y la línea de argumentación del estudio. La cuarta fase duró dos meses y fue en la cual se estructuró el informe teniendo en cuenta que durante su escritura se continuó con el análisis. Es así como se logró la emergencia de una categoría principal: encuentros dispares generadores de dependencia, y de las subcategorías: sentir la necesidad de consultar genera expectativas, negociación que parte del diverso reconocimiento de la enfermedad y moviéndose entre la satisfacción y la insatisfacción. A continuación se presentan apartes solo de la categoría principal.

Resultados y discusión

Encuentros dispares generadores de dependencia

La referencia de encuentros dispares alude a los fenómenos de acercamiento presentes entre personas con diferentes características, necesidades, expectativas, saberes, intereses y visiones del mundo. La disparidad en el encuentro podría implicar el dominio de una persona sobre la otra y por lo tanto podría manifestar lo que Foucault denomina los micropoderes [10]. La disparidad en los encuentros, especialmente en la atención en salud, se da entre otras cosas por la diferencia del lenguaje entre el personal de la salud y los pacientes. Los encuentros dispares basados en la desigualdad existente entre los trabajadores de la salud y los usuarios son el fenómeno de análisis de la presente categoría.

Diversos estudios demuestran que la profesionalización puede convertirse en una estrategia ocupacional para mantener ciertos privilegios y recompensas monopólicas [11]. La base del conocimiento profesional es la racionalidad cognitiva según la cual la posición privilegiada de la profesión se fundamenta en una disciplina científica [11]. Dicha disciplina, al convertirse en cuerpo sistemático, puede llegar a ser una base para prácticas de rutina y así ser controlada externamente, y sería además susceptible de fragmentarse, de ahí que las profesiones de la salud, en especial, crean una barrera para protegerse de dicha rutinización y lo hacen con la indeterminación del conocimiento. Es así como se requiere toda una base hermenéutica desde las profesiones para evitar que a su conocimiento, una vez determinado, accedan otras personas. El poseer una base de conocimientos y el acceso a los pacientes en calidad de clientes proporciona en el sitio de trabajo grandes privilegios, representados en autonomía y control de su profesión sobre el proceso por el cual se presta el servicio. Es así como la profesión médica y

otras relacionadas con la salud han tenido relativo éxito al permanecer vigentes en su representación en la estructura de clases y el posicionamiento profesional en los últimos cien años, regulando el acceso a la prestación de servicios de salud [11].

Si a lo anterior se suma la situación del enfermo, se presenta una situación bastante desbalanceada teniendo en cuenta que este, por definición institucional, y según su papel se encuentra desamparado y, por ello, en necesidad de ayuda [12], además de no tener competencia para ayudarse a sí mismo y de relacionarse socialmente en un escenario dado con un grupo de personas que poseen un cuerpo de conocimiento indeterminado. Fundamentalmente se trata de un rol dependiente, que es lo que define el contexto o propiedades del fenómeno en mención en esta categoría principal [12]. Evidencia de ello se observa en una de las entrevistas del estudio: “Si el doctor me dice que hay que operarla, hay que operarla, pero si dice que eso tiene remedio con medicina y terapias y eso... pues yo acepto lo que me diga el doctor, o sea depende de lo que me diga el doctor, yo lo hago” (E15, P14)**.

La necesidad humana se define como un imperativo interior de los individuos, originada en su dependencia —natural o culturalmente construida— respecto de alguna realidad exterior que el sujeto vive como una carencia acompañada por la tendencia a satisfacerla [13]. Cuando el ser humano piensa en una necesidad, suele recordar algo que se impone; de ahí su carácter imperativo, y en esto se diferencia de otros rasgos humanos en los que intervienen la libertad, el deseo y la expresión creativa del individuo. La necesidad es algo que no se puede dejar de satisfacer sin pagar por ello. Si esa necesidad no se satisface, acarrea un costo en salud, que inclusive se puede pagar con la propia vida. La necesidad involucra también una tendencia, un impulso a colmar la carencia que se expresa en ella. La necesidad como tal es expresión y resultado a la vez de alguna dependencia [13]. Esto surge de algunas de las entrevistas del estudio:

