



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Delgado-Gallego, María E.; Vázquez-Navarrete, María L.; de Moraes-Vanderlei, Lygia
Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en
Colombia y Brasil

Revista de Salud Pública, vol. 12, núm. 4, 2010, pp. 533-545

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217796001>

- 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

Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil

Quality of health-care according to social actors' frameworks of meaning in Colombia and Brazil

María E. Delgado-Gallego¹, María L. Vázquez-Navarrete² y Lygia de Moraes-Vanderlei³

1 Instituto de Psicología. Universidad del Valle. Cali, Colombia. maria.delgado@correounivalle.edu.co

2 Grup de Recerca en Polítiques sanitàries i serveis de salut (GRPSS). Servei d'Estudis i Prospectives en en Polítiques de Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España mlvazquez@consorci.org

3 Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife-PE, Brasil. lygiacarmen@imip.org.br

Recibido 11 Febrero 2010/Enviado para Modificación 3 Octubre 2010/Aceptado 30 Octubre 2010

RESUMEN

Objetivo Analizar los marcos de sentido en la definición de la calidad de un servicio de salud de los diversos actores sociales en Colombia y Brasil.

Método Estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas individuales en dos municipios de Colombia y Brasil. Muestra teórica de agentes sociales, buscando variedad del discurso: a. Usuarios y líderes; b. Personal de salud y; c. Formuladores de políticas. Análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación de los datos por país, informantes y temas.

Resultados Los marcos de sentido desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias en torno a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron, no obstante, matices diferenciadores: los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos como disponibilidad y accesibilidad de recursos, y en aspectos técnicos, como resolutividad y calidad técnica. El personal de salud de Colombia y Brasil mostró similitudes, pero mientras los primeros destacaban más una administración ágil y tiempo de consulta mayor; los segundos, más disposición de personal especializado, materiales e insumos suficientes. Por su parte, el marco de sentido de los formuladores emergió del conjunto de normas legales.

Conclusiones Los matices aportados por los distintos marcos de sentido de calidad de los actores sociales, indican la necesidad de tenerlos en cuenta en su totalidad, ya que apuntan a diferentes debilidades del sistema. Además, muestran que los usuarios profundizan más en aspectos técnicos del servicio de lo considerado habitualmente.

Palabras Clave: Evaluación de servicios de salud, calidad de la atención de salud, investigación cualitativa, Colombia, Brasil (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyse social actors' frameworks of meaning regarding the definition of health-care quality in Colombia and Brazil.

Method This was a descriptive, interpretative, qualitative study which used focus-groups and individual indepth interviews in two municipalities in Colombia and Brazil. The following social actors were theoretical sampled to represent the variety of views: users and leaders, health-care personnel and policy-makers. Content was analysed with mixed generation of categories and segmentation by country, actors and themes.

Results The frameworks of meaning regarding health-care quality for users and health personnel in both countries revealed coincidences concerning three main topics: structural suitability, technical level and humanisation of care. However, they had differentiated meanings; users from both countries highlighted structural and organisational aspects, together with technical aspects such as resolution level and quality of care. Colombian and Brazilian health-care personnel shared some views but whilst the former highlighted non-bureaucratic and consultation time, the latter singled out the availability of specialised personnel, materials and equipment. Policy-makers' framework of meanings emerge from the legal framework.

Conclusions Features provided by the social actors' frameworks of meaning indicated the need to take them all into consideration as they all pointed out different system weaknesses. They also showed that users valued technical quality more than is generally considered.

Key Words: Health service research, health care quality, qualitative research, framework of meaning, Colombia, Brazil (*source: MeSH, NLM*).

La evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha venido convirtiendo en una preocupación creciente en las últimas décadas. Se ha definido de muchas formas, siendo la propuesta de Donabedian (1) una de las más aceptadas. Sin embargo, no hay una definición universal: el concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, no es el mismo y cada uno valora de forma diferente sus componentes (2). La evaluación de calidad se ha convertido en un área de conocimiento, apoyada en métodos y técnicas de las ciencias sociales, con dos vertientes: la evaluación desde la perspectiva de los profesionales y desde los usuarios, siendo la primera inicialmente más utilizada (3). La evaluación desde la perspectiva de los usuarios ha tomado relevancia desde las reformas del sector salud. Las estrategias para su evaluación se han apoyado básicamente en dos modelos: el de la satisfacción del usuario a partir del concepto de calidad propuesto por Donabedian (1), y desde el modelo de la discrepancia o desconfirmación propuesto por Parasuraman (4).

Desde estos modelos, la calidad de los servicios de salud se ha analizado adoptando una metodología cuantitativa, encuestas a usuarios; donde la mayoría de los cuestionarios que se utilizan, con excepción del SERVQUAL, carecen de marcos conceptuales sólidos (5). Evalúan la satisfacción desde una perspectiva general, sin considerar aspectos muy relevantes pero complejos, como los aspectos técnicos y resultados en salud (5-7). En Latinoamérica la evaluación de la calidad en los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios ha sido limitada (8,9). En los últimos veinte años se ha analizado en encuestas nacionales (10,11) y regionales (12) de salud que incluyen la satisfacción con los servicios de salud, sobre todo en aspectos del proceso. Recientemente se validó un instrumento para medir la calidad percibida por usuarios de Hospitales de Colombia (13). Otras encuestas han evaluado la satisfacción en servicios, en programas o instituciones en particular (14-16). Estos métodos no permiten que emerjan otras preocupaciones de los usuarios, ni comprender el significado que tiene la calidad en la atención en salud para las personas. Esto deriva en poca adherencia a los tratamientos, no utilización de los servicios de salud o mal uso de estos (3).

Las personas construyen la realidad a partir de prácticas y discursos cargados de significados, desde los cuales orientan sus acciones. Estos significados o marcos de sentido son construidos en la interacción con otros, situados culturalmente; se basan en valores, percepciones y creencias influidos por su contexto cultural (17). Los servicios de salud son una construcción social, que se produce en una trama compleja de relaciones entre diversos actores sociales; por tanto su evaluación requiere alternativas epistemológicas y metodológicas. El giro epistemológicamente es considerar los conocimientos situados de los diferentes actores sociales, que desde sus marcos de sentido construyen y "miran" la realidad (18). Por otro lado, es utilizar una metodología cualitativa, que permita abordar en profundidad estas "miradas". El objetivo del artículo(31), que presenta resultados parciales de una investigación más amplia (19), es analizar los marcos de sentido, con el que construyen e interpretan la calidad de un servicio de salud, diversos actores sociales implicados en Colombia y Brasil.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio y área de estudio

Estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo. En Colombia se tomó la zona urbana del municipio de Tuluá con 184 725 habitantes, y la zona rural de Palmira con 283 431 habitantes, del departamento del Valle del Cauca en el Suroeste

del país; y en Brasil, la zona rural de Cabo Santo Agostinho con una población de 149 964 habitantes, y la zona urbana de Camaragibe con 118 968, del estado de Pernambuco en el Noreste del país. Criterios de selección: Constituir el máximo nivel de descentralización del sistema de salud, tener implementadas las reformas en el sector salud, así como tener densidades demográficas contrastantes.

Muestra

Muestra teórica, con diferentes grupos de actores donde podían circular discursos diferentes: Usuarios (U) desde los 18 años, de distintos estratos sociales y sexo; líderes (L); personal de salud (PS); miembros de consejos municipales de salud (CMS) en Brasil y formuladores de políticas (FP) municipales, estatales, y a nivel nacional sólo en Brasil (Tabla 1).

