

CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LOS USUARIOS DE UNISALUD
Investigación cualitativa con perspectiva etnográfica.

ADRIANA ARDILA SIERRA

Tesis para optar al título de Magíster Scientiae en Salud Pública

DIRIGIDO POR:
GLORIA GARAY ARIZA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ D. C. 2006.

TÍTULO EN ESPAÑOL

Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según usuarios de Unisalud. Investigación cualitativa con enfoque etnográfico.

TÍTULO EN INGLÉS

Characterization of perceived quality of health care according to Unisalud users' view. Ethnographic qualitative research.

RESUMEN EN ESPAÑOL

Tradicionalmente la calidad percibida de la atención en salud se explora mediante encuestas de satisfacción centradas en valorar factores predeterminados desde miradas expertas. En esta investigación se responde a la pregunta ¿cuáles aspectos son prioridad al caracterizar la calidad de la atención de salud? desde la perspectiva de los usuarios de Unisalud. El enfoque es etnográfico y se recurre a dos estrategias de investigación cualitativa, observación participante en los escenarios de la empresa y 27 entrevistas individuales semiestructuradas orientadas por guión. El muestreo es teórico y busca la multivocalidad. Las entrevistas se transcriben y analizan con el programa Atlas.ti versión 5.0. El análisis genera un diálogo entre saberes expertos y saberes de los usuarios, a partir del cual se identifican 32 atributos que los entrevistados consideran relevantes; se ordenan según la frecuencia con que son mencionados. Incluyen: oportunidad de la atención, trato, competencia profesional, accesibilidad organizacional, individualización, efectividad, disponibilidad, prontitud, no discriminación en la atención, flexibilidad. A partir de las perspectivas de los usuarios se diferencian estos atributos de la forma como son concebidos por los saberes expertos. Además se identifican relaciones entre estos atributos y entre ellos y otros conceptos que se ligan a los de buena y mala calidad en los discursos, tales como Ley 100, Instituto de Seguros Sociales, medicamentos genéricos. Se concluye que es útil y viable abordar lo subjetivo en salud con este tipo de enfoque porque se aporta profundidad a las herramientas tradicionales de evaluación de satisfacción.

TRADUCCIÓN DEL RESUMEN AL INGLÉS

Traditionally the perceived quality of health care is explored by satisfaction surveys focused in factors predetermined by experts' view. This study answers the question ¿Which aspects are top priority to characterize the quality of health care? according to Unisalud users' view. The approach is ethnographic and two qualitative research strategies are used, participant observation in the organization's background and 27 semistructured individual interviews supported by guidelines. The sampling is theoretical and looks for multivocality. The interviews are transcribed and analyzed with the program Atlas.ti 5.0 version. The analysis generates a dialogue between the knowledge of experts and the knowledge of users, from which 32 quality attributes relevant for the interviewed subjects are identified; the attributes are then put in order according to how frequently they are mentioned, and included: opportunity of service, treatment, professional competence, organizational accessibility, individualization, effectiveness, availability, promptness, absence of discrimination and flexibility. Differences between the users' perspective of these attributes and the way such attributes are conceived by the experts are described. Relations between attributes are also identified as well as the relation

between them and other concepts associated with good and/or poor quality, such as the 100 law, Instituto de Seguros Sociales and generic drugs. Conclusions include the usefulness and viability of this kind of approaches to study the subjective aspects in health care, giving depth to the traditional tools used in evaluating patient satisfaction.

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL

Calidad percibida, calidad de la atención de salud, satisfacción del paciente, satisfacción de los consumidores, investigación cualitativa. (fuente: DeCS, BIREME).

TRADUCCIÓN AL INGLÉS DE LOS DESCRIPTORES

Perceived quality, quality of health care, patient satisfaction, costumer satisfaction, qualitative research. (source: MeSH, NLM).

NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORA (AÑO DE NACIMIENTO):

Adriana Mercedes Ardila Sierra (1976).

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Gráficos	
GRÁFICO 1. Representación del diálogo de saberes propuesto.	6
Tablas	
TABLA 1. Características del SOGC según decreto 2309 de 2002.	11
TABLA 2. Características relacionadas con la calidad según varias fuentes.	13
TABLA 3. Paralelo entre observación ordinaria y participante.	22
TABLA 4. Población de Unisalud, sede Bogotá, según tipo de vínculo con la Universidad Nacional.	33
TABLA 5. Algunos indicadores demográficos de la población de Unisalud.	33
TABLA 6. Parámetros evaluados en la encuesta de satisfacción de Unisalud, 2004.	35
TABLA 7. Distribución de los entrevistados según vínculo con la U. N.	39
TABLA 8. Última visita de los entrevistados a Unisalud.	40
TABLA 9. Resumen de las entrevistas realizadas.	41
TABLA 10. Atributos relacionados con la calidad según análisis de las entrevistas y diálogo de saberes.	42
TABLA 11. Atributos de calidad resaltados en las entrevistas.	49
TABLA 12. Comparación de atributos de calidad resaltados por docentes y no docentes.	50
TABLA 13. Preguntas y aspectos valorados en encuesta de satisfacción de Unisalud 2004	52
TABLA 14. Estrategias de relación de los usuarios con los servicios.	76

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1 <u>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.</u>	1
2 <u>JUSTIFICACIÓN</u>	4
3 <u>MARCO CONCEPTUAL</u>	5
3.1 APUNTES CONCEPTUALES SOBRE CALIDAD EN SALUD	6
3.2 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	9
3.3 MARCO NORMATIVO DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN SALUD EN COLOMBIA	10
3.4 ALCANCES Y LÍMITES AL ABORDAR LA CALIDAD PERCIBIDA EN SALUD.	15
4 <u>OBJETIVOS.</u>	18
4.1 GENERAL	18
4.2 ESPECÍFICOS	18
5 <u>METODOLOGIA</u>	18
5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	18
5.2 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN	21
5.2.1 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	21
5.2.2 ENTREVISTAS INDIVIDUALES	24
5.2.2.1 DISEÑO DE LAS ENTREVISTAS	25
5.2.2.2 REALIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS	27
5.2.2.3 GRABACIÓN Y TRANSCRIPCIÓN	28
5.2.2.4 ANÁLISIS	29
5.3 RECONOCIMIENTO DE LOS PROPIOS REFERENTES	31
5.4 ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN: UNISALUD	32
6 <u>RESULTADOS Y ANÁLISIS</u>	36
6.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	36
6.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS	38
6.2.1 CONTENIDO DE LAS ENTREVISTAS	42
6.2.1.1 EJERCICIO DE CONTEO	48
6.2.1.2 EJERCICIO INTERPRETATIVO	53
6.2.1.2.1 CALIDAD PERCIBIDA Y SISTEMA DE SALUD	54
6.2.1.2.2 HETEROGENEIDADES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	58
6.2.1.2.3 EL TRATO AL USUARIO, ENTRE PREFERENCIAS E INTUICIONES	64
6.2.1.2.4 CALIDAD PERCIBIDA DENTRO Y FUERA DE UNISALUD	67
6.2.1.2.5 MIDIENDO LA OPORTUNIDAD	70
6.2.1.2.6 MEDICAMENTOS, UNA PREOCUPACIÓN GENERAL	73
6.2.1.2.7 ESTRATEGIAS DE RELACIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS	76
7 <u>CONCLUSIONES</u>	79
ANEXO 1. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	85
BIBLIOGRAFÍA	95

CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LOS USUARIOS DE UNISALUD

Investigación cualitativa con perspectiva etnográfica.

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La teoría y la legislación relacionadas con la calidad de la atención en salud reconocen la importancia de escuchar la voz de los usuarios. Y si cualquiera de nosotros se ocupara de garantizar la calidad, en algún momento del proceso identificaría la necesidad de conocer esa opinión. ¿Cómo conocerla? Encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias y oficinas de atención al usuario aparecen tradicionalmente en escena (podríamos proponer otros) y ofrecen una perspectiva que aunque útil, es limitada porque puede omitir aspectos relevantes para los usuarios. **¿Cuáles aspectos son prioridad al caracterizar la calidad percibida de la atención en salud?** Propongo que los usuarios, a partir de su experiencia, sean quienes respondan esta pregunta; en este caso, usuarios de Unisalud. Seguramente al escuchar tales voces, la apremiante necesidad de apego a cifras y evidencias textuales se verá gratamente superada por mares de relatos que amplíen los espacios de expresión y participación de los usuarios dentro de los escenarios de atención en salud.

