

La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa

Hugo Alberto Múnera Gaviria¹

Resumen

Objetivo. Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud recibida en tres instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia. **Metodología.** Enfoque cualitativo desde la perspectiva de la etnografía focalizada. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, observación no participante, diario de campo y revisión documental. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes y la autorización de las instituciones hospitalarias. Los participantes fueron 18 usuarios. **Resultados.** Las categorías que surgieron producto del análisis fueron: el camino hacia la atención en salud, el encuentro con el otro, las diferencias en la atención en salud y cómo resolver la queja. **Conclusión.** Desde la mirada de los usuarios existen dificultades en la atención brindada por el personal de salud, especialmente en lo que tiene que ver con relaciones cotidianas con los usuarios. Esta situación es consecuencia del modelo de salud eficientista y tecnicista, donde el usuario como sujeto y persona es cada vez más invisible.

Palabras clave: calidad de la atención en salud; equidad en salud; humanización de la atención.

Quality of health care, beyond the technical and rules view

Abstract

Objective. To understand the perceptions the users have about health care quality received in three health care institutions in the city of Medellín, Colombia. **Methodology.** Qualitative approach from the perspective of focused ethnography. Data were obtained through semi structured interviews, non participant observation, field journey and documentary revision. Informed consent from the participants and hospitals authorization was obtained. The participants were 18 users. **Results.** Categories resulting from the analysis were: the health care way, meeting with the other, health care differences, and how to solve the complaint. **Conclusion.** From the users view, there are difficulties with health care associated with health care providers, especially with the daily relation-

1 Enfermero, Magíster en Salud Colectiva. Integrante del Grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia. email: hugomunera@yahoo.com

Subvenciones: artículo producto del proyecto de investigación *Atención en salud en la ciudad de Medellín: evidencias desde diferentes actores*, financiado por la Universidad de Antioquia inscrito en el Grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 6 de julio de 2010.

Fecha de aprobado: 28 de septiembre de 2010

Cómo citar este artículo: Múnera HA. La calidad de la atención en salud. Más allá de la mirada técnica y normativa. Invest Educ Enferm. 2011;29(1): 76 – 86.

ship with the users. This situation is a consequence of the efficiency and technical model, where the user as a subject and person is every time more invisible.

Key words: quality of health care; equity in health; humanization of assistance.

A qualidade do atendimento em saúde, além da mirada técnica e normativa

■ Resumo ■

Objetivo. Compreender as percepções que têm os usuários sobre a qualidade do atendimento em saúde recebida em três instituições de saúde na cidade de Medellín, Colômbia. **Metodologia.** Enfoque qualitativo desde a perspectiva da etnografia focalizada. Os dados se obtiveram mediante entrevistas semi-estruturadas, observação não participante, diário de campo e revisão documentário. Teve-se em conta o consentimento informado dos participantes e a autorização das instituições hospitalares. Os participantes foram 18 usuários. **Resultados.** As categorias que surgiram produto da análise são: o caminho para o atendimento em saúde, o encontro com o outro, as diferenças no atendimento em saúde, e como resolver a queixa. **Conclusão.** Desde o ponto de vista dos usuários existem dificuldades no atendimento brindado pelo pessoal de saúde, especialmente no que tem que ver com relações cotidianas com os usuários. Esta situação é consequência do modelo de saúde eficiente e tecnicista, onde o usuário como sujeito e pessoa é cada vez mais invisível

Palavras chave: qualidade da assistência à saúde; equidade em saúde; humanização da assistência.

Introducción

El estudio de la calidad de la atención en salud es una preocupación vigente a nivel mundial, de hecho entidades internacionales en salud como la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), la consideran un tema primordial en sus agendas de trabajo.¹ En América Latina, en 1980, uno de los principales aportes al estudio de la calidad de la atención lo hizo Donabedian,² considerado el padre de la atención en salud, quien definió la calidad como “una propiedad de la atención en salud y a la vez es un juicio frente a ella, lo que constituye las bases del desarrollo del control de la calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis del resultado”.