Tabla 1. Composición final de la muestra Colombia y Brasil

| Tipo de actor social | Colombia | | Brasil | |
|---|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| | Entrevistas Individuales | Grupos focales | Entrevistas Individuales | Grupos focales |
| Miembros del CMS | | | 12 | |
| Usuarios | | 210 (20) | 24 | 111 (10) |
| Líderes comunitarios | | 40 (05) | 8 | 6 (1) |
| Personal salud (gestores, profesionales y encargados de atención al usuario). | 36 | | 24 | 13 (2) |
| Formuladores (nivel municipal) | 2 | | 2 | |
| Formuladores (nivel nacional y estatal) | 1 | | 7 | |

El número en parentesis es la cantidad de Grupos Focales

Recolección de información

Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas (E) y grupos focales (GF). Las guías de entrevistas individuales y de los grupos focales poseían una parte común y otra específica según el tipo de actor, e incluían además dos preguntas: ¿Qué es para Ud. un servicio de salud de buena calidad?, ¿Que es un servicio de mala calidad? La duración de las entrevistas y GF fue de 60 a 90 minutos, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas textualmente.

Análisis y calidad de los datos

Se realizó un análisis de contenido, por etapas diferenciadas: 1. Segmentación de los datos por cada país, municipios y actores. 2. A partir de las dos preguntas se codificaron datos e identificaron categorías emergentes. 3. Comparándolas constantemente, se agruparon en cuatro grandes categorías y subcategorías; el análisis se apoyó en el programa Ethnograph v 5.8. La calidad de los datos se logró: discutiendo los resultados con los informantes; triangulando: información de distintos grupos de informantes, diferentes técnicas y varios investigadores en el análisis.

RESULTADOS

De los discursos emergen categorías básicas y subcategorías que componen el marco de sentido, a partir del cual los actores construyen lo que es un servicio de salud de calidad. Categoría 1: Adecuación de la estructura; subcategorías: accesibilidad al servicio, accesibilidad a la información, disponibilidad de recursos. Categoría 2: Nivel técnico de la atención; subcategorías: resolutivez, cualificación técnica del personal de salud. Categoría 3: Humanización de la asistencia; subcategorías: relaciones empáticas, comunicación clara y escucha atenta, relaciones respetuosas, trato igualitario. Categoría 4: Capacidad de atender quejas y reclamos de los usuarios; subcategorías: capacidad de recepción y solución a reclamaciones por parte de las instituciones. Si bien en estas categorías los discursos de casi todos los actores convergen y se anclan, es en las subcategorías donde circulan diferencias y matices de sentido propias de cada grupo de actores tanto en Colombia (Cuadro 1) como en Brasil (Cuadro 2).

COLOMBIA

Adecuación de la estructura de servicios

Esta categoría se presenta con fuerza en el discurso de casi todos. Usuarios valoran mucho la accesibilidad al servicio: tiempo para ser atendidos, el trato igualitario que deben darles los actores institucionales, una gestión administrativa ágil y coordinada entre todas las instituciones involucradas en el servicio, y el tiempo adecuado de consulta. Además es significativo para usuarios y personal de salud, acceder a la información y la disponibilidad de recursos (Cuadro 1).

Accesibilidad: El tiempo para ser atendidos: Que no haya que hacer colas tan largas, o esperar tanto (U Tuluá). **Trato equitativo:** Para mí buena calidad, es no llegar uno a un Hospital o a una EPS... y llega un rico a la misma vez y... hay algunas enfermeras que primero atienden al rico que al pobre, viendo que todos tenemos igualdad de derechos. (U Palmira). **Una gestión administrativa ágil:** que uno vea que hay agilidad, coordinación entre las instituciones (L Palmira). **Acceder a un tiempo adecuado de consulta:** Buen servicio es donde el Dr. por ejemplo, lo examina a uno bien...pregunta...y toma su tiempo para eso, y no es a la carrera y ya.... váyase (U Tuluá).

Accesibilidad a la información: Que se nos oriente en los papeleos que hay que hacer y no nos manden de un lado para otro y uno sin saber que hacer (L Palmira).

Disponibilidad de recursos: hay servicios que lo atienden a uno bien, pero no tienen instrumentos ni nada (U Tuluá)... que existan los profesionales para cada cosa...medicinas que sirvan (U Tuluá). Primero es la infraestructura, que haya los equipos necesarios y personal capacitado para dar esta atención y esta demanda del usuario. (PS Palmira).