Las evaluaciones nacionales e internacionales de satisfacción de los usuarios con la atención en salud suelen partir de la valoración de factores predeterminados de acuerdo con saberes expertos, principalmente a través de encuestas de satisfacción que generan porcentajes o promedios de satisfechos e insatisfechos¹. Esta predeterminación lleva a que no se identifique si desde la óptica de los usuarios de los servicios, la calidad se valora a partir de éstos o de otros factores. Tener en cuenta la perspectiva de los usuarios exige abordar sus construcciones subjetivas en torno al uso que hacen de los servicios de salud.

¹Romano, M. Alvarez, D. Grünhut, Y. **Estado del arte de las encuestas de satisfacción**. Instituto universitario Isalud. Argentina. 2000.

Según la Encuesta Nacional de Gestión Hospitalaria² los hospitales colombianos cuentan con mecanismos para escuchar la voz de los usuarios y la estrategia usada con mayor frecuencia es la encuesta de satisfacción (24%), seguida por el buzón de sugerencias (20%), la oficina de quejas y reclamos (12%) y la oficina de atención al usuario (12%), entre otros. La motivación para escuchar al usuario es al menos una de las siguientes: planeación, mejoramiento, corrección de errores, identificación de áreas problemáticas. Entre los responsables de escuchar a los pacientes se encuentra la gerencia (25%), la oficina de atención al usuario (17%), trabajo social (9%), la administración (9%) y los jefes de área (7%).

En el año 2001, dentro del marco del Sistema de Garantía de Calidad³ y para responder a la necesidad de ofrecer un sistema de información permanente para apoyar a las personas al elegir un asegurador o prestador de servicios, el Ministerio de Salud impulsó un estudio en el que se incluyó una encuesta a usuarios del sistema para identificar factores de satisfacción y disgusto, importantes para evaluar la calidad de la prestación de los servicios^{4,5}. La población encuestada identificó como factores de satisfacción, entre otros, las relaciones interpersonales (32%), las amenidades (14.4%), el acceso (8.1%) y la calidad técnica (5.6%). Se mencionaron como razones de disgusto principalmente fallas en las amenidades (30.77%), en las relaciones interpersonales (8.32%) y en el acceso (7.21%). Esta encuesta aporta un panorama nacional útil como punto de referencia, pero insuficiente ante las particularidades regionales de diferentes poblaciones de usuarios, relacionadas con clases sociales, actividad económica, ubicación geográfica y distribución urbano - rural, características sociales, culturales, étnicas, religiosas, de la organización familiar, y relacionadas con el perfil epidemiológico y la distribución poblacional según tipo de afiliación a seguridad social.

A excepción de este estudio, no se documentaron iniciativas nacionales de caracterización de los atributos de la calidad percibida a partir de la opinión de los usuarios, y se documentaron

² Centro de Gestión Hospitalaria – Fundación Ford. **Los Hospitales colombianos en el contexto de Latinoamérica y el Caribe**. 2002. (Incluye una descripción de la situación de gestión en los hospitales colombianos mediante entrevistas en una muestra de 130 hospitales).

³ En ese entonces regulado por el Decreto 2174 de 1996, que fue derogado por el Decreto 2309 de 2002.

⁴ Ministerio de Salud. **Informe Final Encuesta a Usuarios**. Proyecto: evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del SGC para las IPS. Centro de Gestión Hospitalaria, Canadian Council on Health Services Accreditation, Qualimed. 2000.

⁵ Múnera, Juan M. Tono, T. **Qué quieren los usuarios**. Revista Vía Salud. N° 15. Primer trimestre de 2001.

muy pocas a nivel internacional⁶, dentro de las cuales se cuentan estrategias metodológicas de predominio cuantitativo. Priman igualmente estudios para evaluar la calidad (de servicios, programas, del sistema de salud, etc)^{7 8 9 10}.

En la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional – Unisalud- se escucha la voz de los usuarios mediante encuestas de satisfacción y a través de sus manifestaciones escritas. También existe una oficina de atención al usuario. En marzo del año 2004, Unisalud realizó una encuesta de satisfacción cuyos resultados fueron favorables, con una alta frecuencia de calificaciones de 4 y 5 sobre 5¹¹. En contraste, la oficina de atención al usuario encuentra que una considerable proporción de las quejas que reciben la Universidad Nacional son referentes a la atención en Unisalud¹². De enero a noviembre del año 2004, Unisalud recibió 211 manifestaciones escritas de sus usuarios¹³; mas de la mitad de esas manifestaciones fueron quejas (58%), seguidas de sugerencias (25%) y felicitaciones (7%).

Entonces en Unisalud se identifican discordancias entre los resultados favorables al evaluar la satisfacción de los usuarios, y el volumen de manifestaciones tipo queja que se reciben, por lo que se desea saber si esta discordancia se puede deber a que no se estén evaluando los aspectos de mayor relevancia para los usuarios de la entidad y a que se deba replantear el contenido de sus evaluaciones de satisfacción. En otras palabras, en Unisalud se requiere caracterizar la calidad percibida a partir de la opinión de sus usuarios.

⁶ Merdinger-Rumpler, Caroline. **La satisfaction du patient hospitalisé : de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation.** Universidad Robert Schuman. Francia. 2002.

⁷ Mejía V, Darío. **Evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS.** Defensoría del Pueblo. Colombia. 2003.

⁸ Giraldo V, Juan C. **Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios.** Defensoría del Pueblo. Colombia.

⁹ Velasco Carmen y cols. **Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia.** Rev. Panam. Salud Pública. 5 (6). 1999.

¹⁰ Garay U, Ana, y cols. **Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña.** Revista Española de Salud Pública. N° 5. 2002; 76: 437-450.

¹¹ Mejía, Carlos. **Estudio de satisfacción de los usuarios.** Resumen ejecutivo. Unisalud. Bogotá. 2004.

¹² Según diálogo con funcionarios de Atención al Usuario y de Epidemiología y Calidad de Unisalud. Bogotá. Marzo de 2005.

¹³ Unisalud. **Informe ejecutivo 2004.** Atención al usuario. Bogotá. 2004.

2 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo puede aportar a la investigación en Salud Pública una experiencia de acercamiento a las Ciencias Sociales por medio de una investigación cualitativa que recurre a la memoria, la experiencia y la opinión como fuentes de información que pueden orientar la toma de decisiones en torno a un servicio público.

Igualmente permite acercar la Salud Pública a un campo social de conocimiento, constituido por voces diversas y discursos contruidos a partir del contacto cara a cara de los usuarios con el funcionamiento real y cotidiano del Sistema de Salud.

Lo mismo vale para el saber – hacer de quienes desempeñan labores en torno a la calidad de la atención en salud (auditores, administradores, educadores), porque con esta investigación se aporta a una de las áreas menos exploradas dentro del tema, que es la calidad percibida, rescatando la subjetividad de los usuarios como fuente de información objetivable que permita identificar, definir y priorizar atributos o componentes de la calidad de los servicios de salud.

Específicamente en Unisalud, los resultados aportarán elementos de juicio para responder a una necesidad concreta identificada por los funcionarios a cargo de abordar el tema de la satisfacción de los usuarios.

Y aunque se generan resultados a partir de la voz de usuarios con unas particularidades sociales, económicas, culturales, educativas, laborales, que impiden su extrapolación al universo de usuarios del SGSSS, su contenido será marco de referencia para adelantar indagaciones similares en otras poblaciones y comparar resultados.

En la coyuntura nacional de debate y crítica al Sistema de Salud vigente, el micrófono se pasa de mano en mano privilegiando campos sociales de conocimiento contruidos a partir del saber y praxis de la teoría y la legislación, opacando por el camino las voces que en su día a día experimentan, aprenden, se construyen y reconstruyen en su contacto con los servicios.