Recientemente surgen otros autores preocupados por la calidad de la atención en salud como Otero y Otero,³ Menéndez,⁴ Granda⁵ y Matamala,⁶ quienes conciben que una atención de calidad en el marco de la salud integral resuelve el motivo de

consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de los(as) usuarios(as); y a la vez, potencia su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos. Incorporar este enfoque en la atención a la salud permite otorgar un servicio de mayor calidad, ya que contextualiza a los usuarios(as) más allá de los límites biológicos, que de manera frecuente se circunscriben a la mirada fisiopatológica de la atención en salud. Esta mirada da elementos para comprender en forma más completa el proceso salud-enfermedad y otorgar un servicio integral en el que al mismo tiempo que se posibilite el cuidado de la salud, se contribuya a reconocer los derechos y las inequidades. Por consiguiente, este es el punto de vista que guía el presente estudio.

En Colombia se comienza a hablar de manera importante sobre la atención en salud con calidad a partir de la década del 90. Sobre todo con la entrada en vigor de la Constitución Política en 1991, donde se declara a Colombia como un es-

tado social de derecho y donde se expresa una preocupación real por la calidad de la atención en salud, la cual está consignada en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, que hoy en día está reglamentada en el Decreto 1011 de 2006.⁷

Actualmente, la mayor preocupación de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) es responder con esfuerzos económicos y administrativos a la normatividad vigente, específicamente en relación con los procesos de habilitación, como forma de certificar frente a la sociedad que cumple con los requisitos mínimos para dar una atención en salud con calidad y acreditación, lo cual representa frente a la sociedad disponer de los más altos estándares de calidad para ofrecer atención en salud. En Colombia hay 13 IPS acreditadas, de las cuales cinco están en Antioquia, tres se encuentran en la ciudad de Medellín, las otras IPS están habilitadas o en proceso de habilitación.⁸ Además, Medellín cuenta con excelentes recursos físicos, técnicos y humanos reconocidos a nivel nacional e internacional, y con una cobertura de más del 90% para el régimen subsidiado, lo que la muestra como una de las ciudades con mejor nivel de salud en Colombia. Este escenario contrasta con el número de tutelas interpuestas por los(as) usuarios(as), las cuales vienen aumentando anualmente: según datos del último informe de la Defensoría del Pueblo,⁹ mientras que en 1999 se dieron 86 313 tutelas, en 2005 la cifra alcanzó a ser de 224 270, lo que significó un aumento de más del 200% en seis años. Antioquia ha sido el departamento con mayor número de tutelas: en 2005 generó el 33.5% del total de las tutelas del país, seguido por Bogotá con un 15.5%. En Medellín la situación no es diferente: de acuerdo con datos suministrados por el Personero Municipal se presentaron en 2008 un total de 23 300 tutelas, de las cuales 76%, o sea 16 956, fueron para el sector salud.¹⁰

Lo anterior muestra una tensión expresada en los datos, lo que sugiere preguntas acerca de los logros institucionales en función de la normatividad y las demandas de los usuarios por la atención en salud. Por lo anterior, y con el fin de enriquecer la discusión en salud sobre la calidad de la atención,

aportar a la situación de salud en Medellín y a la realización de políticas de salud construidas desde la mirada de todos los actores, se vio la necesidad de alcanzar una interpretación comprensiva que sobre la calidad de la atención en salud tienen los usuarios de las IPS. Los hallazgos que aquí se exponen fueron guiados por la siguiente pregunta: ¿Qué percepciones tienen los(as) usuarios(as) sobre la calidad de la atención en tres instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas en la ciudad de Medellín?

Metodología

La metodología empleada fue el enfoque cualitativo desde la perspectiva de la etnografía focalizada, la cual hace referencia al estudio de un aspecto específico de un grupo, donde el etnógrafo investiga un solo aspecto de la cultura, en un corto período de tiempo, y donde el foco está en un grupo de personas que comparten características sociales y culturales semejantes.¹¹

El estudio se llevó a cabo en tres instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, en la ciudad de Medellín (Colombia). Los participantes fueron 18 usuarios de los servicios de salud, quienes fueron entrevistados en los servicios de consulta externa y urgencias, lugares donde también se desarrollaron las observaciones. Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas, observación no participante, diario de campo y revisión documental. Se realizaron doce horas de observación no participante. La revisión documental se realizó en textos originales y en bases de datos principalmente SciELO y LILACS.