Cuadro 1. Categorías y subcategorías que definen un servicio de salud de calidad, según usuarios, líderes, personal de salud y formuladores en Colombia

| Categorías | Usuarios y líderes | Personal de salud | Formuladores de políticas |
|-------------------------------|---|---|---|
| Adecuación de la estructura | <i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir atención. -Equidad en la atención. -Gestión administrativa ágil y coordinada dentro y entre las instituciones. -Tiempo adecuado de consulta | <i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir atención. -Gestión administrativa ágil y coordinada dentro y entre las instituciones. Gestión razonada de gastos. | <i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir atención |
| | <i>Accesibilidad a la información</i> -Orientación sobre trámites administrativos. -Sobre estado de salud de familiares. -Sobre servicios sanitarios como programas de P y P. | <i>Accesibilidad a la información</i> -Orientación sobre trámites administrativos - Sobre estado de salud de usuarios y parientes. | |
| | <i>Disponibilidad de recursos.</i> -Recursos físicos suficientes y adecuados -Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas. -Recursos humanos suficientes y especializados. | <i>Disponibilidad de recursos</i> -Recursos físicos suficientes y adecuados. -Recursos humanos suficientes y especializados. | |
| Nivel técnico de la atención | <i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud. -Medicinas de calidad, que curen. | <i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud. | <i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud. |
| | <i>Cualificación técnica del personal de salud</i> -Profesionales capacitados -Exploración física o clínica del usuario. | <i>Cualificación técnica del personal de salud</i> -Profesionales capacitados -Exploración clínica al usuario | |
| Humanización de la asistencia | <i>Relaciones empáticas y respetuosas</i> -Trato amable y cálido. -Interés manifestado por el usuario -Consideración y confidencialidad | <i>Relaciones empáticas</i> -Trato amable y cálido. | <i>Relaciones empáticas</i> -Trato amable y cálido |
| | <i>Comunicación asertiva</i> -Receptividad en la comunicación -Información clara a los usuarios. | <i>Comunicación asertiva</i> -Receptividad en la comunicación. -Información clara a los usuarios | |

Nivel técnico de la atención

Calidad en el servicio significa para muchos usuarios, líderes y personal de salud, la resolutividad de los problemas de salud que debe dar el sistema; y esto tiene sentido para ellos, cuando se hacen intervenciones clínicas que resuelvan el problema, cuando se utilizan medicinas de calidad como lo señalan muchos usuarios... que la institución esté en capacidad de hacer una resolución de todos los problemas que tenga el paciente. (PS Tuluá)... en un buen servicio le tienen que 'dar con el

chiste' a uno...Que uno vea que si mejoró (U. Tuluá). Los aspectos relacionados con la calidad técnica del personal de salud, no sólo son percibidos y significados por el personal de salud, sino que muchos usuarios construyen y describen la calidad desde esa categoría. Esta la perciben en la competencia del médico cuando hace exploración física o clínica, cuando utiliza ayudas diagnósticas tecnificadas y en el acierto con los tratamientos: Médicos profesionales y competentes, porque muchas veces es como la Dra. que mandaron aquí, que ni siquiera le hacía caso a uno, a lo que uno hablaba. El médico tiene que valorarlo a uno, examinarlo, mandarle sus exámenes porque eso así que: me duele aquí y le digan a uno tome Ibuprofeno y ya, no... eso es mala calidad. (U Palmira). (Cuadro 1).

Humanización de la asistencia

Los discursos de todos los actores convergen al considerar que relaciones adecuadas entre usuarios-personal de salud-administrativos, significan calidad. Usuarios y líderes valoran positivamente diferentes aspectos de unas relaciones empáticas: amabilidad, calidez, respeto y confidencialidad: que uno llegue y lo saluden al menos, le traten bien....en el hospital las enfermeras cuando uno se queja se enojan, lo gritan a uno, el buen trato es sinónimo de buena calidad...(U Tuluá). Cobra mucho sentido para personal de salud, pero más para usuarios, una comunicación asertiva: clara, atenta y receptiva por parte del personal de salud: Buena calidad....una actitud de comunicación muy sana, amable, muy directa, muy clara en términos de comunicación que entendamos (U Tuluá). Pues atender bien el paciente, escucharlo bien con atención y que el cliente salga satisfecho del servicio recibido (PS Tuluá) (Cuadro 1).