“...Entonces yo fui y le pedí el favor a la enfermera y le dije: —Enfermera, me hace el favor y me ayuda a llevar la hermana mía al baño que hay que mover todos esos aparatos y yo sola no soy capaz y la que viene a ayudarme no ha llegado—. Entonces me dijo: —Ay, espérese un momento a ver que yo estoy muy ocupada. ¿Es que usted piensa que la hermana suya nada más existe aquí?—. Entonces a mí personalmente no me gustó el trato que le dio la muchacha, la trató de mala gana; la hermana mía se puso a llorar, y uno bien adolorido con tantos aparatos por toda parte. Ella se sintió muy incómoda y como ella no estaba enseñada a que la gente la ayudara para nada porque ella ha sido muy independiente toda la vida,

** Las referencias indicadas entre paréntesis corresponden a entrevistas hechas a pacientes en el curso de esta investigación cualitativa.

entonces ella se sintió muy mal y por supuesto yo también me sentí muy mal" (E7, P4).

Se podría hablar de una dependencia respecto del sistema de salud en grande y pequeña escala. A gran escala sería la dependencia del individuo respecto de sus necesidades en salud, que solo la organización social y sus recursos técnicos se pueden aproximar a suplir. A pequeña escala es la dependencia del individuo que consulta frente al otro individuo profesional de la salud y frente a los demás individuos que laboran en instituciones socialmente validadas como restablecedoras de la capacidad funcional de las personas en la sociedad. Es esa dependencia en esta pequeña escala la que emerge en este estudio, teniendo en cuenta que afecta la dependencia a gran escala y a su vez es afectada en forma dinámica por ella. Son tan diferentes las características entre prestadores y usuarios que muchos de esos usuarios consideran que su opinión tiene un menor rango frente a la del profesional, como se percibe en el comentario de uno de ellos: "Una pequeña opinión mía es como que montaran un lugar solamente para embarazadas y personas que tienen su problema de salud, por decirlo así" (E17, P2).

El escenario en el que se aborda dicha dependencia a pequeña escala, se genera a partir de la relación desigual que enfrentan el trabajador de la salud y el paciente. Y es allí en el hospital donde se encuentran el usuario con toda su construcción social de la enfermedad y el personal de la salud con su cuerpo de conocimiento indeterminado para acercarse en pro de los intereses de cada uno de ellos. Si bien es cierto que existen premisas que caracterizan la relación médico-paciente como neutral [11] y como perspectiva de choque [14], en el presente trabajo se abordará la relación entre el personal de la salud y el paciente como forma de negociación [15].

Si consideramos la negociación como un proceso que puede permitir a los actores sociales analizar y hacer compatibles las diferentes razones, intereses y actuaciones de su participación en la resolución de situaciones complejas, además de lograr acuerdos duraderos que sean respetados en el tiempo como base de una cooperación beneficiosa, dichos actores necesitarán compartir dos tipos de información: uno sobre la realidad social local con la problemática que conlleva y los recursos que posee para enfrentarla y otra sobre los intereses, los conocimientos técnicos y las alternativas de actuación de los actores involucrados [16].

Es así como en salud la relación entre trabajadores de la salud y usuarios se da en una relación de negociación, entendida como el proceso mediante el cual ambas partes —que tienen intereses tanto compartidos como diferentes— intercambian información a lo largo de un periodo, con miras a lograr un acuerdo que sostenga su

relación en el tiempo y que les aporte beneficio a ambos. Esto se observó en los relatos de algunos entrevistados:

“—¿Usted cómo se encuentra?—. Y le dije: —Pues, cólicos sí me están dando pero no tan fuertes—. Y entonces me dijo: —Vea, señora, lo que pasa es que llegó una señora de Cocorná y no hay camas y yo sé que usted vive allí arriba, entonces váyase y mañana viene, que usted va a tener una revisión general con cinco médicos. Entonces, si mañana viene el médico: —¿Que fulana de tal dónde está?—, yo le digo que la despaché para la casa porque vino otra paciente más enferma. Entonces yo le dije a ella que bajara a las ocho, que era el examen general” (E13, P4).