Para las entrevistas se contó con el consentimiento informado y por escrito de los(as) usuarios(as) participantes, para la observación se tuvo en cuenta la autorización escrita de la Institución y autorización verbal de los jefes y funcionarios de cada área.

El procesamiento de datos se hizo de forma manual en la medida en que se recolectó la información. Las entrevistas se audio grabaron y transcri-

bieron simultáneamente en un proceso continuo, de manera que las categorías emergentes orientaron la búsqueda de información documental complementaria. Se dio por finalizada la recolección de la información cuando las entrevistas no aportaron elementos nuevos para el análisis,¹² tornándose repetitivo el discurso.

El análisis se realizó con base en los criterios establecidos por Galeano.¹³ La información recolectada se registró en fichas de contenido. Se dividieron los contenidos en unidades temáticas. A cada unidad temática se le asignaron códigos, los cuales posteriormente se agruparon de acuerdo con su naturaleza y contenido a través de fichas de indexación coordinada. La teorización se realizó contrastando, agrupando y ordenando categorías o grupo de categorías, estableciendo nexos, enlaces y relaciones. Finalmente se mantuvo una permanente confrontación, hasta que se dio la “saturación teórica”,¹³ es decir, que la información que se recolectaba no aportaba nuevos elementos a lo ya establecido.

Al finalizar el proceso de análisis e interpretación se hizo devolución de los resultados mediante la presentación del trabajo en espacios académicos, donde estaban presentes usuarios de servicios de salud, representantes de ligas de usuarios y directivas de las instituciones que participaron en el estudio, allí se tuvo la posibilidad de validar los hallazgos y alimentar la reflexión alrededor de las temáticas planteadas.

Resultados

Producto del análisis del discurso de los usuarios emergen cuatro categorías centrales que dan respuesta al objetivo general; ellas son: 1) *El camino hacia la atención en salud*: donde los usuarios dan cuenta de las barreras y dificultades que se encuentran en el momento de tomar la decisión de acceder al servicio de salud; 2) *El encuentro con el otro*: en la cual evidencian la importancia de la relación agente de salud-usuario, y se sitúa ésta relación como elemento central a tener en cuenta en la atención en salud; 3) *Diferencias*

en la atención: resultados y análisis que permiten mostrar los contrastes que se dan en el proceso de atención y que ponen en cuestión el concepto de equidad dentro de este proceso; y 4) *Cómo resolver la queja*: última parte donde recogiendo las quejas que se dan en el transcurso del análisis, y que son transversales en éste, se revelan las diferentes formas que tienen los usuarios para hacer frente a las dificultades que se presentan durante el proceso de atención.

El camino hacia la atención en salud. Para los usuarios del estudio, el acceso a la atención en salud está mediado por barreras o condiciones donde la “demora” en la atención es transversal a ésta. Estas barreras son de tipo personal, principalmente por las experiencias anteriores y las expectativas que ellos tengan o se les generen desde las instituciones de salud; barreras geográficas, que se dan primordialmente por el sitio de residencia en comparación con la ubicación de la institución de salud que se requiera; barreras institucionales, las cuales están dadas por el tipo de atención, donde no es igual solicitarla en un servicio de urgencias o consulta externa ya que hay una cita entregada con anticipación; las decisiones de los agentes de salud sean médicos o enfermeras se convierten en otra barrera institucional porque una decisión que no corresponda con las necesidades del usuario termina en reprocesos innecesarios; el tiempo de las instituciones difiere del tiempo de los usuarios para resolver su problema de enfermedad, por lo cual se convierte en otra barrera para acceder a la atención, los usuarios perciben que solicitar atención en días festivos, noches, Semana Santa o días especiales como la Navidad se hace aún más difícil; sin embargo, lo que consideran la mayor dificultad para acceder a la atención en salud son los trámites, mediante los cuales las IPS deben comprobar el derecho que tienen los usuarios al servicio que se les ofrece, estos trámites implican filas, fotocopias, confusiones en la información y, por supuesto como en todo lo anterior, genera sobrecostos que el usuario debe asumir, y a lo cual se le debe adicionar el pago de copagos y cuotas moderadoras.