Capacidad de atender las quejas y opiniones de los usuarios

Sólo algunos gerentes y encargados de las OAU tienen dentro de su marco interpretativo de calidad, la receptividad a las reclamaciones y opiniones de los usuarios: Bueno creo que atender las quejas de la gente es necesario...oír sus opiniones...eso nos ayuda a mantener y a mejorar la calidad (PS Palmira).

BRASIL

Adecuación de la estructura de servicios

Esta emerge del discurso de casi todos los entrevistados. Al igual que en Colombia, es muy significativo para usuarios y líderes, la accesibilidad al servicio. Así mismo, el acceso a la información y la disponibilidad de recursos, son aspectos que desde los conocimientos situados de todos los actores, configuran un servicio de calidad (Cuadro 2).

Cuadro 2. Categorías y subcategorías que definen un servicio de salud de calidad, según usuarios, líderes, personal de salud y formuladores en Brasil

| Categorías | Usuarios y líderes | Personal de salud | Formuladores de políticas |
|------------------------------|---|---|---|
| Adecuación de la estructura | <i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir la atención. -Equidad o trato igualitario en la atención. -Gestión administrativa ágil y coordinada. -Tiempo adecuado para la consulta. -Tener atención domiciliaria. <i>Accesibilidad a la información</i> -Orientación sobre trámites administrativos. -Sobre servicios sanitarios. | <i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir la atención. -Tener atención domiciliaria. | <i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir la atención. |
| | <i>Disponibilidad de recursos.</i> -Recursos físicos suficientes y adecuados -Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas. -Recursos humanos suficientes y especializados. | <i>Disponibilidad de recursos.</i> -Recursos físicos suficientes y adecuados -Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas. -Recursos humanos suficientes y especializados. | <i>Disponibilidad de recursos.</i> -Recursos físicos suficientes y adecuados -Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas. -Recursos humanos suficientes y especializados. |
| | <i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud. -Transferir usuarios a niveles especializados necesarios. | <i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud. -Transferir a usuarios a niveles superiores de atención clínica | <i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud. |
| Nivel técnico de la atención | <i>Cualificación técnica del personal de salud</i> -Profesionales capacitados -Exploración física del paciente. -Atención integral en salud: prevención y promoción. | <i>Cualificación técnica del personal de salud</i> -Profesionales capacitados. -Atención integral en salud: prevención y promoción. | <i>Cualificación técnica del personal de salud</i> -Profesionales capacitados. -Atención integral en salud: prevención y promoción. |
| | <i>Relaciones empáticas y respetuosas</i> -Trato amable y cálido <i>Comunicación asertiva</i> -Receptividad en la comunicación. -Información clara a los usuarios. | <i>Relaciones empáticas</i> -Trato amable y cálido <i>Comunicación asertiva</i> -Receptividad en la comunicación. - Información clara a los usuarios. | <i>Relaciones empáticas</i> -Trato amable y cálido |

Accesibilidad: El tiempo para ser atendidos: Calidad sería no tener que hacer filas, no tener que disputar por una ficha.... (U Cabo). El trato no excluyente a los usuarios: ...un servicio de calidad debe de tratar bien a todos sin distinciones... (U Camaragibe). Una gestión administrativa ágil. Al igual que los usuarios de Colombia, en Brasil

es significativo el tiempo que el personal médico dedique a la consulta: ... en un mal servicio se tiene poco tiempo para ser atendido por el médico (U Camaragibe).

Accesibilidad a la información: ...que se nos oriente, nos informen en las cosas que hay que hacer para el servicio... (Usuarios Camaragibe). En Brasil más que en Colombia, los formuladores señalan que la falta de información en algunas instituciones de salud, tiene un sentido negativo en la calidad del servicio.