Las estrategias investigativas propuestas abren camino para escuchar con detenimiento las voces de los usuarios de servicios de salud de cualquier latitud y con cualquier propósito de investigación. Entonces, el presente es un asomo al saber de los usuarios de la Atención en Salud, para explorar un tema muy concreto, pero con la esperanza de marcar vías de diálogo de saberes que permitan ampliar nuestras esferas de conocimiento al abordar cualquier tema relacionado con la salud de las poblaciones.

3 MARCO CONCEPTUAL

Esta, como cualquier investigación universitaria, nace, se hace y cobra sentido, dentro de un campo social de conocimiento que se construye y fundamenta en maneras de aproximarse a la realidad, que ostentan el estatus social de saberes expertos, podríamos decir, saberes hegemónicos. Tal acercamiento académico y formal a las problemáticas sociales cohabita con otras maneras de comprender y explicar la realidad, que nutren discursos no hegemónicos, pero no por ello menos importantes - o menos expertos -.

La propuesta que aquí se presenta, implica abordar un tema que ha sido desarrollado a partir de aproximaciones expertas (tales como la auditoría, la administración de servicios de salud, la salud pública y la legislación), y explorarlo a partir de aproximaciones no académicas que generan significados situados dentro de campos sociales diversos, y que construyen discursos basados en condiciones de vida, sociales, educativas, económicas, laborales, familiares y demás, y que influyen en la manera de interpretar las experiencias vividas durante el contacto cotidiano con la atención en salud.

Las condiciones de vida de la población objeto de estudio, las características de la empresa escenario de estudio, el contexto local y nacional, influirán los hallazgos de esta investigación. Asimismo, las características de la investigadora, su formación y opinión en torno al tema investigado, y la intención de mediar este diálogo de saberes, tendrá un efecto en el direccionamiento del mismo y en los resultados y el análisis ofrecidos al lector. Entonces no se presenta un diálogo bidireccional, sino un acercamiento que parte de saberes formales, o voces expertas en el tema, y se dirige hacia saberes no formales, o voces de los usuarios de servicios de salud, como se ilustra en el siguiente gráfico.

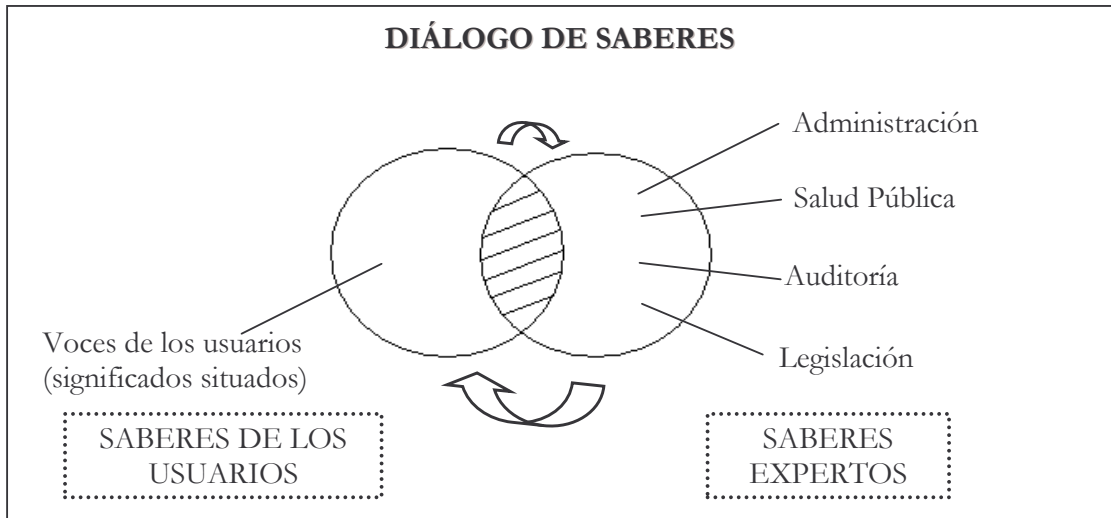


Gráfico 1: Diálogo de saberes.

Se propone un encuentro o diálogo de saberes que parte de los diferentes saberes expertos relacionados con el tema de la calidad de la atención en salud (círculo de la derecha) y se dirige (flecha inferior) hacia la exploración de las diferentes voces de una población de usuarios (círculo de la izquierda) que se expresan en discursos relacionados con la calidad percibida de la atención en salud, y contruidos a partir de significados situados en sus propios campos sociales de conocimiento. El producto de este diálogo es representado por la zona de intersección sombreada. La asimetría en el tamaño de las flechas resalta que la propuesta implica un direccionamiento del diálogo, el cual es orientado por la investigadora.

A continuación se presentarán los referentes conceptuales extraídos de los saberes expertos en torno al tema de calidad y calidad percibida en salud, como un primer paso en este diálogo de saberes. Posteriormente se presentarán los resultados de explorar el mismo tema a partir de las voces de los usuarios afiliados a Unisalud, y el proceso de análisis y de transformación de la mirada que ocurrió durante el mismo.

3.1 Apuntes conceptuales sobre Calidad en salud

Abarcar las voces expertas en el tema de Calidad es un ejercicio que no se pretende ni se podría alcanzar en una propuesta investigativa como la presente. Abundante material muy bien logrado está disponible para tal efecto. Lo que se presenta a continuación es un esbozo conceptual que permita tener una referencia mínima pero suficiente para contextualizar el tema

investigado y posteriormente para generar un diálogo entre saberes: el saber académico o formal y el saber de los usuarios.

La calidad es un concepto que invita a producir bajo una perspectiva diferente a la de solamente generar ganancia económica; la interpretación del término tiende a centrarse alternativamente en tres dimensiones: ausencia de defectos, conjunto de propiedades deseables, adecuación a las necesidades de un usuario¹⁴. Cuando se orienta la calidad en salud hacia el usuario, es decir hacia la satisfacción de demandas explícitas y necesidades previsibles, se involucran juicios basados en opinión y componentes subjetivos del proceso de consumo.

Uno de los principales representantes académicos del tema de calidad en salud, Avedis Donabedian, destaca que la capacidad de juicio del consumidor es mayor de la estimada y enfatiza en su preponderancia como juez de la calidad, validando la percepción de satisfacción del usuario como un saber – sentir. En esta perspectiva coinciden otros autores, como Edwards Deming, quien resalta al consumidor como eslabón central del proceso de producción y Joseph Juran, para quien la calidad es ausencia de defectos entendida como adecuación al uso^{15 16}. Donabedian sostiene que la calidad en salud es una propiedad y un juicio sobre:

- *Técnica o ciencia*: la aplicación diestra de la ciencia y la tecnología para un óptimo equilibrio riesgo – beneficio adaptado a la condición del paciente.
- *Trato o arte*: el manejo de la relación interpersonal, en un marco sociocultural de valores, normas y expectativas.
- *Amenidades*: aspectos deseables de las circunstancias en que se provee la atención, y que la hacen agradable, gratificante y no humillante (como confort, privacidad, aseo).

Donabedian afirma que la calidad se caracteriza por varios atributos, o pilares, que se pueden emplear de manera individual o conjunta para definir o medir la calidad, y que incluyen la Eficacia, Efectividad, Eficiencia, Optimización, Aceptabilidad, Legitimidad y Equidad.

¹⁴ Passos, R. **Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud**. OPS. 1997.

¹⁵ Paganini, J M. **Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria**. OPS, OMS. Washington, D.C. Serie HSS/Silos. 1996.

¹⁶ Gómez, A. Ardila, A. **Evaluación de la Calidad en los Servicios de Salud**. Documento sin editar disponible en la Biblioteca de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. 2002.

Para este trabajo interesa centrarse brevemente en la Aceptabilidad, definida por el mismo autor como la adecuación a los deseos y expectativas de los pacientes y sus familias. Combina la Accesibilidad (o facilidad para obtener la atención), características propias de la relación médico – paciente (preocupación personal, empatía, respeto, no condescendencia, buena voluntad para tomarse su tiempo, esfuerzo por explicar, atención a las preferencias del paciente, honestidad, verdad, buenas maneras), las amenidades, la equidad (distribución justa e imparcial del cuidado en la población), y la legitimidad (o aceptabilidad social)¹⁷.