Un usuario deja en claro esto: “Por ejemplo esta cita me la dieron para dentro de tres meses, y el doctor me dio el CIS 412 que se vence en un

mes, entonces cuando se me venza éste tengo que pedirle otro para recuperar entonces los días que pierdo con esta, porque entonces esta tengo que hacerla sacar antes de que se me venzan los tres meses para que me puedan dar la orden allá; entonces esto en [la IPS] se demora un mes, yo pido una cita para el doctor, se me demoró 25 días cambiar de cita, cuando me venga la cita se me vence esta y ahí hay un lío y no sé porqué. (E10).

El encuentro con el otro. El encuentro con el otro es importante para los usuarios mientras se les da la atención en ese contacto directo con los funcionarios de la salud. De ellos, toman especial importancia los médicos y las enfermeras, pero es primordial tener en cuenta que los usuarios tienen encuentros con otras personas de la institución, que juegan también un papel primordial en el proceso de atención. Los participantes plantean la importancia de este encuentro con los funcionarios en las instituciones de salud como indicador de calidad, porque es transversal en la atención y porque ésta misma es una relación ínter subjetiva. En este encuentro cuentan asuntos importantes para los usuarios, que son trascendentales para sentirse satisfechos durante la atención. Estos aspectos son: la primera impresión, donde es importante la amabilidad, que los llamen por el nombre y que los atiendan en un ambiente que genere seguridad; ver una actitud profesional principalmente en los agentes de salud lo cual, lo evidencian en la seguridad en la toma de decisiones y en la realización de procedimientos.

Otros aspectos que refieren como importantes los usuarios en el proceso de atención tiene que ver con la comunicación. En ésta resaltan la importancia que les expliquen claramente qué se les va a realizar, que los escuchen y que los miren, sin dejar de ser importantes la adecuada comunicación y la claridad entre los funcionarios de la institución, tal y como lo plantea este usuario: *“Necesitamos gente que lo atienda a uno bien, desde el portero hasta el médico y las enfermeras, pues la amabilidad de la gente es muy importante, que le digan a uno: buenos días, ¿cómo estás? y que le contesten a uno el saludo. Es que hay veces uno saluda y ni le contestan, entonces se siente ya uno mal de entrada”.* (E17).

Diferencias en la atención. Las inequidades o desigualdades en la atención en salud son expuestas por los usuarios de éste estudio como diferencias en la atención. Estas diferencias se plantean desde los usuarios del régimen contributivo y los usuarios del régimen subsidiado, entre los cuales se observan similitudes y encuentros, pero también se evidencian particularidades que no los diferencian, sino que son la respuesta a posibilidades distintas dentro del proceso de atención.

Para los usuarios del régimen contributivo hay diferencias en la atención entre instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas promotoras de servicios de salud; se dan diferencias también con las personas que pagan planes adicionales en salud, como la medicina prepagada, las pólizas de salud y los planes complementarios y, adicionalmente, expresan diferencias en la atención con las personas del régimen subsidiado.

Los usuarios del régimen subsidiado confirman desde su discurso estas diferencias ya planteadas, y además las profundizan al esbozar diferencias en la atención relacionada con la tenencia de dinero y con la pobreza, que los lleva a ellos a resolver esta dificultad de manera poco ortodoxa, como son la resignación y la violencia con los diferentes funcionarios de las instituciones de salud.