Disponibilidad de recursos: Contar con una buena infraestructura, tener buenas condiciones de higiene (PS Cabo). Tener médicos suficientes, para atender las 24 horas (PS Camaragibe). Que se tenga recursos materiales físicos, humanos compatibles a con la misión de ese servicio (FP Camaragibe).

Nivel técnico de la atención

Al igual que en Colombia, circula en el discurso del personal de salud, y en el de muchos usuarios y líderes, que la calidad es resolver los problemas de salud, mediante una buena intervención clínica, y transferir a los usuarios cuando sea necesario a niveles especializados: servicios de calidad son esos donde los profesionales resuelvan aquellas cuestiones y problemas de salud de aquel usuario, en aquel momento. (U Cabo). La cualificación técnica del personal de salud, significa calidad para todos los actores; ésta competencia del personal médico es percibida por los usuarios como una buena exploración física o clínica: ...Médicos con conocimiento... a mi me atendía uno que nunca sabía lo que yo tenía (U Cabo); Un médico que nos examine bien, que nos pregunte todo.....que nos responda (U Camaragibe). A diferencia de Colombia, todos los actores consideran como calidad la promoción y la prevención (Cuadro 2).

Humanización de la asistencia

Al igual que Colombia, todos los actores entrevistados, construyen la calidad del servicio a partir de relaciones empáticas y respetuosas. Los usuarios valoran mucho el "tono" afectivo o calidez del encuentro clínico, lo cual llega a tener para ellos un efecto curador: Ser atendido con educación por el médico...cuando el médico atiende bien al paciente, con mucha tranquilidad, el paciente se siente feliz, parece que la salud llega rápido...antes que el medicamento (U Cabo). En un servicio de mala calidad, hay mala atención de médicos y recepcionistas..... hay que tratar bien a la gente en todo el proceso... Tratar de forma humana y con respeto a las personas (PS Cabo). Un hospital que tenga enfermeras que sepan respetar, que sepan tratar a las personas como gente (L Cabo)... comportamientos amables y respetuosos del personal administrativo como saludar, considerar la situación de enfermedad del usuario ...(U Camaragibe). Además tiene sentido para el personal de salud pero más para usuarios, una comunicación

asertiva: manifestación de interés, escucha atenta e información clara, con "tono" afectivo: Que nos hablen bien....claro, que entendamos y todo, no? (U Camaragibe). El personal médico debe ser mucho más comunicativo, ser más humanos... (PS Cabo). (Cuadro 2).

Capacidad de atender las quejas y opiniones de los usuarios

Algunos formuladores de políticas, consideran que calidad es reconocer los derechos de los usuarios y atenderle sus quejas. Solo en Brasil algunos líderes de los CMS, le dan sentido a la calidad, cuando se da la participación de la comunidad en la toma de decisiones.

DISCUSIÓN

Era de esperar tensiones entre los discursos de actores con orígenes sociales y culturales diferentes, pero también se observaron convergencias importantes. Para todos los actores entrevistados una dimensión muy significativa en un servicio de calidad es la adecuación de la estructura. La accesibilidad organizacional y a la información, emergió con mayor fuerza representativa del discurso de los usuarios, pero sobre todo en Colombia. Esto estaría reflejando la falta de acceso a la atención en salud (20), pero, sobre todo, al incremento de barreras de acceso (21), que como consecuencia de la introducción de un sistema de salud complejo y de mercado, ha generado exclusiones e itinerarios burocráticos también complejos con repercusiones perversas en la vida de los usuarios (22). Estos aspectos burocráticos escasamente considerados como factor clave no solo en la calidad del servicio si no en la salud misma de los usuarios (23), cobran un sentido especial para los líderes en ambos países, quienes consideran los procesos administrativos ágiles y coordinados como actos de salud y calidad en los servicios. Acertadamente los líderes de Colombia lo expresan: "una buena administración es buena salud". Un tiempo insuficiente de consulta es para casi todos los usuarios y líderes de ambos países, un aspecto muy negativo para la calidad en el servicio. Esto indicaría problemas en los sistemas sanitarios de ambos países, pero más en Colombia, que desde su perspectiva de mercado, evalúa la actuación del profesional sobre la base de actos médicos realizados. Por ello los médicos se estarían viendo presionados hacer consultas rápidas, para realizar tantos actos médicos o consultas como sea posible (24). En ambos países, usuarios de estratos medios y bajos no sólo consideran que un buen servicio debe contar con recursos humanos suficientes y especializados que resuelvan sus problemas de salud, sino que lo valoran por encima de aspectos superficiales, como serían los elementos estéticos y de comodidad; igualmente calidad en el servicio significa calidad y disposición de