Donabedian reconoce que la aceptabilidad es uno de los aspectos menos desarrollados dentro del tema de la calidad en salud, y deja constancia de ello al plantear el carácter transitorio de su definición y la necesidad de avanzar en su claridad. El concepto de aceptabilidad es el que más acerca el tema de calidad en salud al de calidad percibida que se emplea en este trabajo; sin embargo, presenta el inconveniente de referirse preferencialmente a la porción de la atención en salud relacionada con la atención médica de pacientes. Entonces es un concepto que permite ubicar el tema de investigación e ilustrar la pertinencia de avanzar en su comprensión, pero que no se adoptará para no limitar el análisis los resultados que se obtengan. De hecho, el autor también reconoce que a los pacientes (usuarios) rara vez se les pregunta directamente qué es calidad, y se les pregunta más por factores indirectos o atributos de la calidad que pueden imponer límites y contenidos al concepto, error que se pretende evitar.

En este contexto los atributos de calidad son numerosos y no puede existir un único concepto de calidad sino que cada definición se legitima en su contexto y ante diferentes niveles de responsabilidad e interés. El marco de análisis de la calidad también puede cambiar de acuerdo al concepto de salud que se utilice, el nivel de la prestación analizado (el sistema, un servicio, un programa, un médico), o la delimitación hecha al definir a quien recibe la atención (un paciente, la sociedad). Entonces tiene la misma importancia la definición de calidad de pacientes, profesionales, administradores y políticos. Estas definiciones se pueden clasificar en¹⁸:

¹⁷ Donabedian, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press. 2003.

¹⁸ Kerguelén, Carlos. **Calidad en Salud: ¿Qué es?** Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá. 2003.

- *Absolutistas*: a partir de grupos profesionales.
- *Individualizadas*: a partir de expectativas, deseos y valoraciones del paciente.
- *Sociales*: para distribuir los beneficios hacia la sociedad (no hacia unos grupos de poder). A este nivel se resuelve la dimensión de justicia.

Según esta clasificación, en la presente investigación se persigue una definición individualizada de la calidad generada a partir de la opinión de los usuarios de Unisalud. Quiere decir que del gran tema de la calidad de la atención en salud, se aborda y se desarrolla el sub tema referente a la satisfacción, o mejor, a la calidad percibida por el usuario.

3.2 Definición de conceptos

Calidad:

La ISO 9000:2000 la define como “el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.

Calidad de la atención en salud:

Según el Decreto 2309/02 la atención en salud es la prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como los procesos de aseguramiento¹⁹. El mismo decreto define la calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

Calidad percibida en salud:

Hace referencia a un producto subjetivo de la relación usuario – prestador, dado por las características que debe tener la atención en salud, definidas y medidas a partir de la opinión de los usuarios, para responder a sus necesidades y expectativas ante experiencias en servicios de atención en salud.

Según la OPS²⁰ calidad “sentida” en los servicios de salud “es la que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad, luego de la utilización de los servicios. Relaciona la entrega cortés y respetuosa con un contenido técnico óptimo”.

Satisfacción:

Complacencia con la atención en salud recibida o “grado de concordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida, conforme a la percepción del usuario”²¹. Se puede definir como un equivalente de calidad percibida o como uno de los criterios que contribuye a su evaluación; en el presente trabajo se interpreta de la última manera.

Usuario:

Cada vez el sector salud se encuentra con pacientes (del latín patir: sufrir, padecer, aguantar, soportar) más impacientes, informados y críticos, ello justifica abandonar el término paciente para adoptar el de usuario. El término Cliente cobija al usuario, pero además se refiere a quien no hace necesariamente uso de los servicios (la familia del usuario, quien remite pacientes a un prestador, quien paga por los servicios, los proveedores de las instituciones)²².

3.3 Marco normativo de la Calidad percibida en salud en Colombia

El numeral 9 del Artículo 153 de la ley 100 establece que la calidad es una de las reglas del servicio público de salud, rectoras del SGSSS; el segundo inciso del Artículo 185 de la misma ley, establece la calidad como uno de los principios básicos que deben regir a las IPS. Según el Artículo 199 y parágrafo, el Ministerio de Salud (Protección Social) definirá normas de calidad

¹⁹ Ministerio de Salud (Protección Social). **Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** Colombia. (Deroga el Decreto 2174 de 1996).

²⁰ OPS 1994, citado en: Páramo, José. **Auditoría en Salud.** Biblioteca Jurídica Diké. Pág. 36. 2002.

²¹ Aguirre, Héctor. **Calidad de la Atención Médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo.** Conferencia interamericana de seguridad social. Noriega Editores y Secretaria General Comisión Americana Médico Social. México. 2002.

²² Orjuela, N. **Humanice la prestación de sus servicios de salud.** Centro de Gestión Hospitalaria. 2001.

y satisfacción del usuario, y solicitará información para establecer sistemas que permitan la evaluación periódica de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC)

El SOGC, reglamentado por el Decreto 2309 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), incluye cuatro componentes: el sistema único de habilitación para el cumplimiento obligatorio de normas, requisitos y procedimientos que registran, verifican y controlan condiciones básicas indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud centrada en la evaluación sistemática y continua del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los definidos en el sistema de habilitación, un sistema único de acreditación para el cumplimiento de niveles superiores de calidad, y un sistema de información para la calidad que estimule la competencia y oriente a los usuarios para la toma de decisiones informadas. Estos componentes se tendrán que articular con niveles profesionales óptimos y considerar la disponibilidad de recursos, para lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios, bajo el control del Ministerio de Protección Social. Las características del SOGC son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad, pertinencia.

CARACTERÍSTICAS DEL SOGC SEGÚN DECRETO 2309 DE 2002	
Característica	Definición
Accesibilidad	Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
Oportunidad	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
Seguridad	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
Continuidad	Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
Pertinencia	Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Tabla 1

Dentro del componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, se describen los énfasis de la auditoría según tipo de entidad. EPS, ARS, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada deberán adoptar indicadores y estándares que precisen la calidad esperada en sus procesos de prestación, permitan su evaluación y seguimiento y propendan por “el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios” (Art. 39 del Dec. 2309/02). Nótese que a las cinco características del SOGC se adiciona la función de garantizar la satisfacción de los usuarios. Para los procesos de Auditoría en estas entidades, se debe establecer un programa que comprenda como mínimo un proceso de autoevaluación de la Red de prestadores y un proceso de Atención al Usuario dentro del cual “La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, y al acceso y oportunidad de los servicios” el (Art. 40). Entonces se toman como parámetros de satisfacción del usuario dos de las cinco características del SOG, la accesibilidad y la oportunidad. Estas entidades también desarrollarán la Auditoría externa para evaluar los procesos de atención a usuarios por parte de su red de prestadores (Art. 43).

El énfasis de la auditoría en las IPS se centra en indicadores y estándares que permitan comparar parámetros de calidad esperada y obtenida “para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales” (Art. 39). Los procesos de Auditoría en estas instituciones deben comprender como mínimo la Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud y la Atención al Usuario en la cual “la entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos” (Art. 41).

En la actualidad las organizaciones líderes en procesos de acreditación dirigen sus esfuerzos hacia la atención centrada en el cliente, entonces la calidad se define y planea “con referencia a qué tan bien se logra satisfacer las necesidades y expectativas del cuidado y servicio, desde la óptica misma del paciente, y la identificación de los diferentes clientes que serán servidos”²³.

El Decreto 2309/02 deroga el Decreto 2174/96 del CNSSS, también referente al SOGC, en el que se establecían como características de calidad de la atención en salud: racionalidad técnica,

²³ ICONTEC. **Guía básica para la Acreditación en Salud**. 2004.

idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, atención humanizada y satisfacción del usuario.

La Resolución 5261 de 1994²⁴ del CNSSS, define calidad de la atención en salud como “el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados”. Allí se incluyen las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, racionalidad lógico-científica, eficiencia, costo-efectividad, integralidad e integridad, continuidad, humanidad, satisfacción del usuario, agilidad, suficiencia, información, transparencia y consentimiento.