Para los usuarios de ambos regímenes el dinero surge en los argumentos como el elemento que hace la diferencia para tener una atención en salud acorde con las expectativas de ellos, especialmente para los usuarios del régimen subsidiado. Acorde con lo anterior, ellos reconocen que sin dinero aumenta la posibilidad de no tener una atención en salud con calidad, lo que es una situación funesta, que pone en riesgo su salud. Más allá de diferencias en la oportunidad y el buen trato, el régimen subsidiado posibilita también procesos de estigmatización, en relación con otras formas de acceder a la atención. Tal y como lo plantea este usuario: *“Es muy diferente la atención, si usted llega a un hospital usted ahí mismo entra y de una lo van atendiendo, en cambio si usted es del SISBEN, que espere, que enseguidita lo llamamos, que hay mucha gente”.* (E11).

Acorde con lo anterior, los usuarios definen, desde sus testimonios, que la calidad de la atención debe responder a una atención en salud sin o con las mínimas barreras, que sea equitativa y sobre todo humana. En relación con su percepción sobre la atención en salud, se evidencia una queja latente y permanente, la cual toma forma en el momento de hablar sobre la manera de resolverla.

Cómo resolver la queja. Las quejas de los usuarios de salud son construcciones hechas por ellos mismos sobre experiencias de atención en salud ya vividas y expresadas como insatisfactorias. A través de los testimonios, se expresa un malestar de los usuarios frente al proceso de atención, es una queja que significa insatisfacción en relación con un proceso de atención en salud, del cual se espera tenga las mínimas barreras para poder acceder a él; una actitud de respeto desde quienes los atienden, y finalmente, una atención sin diferencias y que no sea excluyente. Hablar de queja es hablar de dificultades, insatisfacciones y acusaciones en relación con algo que no es claro. Esta queja o disgusto permanente revela la forma como los usuarios perciben la calidad de la atención en salud. A su vez, emerge de los testimonios el asunto de la resolución de la queja, la cual expresa las estrategias a las que recurren para dar solución a las dificultades que les genera el proceso de la atención, y da cuenta también de la atención en salud con calidad.

En términos generales, estas formas responden al rompimiento de las barreras para el acceso, buscando ayuda y otras soluciones como la tutela. Frente al acceso a los servicios de salud, los usuarios plantean algunas formas de solución para reducir las barreras expresadas por ellos. Entre el manejo que le dan los usuarios de las IPS públicas y las privadas, se dan situaciones similares y diferentes: comúnmente, se resuelven las dificultades para acceder a los servicios mediante: a) el pago particular de la atención, b) la intermediación, y c) el “rebusque”, o sea nuevas formas de enfrentar dificultades cotidianas. De una manera particular, los usuarios de la IPS públicas las resuelven pidiendo dinero, con una actitud paciente frente a las dificultades que se presenten, aunque a veces también mediante la violencia y la resignación.

Por su parte, los usuarios del régimen contributivo lo hacen a través del pago de planes adicionales como medicina prepagada o pólizas de salud, y la amistad con los funcionarios de salud, lo que facilita acceder a servicios dentro de las instituciones, de una manera ágil y segura.

Sin embargo, en sus testimonios los usuarios evidencian que recurren a distintas personas y lugares para resolver la queja, diferentes a las que ofrece la norma. En caso de necesitar orientación y quién los represente para buscar solución o resolver una queja, irían donde el Director de la IPS, agente de salud, la EPS (Empresa Promotora de Salud), la trabajadora social, o donde un familiar que conozca sobre la dificultad que se tiene.

Lo anterior, sumado al tiempo que toma resolver una queja en caso de realizarlo por las vías formales, hace que la atención en salud se retarde, y que se dé, cuando no se necesita, o simplemente que no se logre, con todos los riesgos que esto implica. Esta situación lleva a los usuarios a tomar otro tipo de medidas que no solo resuelvan la queja sino que logren la atención de manera rápida: la tutela, como único mecanismo legal, ágil y eficiente. Para los usuarios entonces, la tutela es considerada como una medida de fuerza y como la única manera de acceder sin barreras a los servicios de salud. Tal y como lo refiere este usuario: *“Pues no sé para donde vamos a ir porque todo el mundo esté... hoy que hoy en día todo el mundo están entutelando mucha gente aquí en Medellín, lo que ahora tiempos no pasaba, es tanto que los hospitales se mantienen llenos de tutelas y en estos días en televisión vi eso. Aquí en Colombia se está entutelando mucho la gente porque lo que debía ser un derecho de ser colombiano, de tener la salud, así sea pobre, eso aquí lo niegan mucho”.* (E07UH03PuCEA).