Si bien los prestadores de servicios de salud pueden tener ventaja sobre los usuarios por su conocimiento técnico, puede ser muy grande su desconocimiento sobre la realidad local y sobre las mismas características de la persona que consulta. Es mucho el terreno ganado por los usuarios en lo referente al conocimiento de la realidad local, y eso les permite interactuar con el prestador, ya que dispone de información valiosa que tiene grandes implicaciones sobre la recuperación de su estado de salud. En la medida en que ambos actores compartan la información que poseen en pro del interés de cada uno, se podría incidir en la posibilidad de lograr un consenso que lleve a mutuo beneficio.

Son precisamente las necesidades y las expectativas las que nutren principalmente la contraposición de percepciones y la construcción que ellos hacen del significado de la atención en salud. Estas contradicciones podrían ser abordadas de diferentes formas en la medida en que se pretenda acercar las partes iniciando por las necesidades comunes, así: una de las dos partes solicita colaboración a la otra, porque no puede resolver sus necesidades sola, y ella acepta y colabora en la solución, o ninguna de las dos partes decide o puede colaborar o las dos partes se dan cuenta de que si ambas no colaboran, será imposible construir en razón de los dos. Reconociendo que usuarios y prestadores no solo tienen intereses opuestos sino que pueden tener algunos comunes, deben intercambiar información a lo largo de un periodo de tiempo suficiente, que les permita lograr acuerdos para fortalecer las relaciones futuras.

La ciencia económica aporta al proceso de negociación la premisa de que se deben establecer una serie de condiciones que deben ser satisfechas por acuerdo entre las partes racionales, y además establece que a partir de ese conjunto de condiciones se puede generar un resultado único o varias alternativas de selección [16]. Desde la sociología social se tienen grandes aportes al proceso de negociar, ya que su concepción implica un proceso de aprendizaje en el que cada uno de los que intervienen conoce gradualmente lo que el otro demanda. Es así como cada uno de los actores investiga la contraparte [17]. Además, la sociología social

se nutre con campos como la persuasión, el cambio de actitudes, el poder, el manejo del conflicto y la justicia organizacional [18]. Por otro lado, en el proceso de negociación para la atención en salud se identifican y analizan interacciones entre unidades sociales complejas, con el objetivo de buscar mecanismos de cooperación con los cuales se asegure encuentros con resultados exitosos.

Se debe rescatar la importancia que tiene la toma de decisiones por parte de cada uno de los actores que participan en el proceso de la atención en salud, debido a que cada uno por manejar un “saber” ejerce una acción concreta en un momento concreto, demostrando el poder que cada uno de ellos tiene. Debido a que el poder que se manifiesta en el ambiente del encuentro hospitalario es desigual, se genera una relación de dependencia del paciente respecto del prestador por la gran necesidad que tiene aquel de este.

Lo anterior nos permite observar la estrecha relación que se da entre el encuentro desigual, la dependencia que se genera y el proceso de negociación que surge en la atención en salud. La interacción que se logra de estos elementos es permanente, en cada uno de los encuentros que se producen al sentir la necesidad y buscar los servicios de salud. A continuación se presentan algunas características propias de la interacción de los elementos en mención, mostrando las condiciones de intervención y algunas consecuencias de la misma interacción, además de la forma como dicha teoría se respalda en los datos.