Con esta revisión es evidente que no existe unanimidad en cuanto a cuáles elementos considerar al definir y medir la calidad y la calidad percibida, como se ilustra en la siguiente tabla al comparar algunas de las fuentes citadas. (Se presentan en orden alfabético).

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA CALIDAD SEGÚN VARIAS FUENTES				
DONABEDIAN (2003)	KERGUELÉN (2003)	DECRETO 2309/02 (CNSSS)	RES 5261/96 (CNSSS)	DECRETO 2174/96 (DEROGADO)
Aceptabilidad Efectividad Eficacia. Eficiencia Equidad Legitimidad Optimización	Accesibilidad Aceptabilidad Calidad técnico-científica Comodidades Competencia profesional Continuidad Coordinación Efectividad Eficacia Eficiencia Equidad Legitimidad Optimización Pertinencia Satisfacción Seguridad	Accesibilidad Continuidad Oportunidad Pertinencia Seguridad	Accesibilidad Agilidad Consentimiento Continuidad Costo-efectividad Eficiencia Humanidad Información Integralidad Integridad Lógico-científica Oportunidad Racionalidad Satisfacción del usuario Seguridad Suficiencia Transparencia	Atención humanizada Disponibilidad y suficiencia de recursos Eficacia Eficiencia Idoneidad y competencia profesional Integralidad Racionalidad técnica Satisfacción del usuario.

Tabla 2

²⁴ Ministerio de Salud. (hoy Protección Social). **Resolución 5261 de 1994**. Manual de Actividades y Procedimientos del POS. Colombia

Resaltar estas heterogeneidades resulta útil para la presente investigación por dos motivos: por un lado su diversidad y multiplicidad anuncian resultados igualmente diversos al indagar la opinión de los usuarios; por otro lado, su conceptualización a partir de saberes expertos, podrá facilitar la labor de interpretación y análisis de resultados al acercar los saberes expertos y de los usuarios.

ISO 9001:2000

Dentro de los 8 principios de Gestión de la Calidad definidos por la ISO 9001:2000, el primero de ellos es el Enfoque al Cliente según el cual, dado que las organizaciones dependen de sus clientes, deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse por exceder sus expectativas.

En salud, como se ve, la normatividad referente a calidad percibida y satisfacción del usuario es limitada, el escenario jurídico para el desarrollo de la evaluación y mejoramiento de la calidad a partir de la percepción de los usuarios es incipiente, de modo que cumplir un requisito jurídico no será necesariamente el motor que impulse a los prestadores de servicios de salud para escuchar la voz del usuario. Otras motivaciones pueden ser:

- El deseo de orientar los servicios hacia el usuario.
- La intención de alcanzar y mantener niveles altos de satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Contribuir a la responsabilidad médico legal y ética.
- Analizar la calidad de la atención en salud ofertada a la luz de las expectativas del usuario.
- Detectar áreas susceptibles de demandas legales.
- Controlar iniciativas concretas de demandas legales.
- Adelantar labores de auditoría.

3.4 Alcances y límites al abordar la calidad percibida en salud.

En salud la atención está mediada por etapas o actos con efectos parciales mediatos e inmediatos; producción y consumo coinciden en el tiempo con necesidades y expectativas particulares y ello no garantiza el cumplimiento final de expectativas. Esto llevado al extremo impondría la variabilidad como esencia de la calidad de los servicios de salud o al otro extremo, igualmente nocivo, impondría el cumplimiento rígido de patrones estandarizados. En todo caso un mal servicio no podrá ser devuelto, desarrollado o inspeccionado antes de su entrega, pero sí se podrá reparar.

El objetivo de las personas que buscan atención en salud suele ser la cura o alivio de un padecimiento, en otras ocasiones la atención será solicitada con el fin de incrementar el nivel de salud o para conseguir fines preventivos; igualmente habrá excepciones cuando la atención facilite al paciente la obtención de algún tipo de beneficio secundario (familiar, laboral, legal). Desde esta perspectiva, la idoneidad en la competencia profesional es una condición prioritaria que se debe garantizar y que puede enviar a segundo plano otros elementos de la atención en salud tales como las relaciones interpersonales o las amenidades; no sería relevante recurrir a definiciones individualizadas para medir los servicios recibidos porque las asimetrías de información solo permitirían obtener conceptos subjetivos poco útiles para establecer puentes de causalidad entre éstos y la técnica profesional.

Los intentos de evaluar calidad a partir de la perspectiva del paciente invitan a preguntar si es posible generalizar los resultados y formular estándares cuando cada persona difiere en su estado de salud, características económicas, sociales, culturales y educativas.

Efectivamente la calidad percibida no puede ser (ni es) el único parámetro para medir la calidad de los servicios de salud, pues incluso en una situación hipotética en que los resultados evaluativos fuesen óptimos no se podría descartar la presencia de funcionarios cálidos con deficiencias en su formación profesional. Sin embargo varios motivos rescatan la importancia de escuchar los juicios elaborados por las personas que reciben atención en salud:

- Una buena relación entre pacientes y equipo de atención en salud optimiza la identificación de necesidades y expectativas y garantiza en mayor medida la aplicación del conocimiento pertinente.
- La empatía hacia el equipo de salud puede facilitar la adherencia de los pacientes a la terapéutica instaurada. En el caso de personas hospitalizadas, esto podrá influir en los comportamientos que se adopten al egreso y por ende en el bienestar futuro.
- Al estar enfermo el hecho de percibir que se es atendido con calidad es en sí mismo un beneficio medible importante.
- Aunque el conocimiento y la legislación sobre calidad en salud aún están en proceso de consolidación, actualmente es fácil formular criterios y estándares objetivos de evaluación; la exploración de elementos subjetivos de la calidad de la atención en salud es más difícil porque las bases conceptuales respectivas son pocas. Entonces, la visión ética de los procesos de atención en salud puede aportar elementos que enriquezcan las evaluaciones vigentes de calidad, dominadas grandemente por perspectivas éticas²⁵.
- Los seres vivos emplean los sentidos, la memoria y el aprendizaje para sobrevivir²⁶; el usuario puede basarse en su experiencia de enfermar – sanar para identificar aspectos positivos y negativos de la atención, que escapan al observador externo.

Ahora bien, en un medio dominado por los avances tecnológicos y donde la cuantificación y sistematización de la información parece no tener precio cabe cuestionar la idea de proponer una metodología de investigación cualitativa centrada en la opinión de las personas. En salud la tecnología viene prestando progresivamente un mayor apoyo diagnóstico y terapéutico; sin embargo el acto médico se vale de la subjetividad del entrevistado para definir la ruta

²⁵Díaz, Ma del P. **El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto**. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Salud Pública. 2002.

²⁶ Carpenter, RHS. **Neurofisiología**. Editorial El Manual Moderno. 1998.

diagnóstica y reducir el uso desbordante de servicios tecnológicos -aunque se reconoce en el presente la tendencia a que esto ocurra²⁷-.

Al interpretar la calidad percibida como la valoración que emite cada persona sobre su experiencia de interacción con el sector de la salud, su definición se remite a un concepto adaptado cada vez a necesidades, expectativas y deseos diferentes, procesados por un filtro personal construido en un contexto cultural, social y económico específicos. Cada individuo filtra de cada estímulo las propiedades accidentales para dejar sólo las que le parecen esenciales, de modo que no se puede esperar que todos los entrevistados tengan el mismo patrón de filtrado o la misma eficiencia en el proceso²⁸; pero es posible identificar patrones de asociación comunes a los diferentes entrevistados si se tiene un marco de referencia similar en quienes se realice la evaluación.

Es esperable que esta manera de conceptualizar la calidad percibida muestre similitudes con las definiciones de calidad construidas por la teoría y la legislación vigente, así como diferencias mediadas por la identificación y priorización de necesidades y expectativas de quien recibe la prestación de los servicios de salud.

Se reconoce que involucrar pacientes en estudios cualitativos es más dispendioso y costoso que aplicar encuestas de satisfacción, por lo que los resultados de la presente investigación se podrán poner finalmente en una balanza que los compare con los de herramientas tradicionalmente empleadas para escuchar al usuario de modo que se fortalezca o no la idea de evaluar en profundidad la calidad percibida a mayor escala.