Discusión

Durante el proceso de atención, se evidencian varios momentos: el “antes”, que tiene relación con el acceso, es el momento que va desde que el usuario define la necesidad de consultar, hasta

que es aceptada su atención en la institución de salud. El *“durante”*, momento en el cual se logra acceder a la consulta médica e intervenciones de enfermería, momento en el cual se da el *“cara a cara”* entre el usuario y los agentes de salud, y que tiene que ver con la intervención directa de su enfermedad; y *“el después”* que tiene que ver con las situaciones de manera posterior a la atención. Durante todos los momentos ocurren diferentes situaciones que son expresadas por los usuarios y son reflexionadas por diferentes autores y estudios.

En relación con el acceso, esa búsqueda de la atención depende de procesos que se configuran en los servicios de salud y fuera de ellos. Esto obedece a posibilidades que se tejen aun antes de acceder a las instituciones de salud y que trascienden a lo que sucede luego de ser atendidos, involucra la oferta institucional y las respuestas y valoraciones que tengan los usuarios sobre la atención. En el análisis del acceso a los servicios de salud autores como Andersen y Aday¹⁴ diferencian el acceso real del potencial. Definen el primero como la utilización efectiva de los servicios, asociada a la percepción de calidad y a la satisfacción del usuario y el acceso potencial, como la interacción entre el Sistema de Salud y las características de la población, para propiciar el uso de servicios. De esta manera, el acceso a servicios de salud se torna en un asunto complejo que, de un lado, involucra la formulación de las políticas, la satisfacción del usuario y la organización del sistema de prestación para adecuarse a las necesidades de los usuarios. De otro lado, el acceso concreta en la práctica el componente más tangible del derecho a la salud,¹⁵ por lo que se considera uno de los ejes para el análisis de la atención en salud con calidad.

Como ser social, el hombre está en permanente relación con otros de su misma especie, esto lo hace diferente de otros seres vivos. Esta relación genera encuentros continuos, que implican procesos de negociación, tensiones y conflictos que hacen parte de la vida cotidiana. Este planteamiento toma especial importancia en el proceso de atención en salud, donde el encuentro entre los agentes de salud (para describir a los médicos y enfermeras, quienes son las personas a las

cuales más se refieren los usuarios), el personal administrativo, y los usuarios implica un tipo de relación diferente marcada por la historia, donde el usuario, al solicitar atención para resolver sus necesidades en salud, inmediatamente adquiere una posición inferior en relación con el otro. Como lo afirma González:¹⁶ “El éxito de la relaciones interpersonales a nivel institucional depende de todos los integrantes del equipo de salud, el cual se concibe integrado por una amplia gama de individuos que va desde el personal de la ambulancia hasta el gerente de la institución”. Lo que Yepes¹⁷ llama “encuentros dispares”. Este tipo de encuentros alude a fenómenos que surgen del acercamiento entre personas con diferentes características, necesidades, expectativas, saberes, intereses y visiones del mundo; 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. Esta posición de inferioridad, sumada a un estado de indefensión por el sentimiento de amenaza de la vida en relación con su enfermedad, hace que el resultado de este encuentro sea otro indicador de calidad para los usuarios.

Es inquietante hablar de diferencias o inequidades en la atención en salud cuando ésta es un bien del ser humano que hace parte de la vida misma, y por lo tanto debe ser proporcionada con dignidad, con equidad, sin discriminación y sin necesidad de ser reclamada. La equidad tiene su fundamento en los derechos humanos fundamentales, y no es lo mismo que igualdad, tal y como lo plantea Pérez,¹⁸ “Igualdad es uniformidad, y equidad es imparcialidad”. La equidad es importante no sólo por consideraciones éticas de razonabilidad e imparcialidad; como lo ha sostenido Amartya Sen,¹⁹ también es la virtud política por excelencia en la medida en que supone que todos los miembros de una sociedad requieren igual consideración por parte del Estado.²⁰ Desde la atención en salud, las inequidades deben ser entendidas como desigualdades innecesarias, evitables e injustas, las cuales descansan sobre la existencia de barreras para que las personas obtengan condiciones favorables, impidiendo el logro del potencial en salud a partir de acuerdos sociales que restringen la libertad,²¹ inequidades que además de generar