El encuentro desigual que se da entre prestadores de servicios de salud y pacientes es un acto histórico, por lo tanto, es un acto no reproducible. Así como el pasado no regresa, es inútil la especulación sobre qué habría ocurrido si se hubiera hecho esto o aquello. La confianza que se produzca luego de cada encuentro puede ser aprovechada en el siguiente, pero siempre será decisivo el llamado *momento de verdad*, o primer contacto entre los actores, y así lograr que desde lo afectivo y desde lo cognitivo se construya una relación que pretende producir beneficios, así sean muy diferentes los intereses de quienes intervienen. Es claro que cada encuentro es irrepetible y se construye en un momento específico. En algunas de las entrevistas observamos una primera impresión positiva: “Yo entré por urgencias y ahí mismo me entraron, me atendieron y me hicieron unos exámenes y ya me dijeron que pa’ que me quedara y sí, la atención muy buena, muy bien todo” (E2, P2).

Siempre existe un riesgo en cada encuentro, que hace que una atención en salud no sea exitosa. Se identifican múltiples factores por parte tanto de oferentes como de pacientes, que afectarían la puesta en común y el entendimiento y esto genera gran insatisfacción por parte de una de las partes o de ambas. Si los factores mencionados son previos al encuentro se asocian generalmente con las expectativas no supliditas, si son

durante el encuentro se asocian principalmente con alteraciones de la comunicación, y si son posteriores, se asocian casi siempre con no obtener el resultado esperado, luego de la atención en salud. Un ejemplo de un encuentro no exitoso es este, en el cual no se dio la respuesta esperada a la inquietud presentada: “Cuando yo me sentía mal o necesitaba algo, le decía a la enfermera. Entonces la enfermera me decía: —Primero que todo esa pregunta o lo que usted siente se lo va a tener que decir al médico de turno” (E4, P6).

En algunos estudios se señala que, utilizando escalas de satisfacción, los investigadores consideran que hay un *continuum* de satisfacción en el cual tanto satisfacción como insatisfacción son extremos opuestos pero del mismo constructo [19]. Lo que es claro es la forma como las quejas por la atención en salud han aumentado y esto se debe principalmente a causas como fracaso en la visita, falta de cooperación entre médico y paciente, fracaso en el tratamiento, fallas en el diagnóstico, fallas al remitir, fallas al ingreso, etc. En lo referente a los profesionales de la salud, las quejas se centran en la pobre comunicación, la falla del diagnóstico y la insatisfacción con el tratamiento [19].

La relación entre satisfacción e insatisfacción no debe verse como dos polos contrarios de una misma línea que los divide en un punto neutral, de indiferencia o de cero satisfacción, cero insatisfacción. Percibida así linealmente solo se podrá tener algún grado de satisfacción o de insatisfacción pero no ambos a la vez. Separada la satisfacción de la insatisfacción, se corre el riesgo de descontextualizarlos y de perder la estrecha relación que tiene una respecto de la otra. Si en esta línea descrita, nos ubicamos en un punto que demuestre cierto grado de satisfacción, necesariamente allí no habrá nada de insatisfacción y esto contradice la sensación real de las personas. Este tipo de representación nos ubica fácilmente en la determinación de lo bueno y lo malo, y de allí se deriva la caracterización de los distintos aspectos para tener en cuenta en el proceso de atención en salud como buenos o malos, frecuentes en las encuestas de satisfacción (actitud del médico, trato recibido, tratamiento eficaz, diagnóstico adecuado y estructura locativa).

Debido a que el constructo de satisfacción parte de integrar diferentes aspectos, podría pensarse en una representación en la que dependiendo del valor que cada persona le dé a dichos aspectos (en términos de lo afectivo, lo cognitivo, el resultado, lo ético-religioso, etc.) y de la construcción que se realice por medio de la interacción de todos los elementos en juicio con la intencionalidad del actor, se expresarán las situaciones de satisfacción e insatisfacción que confluyen. Dicha intencionalidad genera unas expectativas, y es contra ellas de donde en último término emerge el constructo. De esta forma existe una relación dialéctica muy estrecha

entre satisfacción e insatisfacción y ambas coexisten con determinados grados, dependiendo de la interacción de los elementos en juicio. La estrecha relación entre satisfacción e insatisfacción como se propone en el presente estudio surgió de algunas entrevistas, así: “Me tocó uno de los médicos que atendía así, preguntando, y entonces me dijo: —Te voy a mandar unas pastillas—; llegó y apuntó. Y a mí una consulta así, no me sirve, porque yo salgo triste; pero qué casualidad que salí triste, salí con rabia y me sirvieron los remedios” (E5, P11).