²⁷ Evans y Stoddart. **Producir Salud, consumir asistencia sanitaria.** En: Evans, Barer y Marmor. *¿Porqué alguna gente está sana y otra no?*. Madrid. Ed. Diaz de Santos. 1996.

²⁸ Maturana H. **Realidad: la búsqueda de la objetividad o la búsqueda de un argumento convincente.** En: *La realidad: ¿objetiva o construida?*. *Fundamentos Biológicos del conocimiento.* Tomo II. Anthropos. Barcelona. 1996.

4 OBJETIVOS.

4.1 General

Caracterizar la calidad percibida de la atención en salud desde de la opinión de algunos usuarios de Unisalud, partiendo de sus experiencias de atención, e identificar las características o atributos que consideran más relevantes para valorar la calidad de la atención. (El objetivo no es evaluar la calidad de la atención en Unisalud).

4.2 Específicos

- a. Identificar según la opinión de los usuarios de Unisalud, atributos de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud e intentar su priorización.
- b. Proponer factores o variables de valoración prioritaria en futuras evaluaciones de calidad percibida de Unisalud.
- c. Generar explicaciones a las discordancias entre los resultados de las encuestas de satisfacción de Unisalud y el volumen y contenido de las manifestaciones que la empresa recibe.
- d. Identificar las fortalezas de una investigación cualitativa con enfoque etnográfico como método para escuchar la voz de los usuarios de servicios de salud.

5 METODOLOGIA

5.1 Enfoque metodológico

La investigación en Salud Pública evidencia en las últimas décadas un acercamiento progresivo a las metodologías cualitativas, con diferentes propósitos y resultados. Este acercamiento ha tenido ritmos disímiles en las diferentes geografías. En Colombia las aproximaciones aún son tímidas pero cabe esperar avances en la producción investigativa por los mismos motivos que han propiciado su uso a nivel internacional:

- El reconocimiento de un marco amplio y complejo de determinantes de la salud que excede los conceptos de salud biologicistas o asistencialistas ha llevado a dirigir los lentes investigativos hacia el conocimiento en profundidad de diversas dimensiones de las realidades humanas.

- El cuidado de pacientes con perspectiva holística y en pro de la humanización de la salud encuentra un importante apoyo en las ciencias sociales.
- Las evidencias sobre el efecto del contexto social y cultural en los escenarios de asistencia médica ha impulsado la aplicación de la investigación cualitativa en este campo.
- El encuentro entre las ciencias sociales y de la salud deriva en diversas posibilidades de enriquecimiento mutuo dadas las fortalezas teóricas de las primeras y prácticas de las segundas.

Los métodos cualitativos de investigación incluyen diseños etnográficos, biográficos, investigación participativa, investigación evaluativa y estudios de casos. Estos se pueden apoyar en estrategias individuales y grupales, entrevistas, observación participante y en el análisis de documentos. A diferencia de otras disciplinas, en salud el uso de técnicas grupales ha sido mayoritario para abordar diferentes temáticas²⁹.

En la revisión de estudios que antecedió a la presente investigación se encontraron abordajes etnográficos para investigar en salud pero ninguno con el objetivo de tocar el tema aquí propuesto; predominan temáticas como la planificación y organización sanitaria, y dentro de ella la evaluación de servicios y la medición de satisfacción de los usuarios. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos es escasa y en general se presenta sin mayor justificación metodológica aunque su sustento se puede buscar en el uso de métodos cualitativos como punto de partida para identificar y describir en profundidad las variables a evaluar en investigaciones cuantitativas. En este estudio no es prioridad combinar metodologías cualitativas y cuantitativas, ni se busca identificar rasgos de superioridad de unas u otras para abordar el tema de la calidad; se ha elegido el abordaje que se considera responde de la mejor manera a las necesidades del problema planteado y que puede llenar espacios aún poco explorados dentro del tema de la calidad en salud.

Por tal motivo se plantea un enfoque metodológico centrado en la opinión del usuario de los servicios, en su versión de los hechos experimentados durante la atención en salud. La perspectiva etnográfica, brinda las herramientas para acercarse a la realidad a partir de la

²⁹ Amezcua M, Carricondo A. **Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud.** Index de Enfermería (Gran) 2000; 28-9:26-34

experiencia de quienes la viven y para comprenderla a partir de sus relatos ya que se fundamenta en el estudio de los fenómenos en su propio contexto y a partir de los significados que les dan las personas; entonces el propósito no es explicar sino *comprender e interpretar* la realidad a partir de las construcciones explicativas de sus protagonistas. Este enfoque lleva a reconocer el efecto no neutral del investigador, sus características y experiencias, en el proceso investigativo y en los resultados de la investigación.

Por el perfil de la investigadora (médica con formación en Salud Pública y con empatía por la investigación epidemiológica), el ejercicio representó inicialmente un reto ontológico y metodológico que exigía dejar a un lado el paradigma positivista para lograr una aproximación auténtica a la comprensión de eso que los sujetos tienen para decir.

El mundo o la realidad de los informantes y sus construcciones interpretativas pueden ser completamente diferentes a las del investigador³⁰; el objetivo del investigador cualitativo es meterse en el mundo los sujetos de investigación, captar “sus verdades” en los contextos o en la situación social que viven, con paciencia, reflexión y evaluación permanente; ello requiere una escucha activa y una relación de empatía, así como el reconocimiento de los propios referentes conceptuales. La etnografía se puede definir como enfoque, método y texto³¹:

- El enfoque etnográfico es una concepción y práctica de conocimiento empleado para comprender fenómenos sociales a partir de sus miembros. La descripción o comprensión terciaria es específica de este enfoque: entender una acción en los términos de sus protagonistas. Se dejan de lado las elucubraciones del ensayo y los actores son los privilegiados para expresar los hechos, no el autor.

- El método de investigación etnográfico pone a prueba las generalizaciones producidas por otras disciplinas sociales al generar conclusiones interpretativas que articulan la elaboración teórica y el trabajo de campo sin cambiar la opinión del entrevistado por interpretaciones etnocéntricas. Entonces la etnografía es la interpretación/descripción de lo que el investigador vio y escuchó.

³⁰ Maturana H. **Realidad: la búsqueda de la objetividad o la búsqueda de un argumento convincente.** En: *La realidad: ¿objetiva o construida? Fundamentos Biológicos del conocimiento.* Tomo II. Anthropos. Barcelona. 1996.

³¹ Guber, R. **La etnografía: método, campo y reflexividad.** Editorial Norma. 2001.

- Como texto la etnografía representa o traduce los hallazgos investigativos para lectores no familiarizados con lo investigado.

5.2 Estrategias de investigación

Se abrió el abanico de estrategias metodológicas cualitativas y se seleccionaron la observación participante y la entrevista abierta. Se asumió de este modo la necesidad de entender la subjetividad de los usuarios de servicios de salud conjugando la observación de los escenarios en que éstos se prestan y el acercamiento a las opiniones, percepciones y construcciones explicativas de quienes reciben la atención a través de entrevistas individuales, para identificar el contexto cultural de la población estudiada, explorar el lugar que ocupa la atención médica dentro de su proceso de enfermar – sanar y comprender la manera como se entienden, perciben y priorizan diferentes características de la calidad de la atención.

El trabajo de investigación cualitativo ha de ser flexible para responder a las particularidades que se presentan en el terreno práctico. Por tal motivo, las estrategias empleadas en esta investigación se presentan a la par que las motivaciones que condujeron a cambios de planes.

5.2.1 Observación participante

Al seleccionar esta técnica de investigación, el objetivo perseguido fue conocer mejor la población de usuarios de la empresa, luego de un acercamiento a su perfil epidemiológico e identificar características y tipo de usuarios para tener en cuenta durante la selección e identificación de los entrevistados. Se realizaron visitas a la sede de Unisalud en Bogotá, se identificaron las zonas de mayor circulación de usuarios y se centró allí la atención. La investigadora es profesional de la salud, ha sido usuaria de servicios de salud y previamente se ha interesado por la perspectiva del usuario, entonces cuenta con el antecedente de haber sido observadora común (de la vida diaria) en escenarios similares a los elegidos para estas observaciones. En esta ocasión se realiza una observación participante con fines investigativos; ello implica predefinir unos objetivos, controlar el sesgo del observador, planear las observaciones, recolectar sistemáticamente la información y orientar el análisis de los actos de observación hacia la generación de interpretaciones.