sentimientos de insatisfacción, angustia, impotencia e incertidumbre, generan sobrecostos en la atención los cuales deben asumir los usuarios. Al respecto, Echeverri²² plantea que hoy en día la población, especialmente la más pobre, gasta más en salud y los afiliados del régimen subsidiado reciben un plan de beneficios con 30% menos de servicios que los del régimen contributivo.

En relación con las quejas y parafraseando a Maturana,²³ éstas surgen ante malos entendidos, ya que éstos siempre aparecen como conductas contradictorias, donde se espera que haya coincidencia en el hacer como resultado de coincidencia en el decir. En este estudio, hay una queja permanente de los usuarios en relación con la atención en salud a pesar que desde la normatividad se dispone de herramientas con las cuales resolver estas insatisfacciones, por ejemplo, disponen de una serie de políticas, instituciones y personas a través de las cuales pueden lograr que su queja se escuche y pueda llegar hasta las instancias adecuadas para ser resuelta, tales como los comités de participación comunitaria en salud, las asociaciones de usuarios, veedurías en salud, comités de ética hospitalaria, la Superintendencia Nacional de Salud, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, entre otros. Igualmente la Ley 1122 de 2007 crea la figura del Defensor del Usuario en Salud, que depende de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo.²⁴ Se evidencia, entonces, desde la política, el interés por ofrecer servicios de salud con equidad, y la posibilidad para los ciudadanos de exigir la protección de los derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la vida, mediante una figura legal como la tutela, para hacer cumplir lo que en un momento dado pudiera ser la violación a ese derecho, por lo cual su solicitud y aplicación deberían ser la excepción y no la regla. La tutela es el mecanismo más seguro que tienen los usuarios para poder acceder a los servicios de salud, no porque se haya planteado la salud como derecho fundamental en la Constitución Política de Colombia, sino por su conexidad con la vida. Aunque recientemente la Corte Constitucional mediante la

Sentencia T-760²⁵ enmienda el error y la define nítidamente como un derecho fundamental.

Es significativa la serie de posibilidades que tienen los usuarios para resolver sus quejas, en contraste con la manera como las resuelven. Esto evidencia la desinformación que tienen en relación con los deberes y derechos en salud, y a su vez, la complejidad de las normas, o la poca eficiencia de las instituciones para llevar una información significativa hasta los usuarios, situación que genera desconocimiento o confusión hasta en los mismos funcionarios en salud.

Tal y como lo muestran los resultados de este estudio, desde la mirada de los usuarios se tienen dificultades en la atención en salud. Sin embargo, la responsabilidad no es únicamente de médicos(as), enfermeras(os), gerentes u oficinas de atención al usuario; la principal dificultad está en el modelo de salud. Un modelo de salud eficientista y tecnicista donde hay una gran preocupación por los recursos y la rentabilidad y donde el usuario como sujeto y persona es cada vez más invisible. La fuerte presencia de la intermediación y el clientelismo -entendido éste último como un sistema de protección y amparo con que los poderosos patrocinan a quienes se acogen a ellos a cambio de su sumisión y de sus servicios- en las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud además, de la presencia de nuevos actores que surgen en la atención en salud, como los jueces, juzgados, auditores y notarías, y quienes permean todos los espacios, confirma lo anterior.

Otro aspecto importante en esta exploración tiene relación con la perspectiva singular que supone hablar de calidad desde los usuarios. Para ellos, la calidad significa una atención donde no haya barreras para el acceso, donde se dé una relación usuario-agentes de salud cordial y cálida, donde haya equidad en la atención y con unos gastos acordes con la posibilidad de pago. Contrasta esta mirada con la normatividad, donde hay una preocupación por la afiliación, la acreditación, la tecnología y la rentabilidad, aspectos que poco interesan y hasta desconocen los(as) usuarios(as) del estudio. De manera que es difícil hablar de calidad desde los usuarios en este contexto, cuando

ellos plantean la calidad como la salud desde el derecho, donde el usuario es el fin y el centro de la atención.