Algunos aspectos teóricos que surgen y que son fundamentales para disponer de un mejor encuentro entre los actores relacionados en la atención en salud, son el sitio de encuentro, el tiempo dedicado y la interacción propiamente dicha o el intercambio de opiniones, espacios todos estos controlados por el prestador de servicios de salud.

Si bien es cierto que son múltiples los espacios en donde las personas comúnmente comparten sus diálogos, el sitio de encuentro para la atención en salud —por el hecho que implica— requiere de toda una disposición del espacio, que permita entre otras cosas generar confianza en un ambiente discreto y privado. El sitio es potestad del oferente, de allí que al no tener en cuenta al usuario, se favorece mayor desigualdad por la imposición tanto en lo locativo como en la posibilidad o no de privacidad. Un ejemplo de esto se observó en alguna de las entrevistas:

“Me pareció maluco que sobre todo en el pabellón de hombres, uno es desayunando o almorcando y eso falta de más técnicas en ese pabellón; que le pongan biombos a las camas, por lo que uno desayunando o almorcando y viendo otras personas defecando o vomitando, o tosiendo y desgarrando y uno almorcando, queda muy verraco. Uno bregándose a comer una sopa y otro desgarrando, uno no puede comer tranquilo, entonces eso es falta de más... de que le pongan biombos” (E4, P14).

Como se mencionó, el interés que se le preste al usuario es fundamental para el éxito del encuentro, de ahí que se requiera el tiempo que permita a ambos expresarse y entenderse lo suficiente como para tener muy claro el paso que sigue o lo que se puede esperar dentro del proceso de atención en salud. El tiempo es uno de los elementos básicos en el encuentro y también es factor de desigualdad pues es manejado por el oferente, de ahí que implique una relación de fuerza, intangible e inconsistente por naturaleza. Tener tiempo es poder esperar el momento más favorable para comunicarse con el otro y “aprovechar su mejor momento”, y así sacar el mayor provecho posible del encuentro. Algunos ejemplos de la disparidad del tiempo se observan a continuación:

“Ella —la doctora— casi nunca llegaba a tiempo al consultorio, pero en cambio el paciente tenía que estar a la hora exacta y si no, ella no lo atendía o le pegaba los

gritos del siglo, y me tocó ver una señora que estaba ahí esperando turno y entonces la doctora no llegó a tiempo, entonces ella me dijo: —Pues yo voy a irme a tomarme un fresco, pues la doctora está por allá, yo no sé dónde será y yo tengo mucha hambre—. Y yo le dije: —Vaya, que si ella llega, yo le digo—. Y resulta que no fue sino la señora voltear, para ahí mismo llegar la doctora. Pero ya hacía rato que debía haber llegado la doctora y entonces no quiso atender la señora” (E5, P16).

La interacción propiamente dicha alude al intercambio de conceptos relacionados con el motivo de la consulta, tras el cual se esconden diversas expectativas conforme a una determinada necesidad de las personas. Este es el momento donde, en mayor proporción, se observa cómo el comportamiento dominante de los prestadores influye sobre los usuarios y aunque la reciprocidad no se haga esperar, se genera todo un sistema de acciones y reacciones que llevan a favorecer el sostenimiento de una relación en la cual los usuarios durante sus procesos de atención en salud, siempre van a requerir del prestador para lograr estabilizarse y por ende estarán supeditados a la actuación de él. En el tiempo se refuerzan estas acciones que convierten la dependencia del lego respecto del profesional en un proceso lógico de quien sabe y muestra el camino a quien no sabe. En algunas de las entrevistas se reconoce la gran dependencia que se tiene del profesional: “Doctor, sálvemelo en todo caso, haga lo que sea en las manos de Dios y en las suyas, no tengo más qué hacer, yo no voy a poner en riesgo la vida de mi niño; cómo lo adoro y en verdad, ese muchacho para mí es la luz de mis ojos” (E16, P3).