Según Junker, 1960 (citado en Valles 2003) la diferencia entre observador común y observador participante se centra en el grado de atención con que se observa y en la amplitud de la observación. Esto se ilustra en el siguiente cuadro de resumen:

PARALELO ENTRE OBSERVACIÓN ORDINARIA Y PARTICIPANTE	
OBSERVADOR ORDINARIO	OBSERVADOR PARTICIPANTE
Propósito único: acorde a la situación social.	Propósito adicional: observar a fondo esa situación.
Desatención selectiva.	Atención incrementada.
Observación de ángulo cerrado: limitada al propósito inmediato.	Observación de ángulo abierto: ampliada por el propósito de estudiar aspectos tácitos.
Experiencia desde dentro.	Experiencia desde dentro y fuera, por doble condición de miembro y extraño.
Introspección natural.	Se aplica la introspección natural como instrumento de investigación.
No registro sistemático.	Registro sistemático de actividades, observaciones, introspecciones, lleno de sorpresas.

Tabla 3

La observación participante puede ser de diferentes tipos según la forma en que se observa y se participa. En este caso, se adoptó un tipo de observación participante en el que la observadora se ubicó en diferentes escenarios de circulación de usuarios de la empresa, se comportó como un usuario que espera ser atendido y no interactuó con los usuarios (es la manera en que la observadora se comporta cuando es usuaria de los servicios). El acto de observar pudo ser evidente al llevar a cabo actividades que normalmente no hacen los usuarios, como tomar notas, no tomar turnos, mirar y escuchar a los demás en lugar de mirar los tableros de turnos. Este tipo de observación se puede identificar como la Participación Pasiva de Spradley o la Presencia Pasiva de Schatzman y Strauss (Valles, 2003) y ofrece la ventaja de acercarse a la cotidianeidad de los escenarios sin que obre - sobre el observado - el efecto de sentirse observado. Se consideró conveniente que en lo posible funcionarios y usuarios desconocieran la actividad, porque los primeros podrían modificar su manera de atender al público para hacer

gala de la calidad de su trabajo y los segundos podrían interpretar la observación como una indagación con fines punitivos sobre los funcionarios y podrían modificar sus expresiones espontáneas de satisfacción e insatisfacción.

Se tomaron diferentes tipos de notas de campo, que se corresponden con los tipos presentados por Valles, es decir: notas “condensadas” (tomadas durante las observaciones y en lo posible con citas textuales), notas “expandidas” (ampliación en detalle de las condensadas, después de las observaciones), notas de “diario de campo” y notas de “análisis e interpretación”. Además, según el modelo de notas de campo de Schatzman y Strauss, se puede afirmar que se tomaron “notas teóricas” (cuando se derivaron significados a partir de los datos) y “notas metodológicas” (especialmente recordatorios para completar información). Al pasar de notas condensadas a expandidas se incluyó, como recomienda Silverman, una descripción de las características físicas de cada escenario observado - el croquis del escenario - y se prestó atención a los usos del espacio, las actividades de los usuarios, la “escenificación” de los actores y las maneras de ayudarse para desempeñar sus roles (lo que aquí se llamó estrategias de relación e interacción).

Durante el análisis de la información proveniente de las observaciones se evidenció una tendencia inicial a categorizar los resultados a partir de los atributos de calidad preestablecidos por la teoría y la legislación, es decir una tendencia al análisis deductivo, y posteriormente la tendencia a generar categorías a partir del contenido de las descripciones, es decir al análisis inductivo, que se prefirió.

En síntesis, lo que se obtuvo mediante esta técnica fue:

- Perfiles relacionados con la manera de interactuar con los servicios y entre usuarios.
- Hipótesis explicativas acerca de las discordancias entre las evaluaciones expertas de calidad en Unisalud y los volúmenes de manifestaciones de sus usuarios.
- Otras hipótesis susceptibles de ser confirmadas o descartadas en las entrevistas individuales.
- Indicios de información que podría encontrarse durante las entrevistas individuales.
- Una idea general acerca del grado de alfabetización en salud y del tipo de población de la empresa, que no se habría podido captar recurriendo sólo a información escrita.

- Una versión propia de lo que se estudia, para contrastar con información proveniente de otras fuentes.

5.2.2 Entrevistas individuales

Además de la Observación participante, se planeó la realización de entrevistas individuales semiestructuradas para abordar el tema de la calidad a partir de experiencias de atención en salud, y para aprovechar la capacidad humana de articular emociones y sensaciones a procesos cognitivos. Se puede definir la entrevista como “una interacción verbal cara a cara constituida por preguntas y respuestas orientadas a una temática u objetivo específicos”³². Su uso para destacar el punto de vista de los protagonistas de los hechos sociales se popularizó por la Escuela de Chicago (1910 – 50) y luego de relegarse por algunos años, desde los 70’s, se insiste en el carácter dialógico de la construcción del conocimiento como interacción sujeto a sujeto y se recupera la entrevista con mirada reflexiva sobre el sujeto en praxis sociales concretas.

En el trabajo de campo etnográfico la confiabilidad de la información se garantiza por la presencia de la población y el reconocimiento de la importancia de su percepción y su experiencia. La información sobre la vida social nace de la cotidianidad; en la entrevista se encuentran cara a cara distintas reflexividades, y surge una nueva reflexividad a partir de la testificación del etnógrafo que reconoce su propio marco interpretativo del problema y lo diferencia del de los entrevistados en terminología y conceptos. Algunos parámetros caracterizan las entrevistas:

- Hay una secuencia de actos del habla, del tipo pregunta, respuesta, evitando y controlando desviaciones.
- Un interactuante sabe lo que el otro quiere saber y generalmente conoce la dinámica entonces colabora, ejemplifica, etc.
- La situación social de cada participante, influye en el registro verbal.
- Se persigue un objetivo social de transmisión y recepción de un saber hacia una comunidad académica u otros.

³² Oxman, Claudia. **La entrevista de investigación en Ciencias Sociales**. Editorial Universitaria de Buenos Aires. 1998. 1º Edición.

- Dentro de los acuerdos o contratos previos, socialmente tácitos, que permiten la entrevista, se incluye el contrato de veridicción, según el cual se supone que el entrevistado dice la verdad.

En el diálogo etnográfico inicialmente investigador y entrevistado se están reconociendo y se enfrenta lo que ha sido llamado la *fase de perplejidad*; durante esta etapa surgen obstáculos de comunicación que progresivamente se superan y se reemplazan por la confianza o la costumbre. En la medida en que los entrevistados revelan los nudos problemáticos de su realidad, el investigador va recuperando los fragmentos dispersos y va relacionando, refutando o comprobando sus propias ‘hipótesis etnocentristas’, es decir, va haciendo una categorización diferida.

Los aspectos relacionados con la calidad de una investigación cualitativa son complejos^{33, 34}; en buena parte dependen de la integridad, capacidad de reflexión y pensamiento crítico del investigador para lograr un acercamiento libre de etnocentrismo, es decir libre de juicios hechos a partir de los propios referentes^{35, 36}.

5.2.2.1 Diseño de las entrevistas

Para esta investigación, el diseño de las entrevistas se apoyó en experiencias cualitativas afines^{37, 38}. Se eligió un tipo de entrevista semiestructurada, basada en un guión, en la cual se preparan los temas a tratar y se deja libertad al investigador para redactar y definir el orden de las preguntas. Dentro de los preparativos, la investigadora (como instrumento de recolección de información) y el guión diseñado, se probaron y ajustaron mediante entrevistas de prueba, en las que se presentó la investigación, se explicó brevemente el propósito de las entrevistas y cuando los contactados estuvieron de acuerdo se acordó el momento de su realización.

³³ Calderón Carlos. **Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS) apuntes para un debate necesario.** Rev. Esp. Salud Pública. N° 5 septiembre – octubre 2002.

³⁴ Castillo E, Vásquez M. **El rigor metodológico en la investigación cualitativa.** Universidad del Valle, Cali. Colombia Médica. 2003.