medicamentos. En esto último, los usuarios se diferencian de los otros actores, indicando como los formuladores de políticas y muchos del personal de salud, desconocen lo vivido cotidianamente por los usuarios, que buscan ser atendidos por unos servicios poco resolutivos (25,26).

Todos los actores entrevistados, construyen la calidad de un servicio desde el nivel técnico de éste. Los usuarios perciben, comprenden y valoran la capacidad resolutoria de los servicios y la cualificación técnica del personal de salud, en todo el proceso de atención. Esto contradeciría un sistema de creencias anclado en el "saber experto" de los otros actores sociales con poder social (30), que excluye el conocimiento y discurso de los usuarios, al considerarlos sin capacidad para evaluar el nivel técnico de la atención. Quizá por ello, en las evaluaciones del servicio realizadas con los usuarios, ésta casi no se considera como un criterio de evaluación, centrándose más en la evaluación de la relación médico-paciente, lo cual indicaría que se están dejando de lado temas complejos, como ya lo han evidenciado revisiones sistemáticas sobre las estrategias de evaluación de los servicios de salud (6). Por tanto se debe profundizar más con los usuarios en aspectos de calidad técnica y resolutoria de lo que tradicionalmente se ha hecho.

La humanización de la asistencia es significativa para todos los actores entrevistados. Para usuarios es una dimensión dinámica que se relaciona con otras: con el nivel técnico de la atención (una buena exploración física o clínica), con la accesibilidad organizacional (más tiempo por paciente) y con una información precisa, detallada y comprensible en un marco cordial. Además, posee muchos significados: confianza, respeto y consideración hacia el usuario como un ser social, no sólo como un organismo (27). La ausencia de esta dimensión, cada vez mayor, se debe a que la medicina se ha deshumanizado y se han perdido entre otras, la exploración clínica y el interés por la persona (24). Unos sistemas de salud basados en lógicas de mercado, no permiten la disponibilidad de más y mejor tiempo para encuentros clínicos de mayor calidad: se sacrifica la calidad por el lucro económico (24). Solo unos pocos gestores y formuladores consideran que atender quejas de usuarios es una característica de un servicio de calidad. Algunos estudios han demostrado que en ambos países el conocimiento, utilización e implantación de mecanismos de participación para controlar la calidad de los servicios es muy escaso (19,28).

Aunque las interacciones en los servicios de salud son asimétricas, la visión del personal de salud y usuarios convergen algunas veces, probablemente por compartir espacios cotidianos en la prestación del servicio. En Colombia coinciden más en aspectos relacionados con la accesibilidad organizacional y lo técnico; en Brasil además, en la disponibilidad de recursos, resolución del problema de salud y en la promoción y prevención. Por su parte, los formuladores de políticas y los gestores de ambos países, mantienen una visión de calidad soportada en los contenidos explícitos de las normas, presentándose así como legitimadores del discurso oficial. La calidad de un servicio de salud como construcción social, no debe responder sólo al conocimiento "experto" de las instituciones de salud, sino de todos los agentes involucrados, que desde sus percepciones y prácticas cotidianas, también contribuyen al marco interpretativo de calidad. A través de la rica producción discursiva de los usuarios, se observa un conocimiento crítico, el cual se debe rescatar de borramientos, invisibilizaciones y silenciamientos hechos por conocimientos "autorizados", los cuales parecen no han permitido su incorporación activa y propositiva en las estrategias evaluativas de la calidad de los servicios de salud ♦

Agradecimientos: La investigación fue realizada en colaboración con el Institute for Health Sector Development (Reino Unido), Universidad del Valle (Colombia), Universidad Federal de Pernambuco, el Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Brasil), EASP (España) y el Consorci Hospitalari de Catalunya. Agradecemos a las Secretarías de Salud de los municipios de Tuluá y Palmira en Colombia y las Secretarías de Salud de los municipios de Camaragibe y Cabo Santo Agostinho en Brasil; a las personas entrevistadas en estos municipios que aceptaron compartir sus opiniones, ideas e inquietudes; y a la Comisión Europea DG XII por su ayuda financiera (Contrato: IC18-CT98-0340).