Para que la interacción entre usuarios y prestadores de servicios de salud sea más productiva se requiere desarrollar un proceso comunicativo. Si se hace referencia a la definición de Mead, que plantea que la comunicación consiste en crear un estado de ánimo común entre aquel que comunica y el que recibe la comunicación, el encuentro es una actividad que necesita comunicar, y lo hace principalmente con el instrumento privilegiado del lenguaje [20]. La comunicación debe intervenir en la totalidad del encuentro. No hay encuentro sin comunicación, pues la comunicación implica la intervención de la personalidad completa con utilización simultánea de varios canales de transmisión, no siempre coherentes entre sí, con el objetivo casi inaccesible de poner en resonancia dos subjetividades ajenas la una respecto de la otra.

En realidad, la forma como se expresa cada individuo es única y no solo caracteriza su mensaje sino al mismo individuo. Cada uno traduce su experiencia de una forma propia, por la selección continua que hace de los diferentes aspectos del lenguaje por medio de las propias representaciones y de su capacidad para interpretarlas. Algunos relatos permiten observar el proceso de comunicación en los encuentros entre prestadores de

servicios de salud y usuarios: “Él nos habló, nos habló como a carta blanca y nos dijo en cuánto tiempo, más o menos, ella se iba a recuperar, y entonces eso es lo que yo espero de un hospital, porque es que muchas veces va uno donde el médico y lo examina y le coloca droga, pero no le dice esto para qué es, se la voy a aplicar o usted tiene esto, tiene aquello” (E7, P8).

Es fundamental que se identifique la diferencia entre necesidades e intereses en la atención en salud. Mientras que la necesidad es ese impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido, el interés representa el provecho, la utilidad, la ganancia. Un usuario cualquiera con múltiples necesidades al buscar atención puede tener un interés específico frente al encuentro y así lograr la anhelada satisfacción. Desde el prestador se debe tener en cuenta tanto lo uno como lo otro para acercar lo más posible su propuesta a la expectativa del paciente. Lo anterior se observó en una de las entrevistas: “Doctor, por favor, yo no estoy enferma pero ya le pagué la consulta, pero atiéndame que lo que quiero es conversar con usted” (E16, P9).

Según el grado de implicación del emisor en la comunicación, se afecta el propio mensaje condicionando el grado de atención y de motivación del receptor. Esto se evidencia así: “Sí, el día que le comenté, que yo quería saber qué daños podía tener mi bebé con la placenta de tamaño disminuido y él no me quiso contestar porque eso eran cosas que no me incumbían a mí sino al cuerpo médico” (E11, P10).

Por otro lado, algunos profesionales utilizan un lenguaje especial para hacerse entender, como en este segmento de entrevista: “Vea, hermano, el páncreas es así: una tripita así, el hígado está aquí, pero el hígado vos lo tenés todo rojo, debido a tanto guaro que le echaste está todo rojo, entonces qué pasa: el páncreas debe de estar así, entonces está haciendo contacto con el hígado y por eso es que te dan los cólicos” (E6, P9).

El lenguaje tiene diferentes funciones. La función referencial del lenguaje es la de transmitir ideas o también de hacer entender, sin ambigüedad, la realidad, el significado (objeto o concepto) por el empleo de significantes (palabras y disposición de las palabras). Aparte de esta función, se desarrollan otras como la emotiva, que permite que el emisor pueda comunicar la emotividad que mantiene respecto del tema del cual habla, imprimiéndole un juicio de valor: bueno o malo, deseable o repulsivo, etc. El lenguaje sirve para comenzar, mantener o parar una interacción, ya que las palabras no tienen en sí mismas ningún sentido verdadero. Es frecuente hablar con otro y que ninguno de los dos se escuche, pero alargan la conversación solo por el hecho de estar cerca el uno del otro, esta es la función factual del lenguaje.