Como conclusión general se plantea que los usuarios de este estudio perciben una atención en salud con dificultades en el acceso, la equidad y las relaciones intersubjetivas con los funcionarios de la salud, por lo cual hacen un llamado a una atención en salud desde el derecho, humanizada, con equidad y que permita su participación de manera real, no sólo en el proceso de atención, también en la toma de decisiones. Este llamado se encuentra en las políticas de salud, pero no se percibe por los usuarios en la práctica, lo que muestra un desencuentro entre la intencionalidad de las políticas y los resultados, entre los usuarios y las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. Lo que lleva finalmente a una insatisfacción permanente y una incertidumbre que cuestionan la atención en salud.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Memorias de la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana, 59° Sesión del Comité Regional; Washington 2007 oct. 1-5. Washington: OPS; 2007.
2. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press; 1980.
3. Otero J. ¿Qué es calidad en salud? [Internet]. 2007 [acceso 23 de agosto de 2008]. Disponible en: http://www.adekra.org.ar/nuevaweb/gestion/calidad/CALIDAD_CalidadenSalud.pdf.
4. Menéndez AL. Saber e ideología médica. México: Alianza editorial consejo para las culturas y las artes; 1990.
5. Granda E. ¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy? Brasil: Congreso Brasileño de Salud Colectiva; 2003.
6. Matamala MI, Berlagosky F, Salazar G, Núñez L. Calidad de la Atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres? Santiago de Chile: Reproducciones América; 1995.
7. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011. [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2006 [acceso 22 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20de%202006.pdf>
8. Ministerio de la Protección Social. Calidoscopio 2007;3:3-12.
9. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud período 2003-2005 [Internet]. Bogotá: Defensoría del pueblo; 2007 [acceso 23 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela_salud.pdf
10. Agencia Latinoamericana de Información, América Latina en movimiento. En Medellín, cirugías y tratamientos se solicitan primero en los juzgados [Internet]. Agencia Latinoamericana de Información; 2008 [acceso 10 de junio de 2009]. Disponible en: <http://alainet.org/active/28582&lang=es>
11. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.185-214.
12. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p.231.
13. Galeano E. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit; 2002. p.40.
14. Aday LA, Andersen R. A theoretical framework for the study of access to medical care. Health Serv Res.1974;9(3):208-20.
15. Echeverri ME. Los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la Ley 100 de 1993. En: Echeverri López ME, Sánchez Moreno SY, Girón Sierra JA, Torres Tover MH. La salud al derecho: movimiento nacional por la salud y la seguridad social. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p.75-119.
16. González R. La relación equipo de salud-paciente-familiar. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2006 [acceso 7 de febrero de 2011]; 32(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011-&lng=es.
17. Yépes C. Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cuali-

- tativo sobre la percepción de la calidad en salud. Rev Fac Nac Sal Pública. 2002;20(1):9-22.
18. Pérez Maza BA. La equidad en los servicios de salud. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2007 [acceso 7 de febrero de 2011]; 32(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011-&lng=es.
 19. Senn A. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial; 1995. p. 25-7.
 20. Dworkin R. Virtud soberana: la teoría y la práctica de la igualdad. Barcelona: Paidós; 2003. p.11.
 21. Mejía A, Sánchez A, Tamayo JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. 2007;9(1):26-38.
 22. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2002;1(3):76-94.
 23. Maturana H. ¿Moral o Ética? [Internet]. Autopoiesis; 2006 [acceso 3 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://autopoiesis.cl/?a=19>
 24. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial no. 46.506, (9 de enero de 2007).
 25. Corte Constitucional. Sentencia T-160. Julio 31 de 2008. [Internet]. Bogotá: Corte constitucional; 2008 [acceso 3 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://190.24.134.68/relatoria/2008/T-760-08.rtf>