REFERENCIAS

1. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. *Salud Pública de México* 1990;32:113-7.
2. Campbell S, Roland M, Buetow S. Defining quality of care. *Social Science and Medicine* 2000;51:1611-25.
3. Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saúde Públ* 1993;9(3):283-99.
4. Parasuraman A, Zeithaml V, L Berry. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64(1):12-40.
5. Palomer RM, Revuelta EA, Miralles JD. La calidad en la atención primaria de la salud: nuevas perspectivas. *Atención Primaria* 1994;1(1):7-18.
6. Wensing M, Elwyn G. Research on patients' views in the evaluation and improvement of quality of care. *Qual Saf Health Care* 2002;11(2):153-7.

7. Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science and Medicine* 1994;39(5):655-70.
8. Atkinson SJ, Haran D. Individual and district scale determinants of user's satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science and Medicine* 2005;60:501-13.
9. Ramírez A, García J, Fraustro S. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: Un modelo para la realidad Mexicana. *Cad Saúde Públ* 1995;11(3):456-62.
10. Ministerio de la Protección Social, COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Colombia. Bogotá; 2007.
11. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México DF: 1994.
12. Ortiz R, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev Española de salud Pública* 2004;78(4):527-37.
13. Cabrera G, Londoño J, Bello L. Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. *Rev. Salud Pública* 2009;10(3):443-51.
14. Kloetzel K, Bertoni A, Irazoqui M, VPG Campos, dos Santos RN. Controle de qualidade em atencao primária á saúde. *Cad Saúde Públ* 1998;14(3):623-8.
15. Puentes E, Gómez O, Garrido F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Pública* 2006;19(6):394-402.
16. Ramírez- Sánchez T, Nájera P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1998;40(1):1-10.
17. Gergen K. Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós; 1994.
18. Haraway D. Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En: D.Haraway (Editor). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ed Cátedra; 1995. p. 313-345.
19. Delgado ME, Vázquez ML. Conocimientos opiniones y experiencias con la aplicación de la política de participación en Colombia. *Rev de Salud Pública* (Bogotá) 2006;8(3):150-67.
20. De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: In vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int Journal of Health Services* 2005;35(1):125-41.
21. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS, Unger JP. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:297.
22. Abadia CE, Oviedo D. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological toll to asses managed-care health care systems. *Soc Sci Med* 2009;68:1153-60.
23. Soforcada E. Psicología sanitaria. Buenos Aires: Paidós; 1999.
24. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(3): 2002-209.
25. Hadad S, Franca E, Uchoa E. Preventable infant mortality and quality of health care: maternal perception of the child's illness and treatment. *Cad Saúde Públ* 2002;18(6):1519-27.
26. Maciel-Lima S. Acolhimento solidário ou atropelamento?. A qualidade na relacao profissional de saúde e pacienface á tecnologia informacional. *Cad Saúde Públ* 2004;20(2):502-11.
27. Rodríguez J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Ed Síntesis; 2001.
28. Vázquez ML, Ferreira MR, Siqueira E, Diniz A, Pereira AP, Veras I. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10:141-55.
30. Foucault M. *Microfísica del Poder*. Madrid: La piqueta; 1991.
31. Vázquez ML, Ferreira MR, Siqueira E, Pereira AP, Diniz A, Leite I y Kruze I. Visión de los diferentes agentes Sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el Nordeste de Brasil. Una Aproximación Cualitativa. *Rev Esp de Salud Pública*. 2002; 76(5): 585-594.