En un encuentro de trabajadores de la salud y usuarios, es común la interacción de algunas de estas funciones, lo que lleva a realizar parcialmente el fin que se propone cada una de las partes, pero es obvio que debido al terreno y al contexto del encuentro, esto se presta para favorecer la desigualdad por privilegiar a los prestadores, con el consecuente fortalecimiento de la dependencia de unos sobre otros.

Conclusiones y recomendaciones

Es trabajo del propio lector definir el alcance del conocimiento generado acá, pues dependiendo de la posición que él asuma frente al fenómeno de estudio, se determinará su aplicación. Algunos aspectos de los planteados aquí pueden parecer un poco extraños para quienes trabajan en salud, pero no se debe olvidar que el punto en cuestión en este estudio es la perspectiva del usuario, de ahí que este trabajo con seguridad precisaría del punto de vista del profesional de la salud. Lo anterior responde a la intencionalidad del investigador, ya que hay demasiados estudios desarrollados sobre la conceptualización técnica y aparentes tratamientos de lo que el profesional cree que piensa el paciente. Por lo anterior, quien vive el contexto desde la percepción del usuario es quien puede además avalar y ver con más facilidad la aplicación del presente estudio. Se espera que el lector logre extractar aspectos relevantes y sus formas de aplicación, que permitan mejorar el juicio de valor que se genera luego de la atención en los centros de atención en salud. Algunos de esos aspectos concluyentes acompañados de su respectiva recomendación pueden ser los siguientes:

En la atención en salud es importante reconocer que usuarios y prestadores, realizan construcciones sociales diferentes de la enfermedad por la cual se genera el encuentro, y que se expresan en necesidades e intereses distintos. Identificar tales diferencias les aporta ostensiblemente para obtener resultados de mayor éxito en la prestación del servicio de salud.

El manejo que se dé a la indeterminación del conocimiento médico define el tipo de relación entre usuario y prestador, ya que favorece el mayor poder de control del agente de salud sobre el paciente. Es fundamental ser consciente de tal hecho para trabajar por parte de ambos actores en forma activa, en favor de relaciones más equitativas en los servicios de salud.

El proceso de atención en salud implica frecuentemente una serie de encuentros sucesivos en los cuales se intercambia información con la finalidad de mejorar el estado de salud de quien consulta. En cada uno de esos encuentros se podrían llevar a cabo negociaciones que permitan compartir conocimiento

bilateralmente y valorar y escuchar abiertamente el discurso del otro para sacar mayor provecho de él.

Los centros de atención en salud son verdaderos campos de fuerzas, en lo referente al poder en juego entre las personas que buscan el servicio y las que lo ofrecen. Si bien dentro del centro las reglas son impuestas por el prestador, facilitando su control sobre las situaciones que rodean la atención en salud, una vez el usuario sale, recupera el control de las condiciones que dependen de él para su recuperación. Esto se explica en parte por la forma como el trabajador de la salud considera al usuario como su objeto de trabajo. La atención en salud podría proporcionar, entre los actores involucrados, el logro de acuerdos mínimos que faciliten seguir las indicaciones del tratamiento, al reconocer el poder que cada uno de ellos tiene en diferentes momentos de la atención, en pro del objetivo común y respetando profundamente la idea ética-religiosa que cada uno tenga en su proceso de recuperación.

El trabajador de la salud puede potencializar la relación con los usuarios para favorecer lazos de respeto que faciliten el manejo de las relaciones y avanzar satisfactoriamente durante el proceso de recuperación de la salud. Una de las formas de hacerlo es dando una explicación al usuario siempre que lo deba esperar por la atención, y propender porque la espera sea lo más amable posible.

Buscar atención en salud ya es un primer paso en lo referente a la intención de recuperarla; así se podría reconocer por parte de los profesionales de este sector, quienes podrían disminuir la predisposición frente a la supuesta actitud irresponsable de algunos usuarios y reconocer la ansiedad que se siente al estar enfermo o en riesgo de muerte; podrían ponerse en el lugar del usuario y facilitar el proceso de adaptación cuando alguien es hospitalizado. Para el usuario es fundamental no sentirse solo.

El usuario de un servicio de salud prefiere al profesional que lo trata amistosamente y con respeto y que utiliza un lenguaje de fácil comprensión. Si bien los pacientes valoran la idoneidad del personal de la salud, ellos siempre reconocen primero el buen trato y la valoración que se haga de ellos. Ser consciente de esto permitirá a los prestadores, entre otras cosas, valorar el tiempo de los usuarios como el de ellos mismos y facilitar la comunicación, logrando disminuir algunos determinantes de la dependencia en la atención en salud.

Reconocimientos

Al profesor Álvaro Giraldo Pineda, asesor del presente trabajo, por su acompañamiento, su entrega y su conocimiento; aportes estos compartidos de manera singular, al mejor estilo socrático, que permitieron que la investigación avanzara y se reconstruyera en cada momento, demostrando que la humildad y el conocimiento pueden ir de la mano.

Referencias

1. Passos R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washington: OPS; 1997. (Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, No 4). 157 p.
2. Cartwright A. Patients and their doctors. A study of general practice. London: Routledge and Kegan Paul; 1967.
3. Van Maanen HM. Evaluation of nursing care: quality of nursing evaluated within the context of health care and examined from a multinational perspective. In: Wills LD, Linwood ME (eds) Measuring the quality of care. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984. p. 3-43.
4. Jones L, Leneman L, MaClean U. Consumer feedback for the NHS. King Edward's Hospital Fund for London. 1987. Citado por: Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997;45(12):1.829-1.843.
5. Schwartz H, Jacobs J. Introducción a las bases conceptuales de la metodología de investigación cualitativa en salud. Métodos cualitativos y métodos cuantitativos, dos enfoques a la sociología. México; 1984. p. 22-57.
6. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Citado por: Ritzer G. Teoría sociológica contemporánea. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p. 213-261.
7. Glaser BG, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
8. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park CA: Sage; 1990.
9. Lincoln YS. Sympathetic connections between qualitative methods and health research. Qual Health Res 1992;2(4):375-391.
10. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI; 1966. 280 p.
11. Turner BS. Professions knowledge and power. En: Medical power and social knowledge. Londres: Sage; 1987. p. 131-156.
12. Parsons T. El sistema social. Madrid: Revista de Occidente; 1996. p. 569.
13. Sempere J. La necesidad humana como dependencia. Revista Internacional de Sociología 1999;23:131-144.
14. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Península; 1987.
15. Morgan M, Calnan M, Manning N. Sociological approaches to health and medicine. Citado por: De La Cuesta C. An exploratory investigation of the sources of patient satisfaction in ambulatory care. Social Sciences in Health 1997;3(4):222-231.
16. Ganeva I, Marín JM. Capacidad de negociación en el sector salud. 2a. ed. Guatemala: OPS; 1994.
17. Cross JG. Negotiation as a learning process. Journal of Conflict Resolution 1977;21:581-606.
18. Lewicki R, Litterer J. Negotiation. Homewood, Illinois: RD Irwin; 1985.
19. Mulcahy L, Tritter J. Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfaction and complaints. Sociology of Health and Illness 1998;20(6):825-847. Citado por: Coyle J. Exploring the meaning of "dissatisfaction" with health care: the importance of personal identity threat. Sociology of Health and Illness 1999;21(1):95-124.
20. Ritzer G. Interaccionismo simbólico. Cap. 5. Teoría sociológica contemporánea. 3a. ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993. p. 213-262.