³⁵ Conrad K. **Antropología cultural. Espejo para la humanidad.** Editorial Mc Graw – Hill. España. Cap 2. 1997.

³⁶ Díaz M, Ma del P. **El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto.** Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional. 2002

³⁷ Sanabria, Helena. **Enfoque antropológico sobre el riesgo institucional de morbimortalidad perinatal en el Instituto Materno Infantil.** Tesis de Grado. Universidad de Los Andes. Bogotá. 1990.

³⁸ Caroline Merdinger-Rumpler. **La satisfaction du patient hospitalisé : de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation.** Universidad Robert Schuman. Francia. 2002.

Inicialmente se definió como criterio de inclusión el hecho de haber sido atendido recientemente en Unisalud o en su red de prestadores para centrar las entrevistas en tal experiencia, pero luego de las primeras pruebas se evidenció su inconveniencia porque la experiencia de atención de salud más reciente no necesariamente mostró ser la más representativa para los usuarios; con frecuencia hubo mayor interés por referirse a experiencias del pasado (incluso de muchos años atrás) a partir de las cuales emergía más información para responder al interés de la investigación. Además, indagar por experiencias de atención no fue siempre un buen punto de anclaje para guiar las entrevistas; con frecuencia, centrarse en Unisalud resultó favorable para identificar experiencias.

En las entrevistas de prueba también se evidenció que para los entrevistados el concepto “Calidad” tenía un significado fuertemente relacionado con el concepto de “Evaluación” y entonces su discurso se orientaba a evaluar los servicios de Unisalud. También se encontró un vínculo entre la idea de evaluar la calidad y la sospecha de intereses punitivos hacia Unisalud. Algunos usuarios interpretaban que se buscaba evidencia de mala calidad en Unisalud y en consecuencia se apresuraban a fijar su posición al respecto. Por tal motivo en la apertura de las entrevistas subsiguientes se enfatizó que el objetivo no era evaluar a Unisalud, se resaltó la ausencia de nexo laboral o afectivo de la entrevistadora con Unisalud y por lo tanto la ausencia de intereses a favor o en contra de la empresa.

También se aprendió a manejar la situación a favor, de modo que ante usuarios que mostraron tendencia a calificar negativamente la empresa, se indagó por los aspectos positivos o las fortalezas de la misma. Cuando la tendencia fue a defender la calidad de Unisalud, se indagó por las fallas, “lunares” o aspectos susceptibles de mejoramiento. De este modo se obtuvieron calificativos y expresiones empleadas para definir la buena y la mala calidad de los servicios.

Las preguntas abiertas se introdujeron de acuerdo al ritmo y contenido de cada conversación. A continuación se presenta el tipo de enunciados planteados:

- Para empezar le pido recordar y narrar en detalle alguna experiencia de atención en Unisalud, representativa, es decir, que haya dejado marca o recuerdos positivos o negativos.
- ¿Qué aspectos son importantes para decir que a una persona se le atiende con calidad en salud? Cuando usted es atendido en cualquier servicio de salud – y no necesariamente en Unisalud –, ¿cuáles aspectos le parecen los mas importantes para sentirse bien atendido, o atendido con calidad, y que le permiten concluir que hay calidad.
- ¿Qué aspectos hacen decir que a una persona no se le atiende con calidad en salud?. Cuando usted es atendido en cualquier servicio de salud, ¿cuáles aspectos le hacen sentir que no se le atiende con calidad, o le permiten concluir que no hay calidad?
- Para usted, ¿qué es calidad de la atención en salud, o qué significa ser atendido con calidad en salud?.
- ¿Qué significa para usted no ser atendido con calidad en salud?

En las entrevistas donde el diálogo resultaba poco fluido, se expandió la conversación preguntando por los beneficiarios y sus experiencias de atención, el uso de alternativas de cuidado no médico de la salud, la calidad de Unisalud en comparación con la calidad de EPS conocidas por el entrevistado, el tema de los medicamentos, entre otros.

Cuando se identificó saturación, fatiga o repetición de enunciados en el entrevistado, se cerró el tema, se completaron datos personales como edad, antigüedad en la Universidad y en Unisalud, tiempo de antigüedad de pensión, fecha aproximada de la última visita a Unisalud, y se cerró la conversación con un agradecimiento.

5.2.2.2 Realización de las entrevistas

Se había planeado el contacto telefónico de los candidatos a entrevista pero por dificultades logísticas se probó el contacto mediante presentación personal por primera vez en oficinas de diferentes edificios de la Universidad Nacional. El resultado fue óptimo porque se encontró colaboración de las personas y a través de ellas se pudo ampliar la muestra utilizando la técnica de la *Bola de Nieve* (término acuñado por Coleman, 1958, citado en Valles, 2003), es decir contactando conocidos de los primeros.

Durante las entrevistas de prueba se intentó que las personas accedieran a ser entrevistadas en un lugar diferente a su oficina, por ejemplo en su casa, pero se encontró evidente renuencia así que se dejó de lado esta opción y se optó por solicitar citas en los horarios de menor actividad de sus oficinas para hablar con tranquilidad y se aprendió a manejar las interrupciones.

Para determinar el número de entrevistas a realizar se recurrió al *Muestreo Teórico*, según el cual se detiene la recolección de información al alcanzar un punto de *saturación teórica*, momento identificable porque el contenido se hace previsible y ya no enriquece significativamente el desarrollo del tema investigado, de modo que se gana en profundidad lo que se pierde en extensión. Generalmente existen múltiples discursos locales para explicar lo que la gente vive y las diferentes lecturas están mediadas por diferencias sociales, económicas, políticas, educativas, familiares e individuales. Por tanto, un alcance real del punto de saturación implica buscar y recolectar esta *multivocalidad*, sin privilegiar los discursos más acordes con los modelos teóricos del investigador³⁹.

Se escuchó la voz de docentes (de diferentes facultades) y no docentes (secretarías, empleados administrativos y de mantenimiento), pensionados y no pensionados, hombres y mujeres, de diferentes edades. La percepción de saturación coincidió con la presentación de una coyuntura en el interior de Unisalud que se relacionó con la aparición de renuencia de los afiliados a conversar acerca del tema propuesto y tal situación reforzó la decisión de suspender la recolección. Por el método de muestreo aplicado fue difícil llegar a la población de beneficiarios, así que solo se entrevistaron usuarios afiliados.

5.2.2.3 Grabación y transcripción

Se pidió permiso para realizar grabación magnetofónica de las conversaciones y cuando éste no se obtuvo se tomaron notas textuales breves durante el diálogo y se transcribieron cuanto antes para conservar la mayor cantidad posible de información.

³⁹ Bibeau, Gilles. **¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo.** En: *Cultura y Salud en la construcción de las Américas*. ICAN. 1993.

La Antropología Lingüística critica la notación gramatical tradicional argumentando que resulta poco adecuada para transcribir y reproducir interacciones orales. Sin el conocimiento suficiente para profundizar en el terreno lingüístico pero con la intención de rescatar al menos algunos elementos de las interacciones ocurridas durante las entrevistas efectuadas, se acogieron convenciones de transcripción que facilitaron el ejercicio de revivir de una manera más fiel las conversaciones. Con la misma intención, el registro del material no se limitó al código de la lengua (texto denotativo) sino que también se intentó rescatar el *texto depurado* (los errores, los silencios, los gestos). Se hicieron unos cambios mínimos en las convenciones propuestas por Oxman, adaptadas al gusto de la “entrevistadora – transcriptora”. Estas son las convenciones empleadas:

<p>Er = entrevistadora.</p> <p>Ea o Eo = entrevistada, entrevistado.</p> <p>Ascensos en la entonación: ?, !.</p> <p>Descensos en la entonación: <entre>.</p> <p>Énfasis o volumen alto: sílaba en Mayúsculas.</p> <p>Pausas: /, //</p> <p>Sin pausa entre dos enunciados y emisiones truncas: =, ==.</p> <p>Enunciados superpuestos: [entre].</p> <p>Fenómenos extraverbales: ((entre)). Ejemplo: ((risas)).</p> <p>Fragmento inaudible: (...). Se puede incluir lo que se cree que dice en cursiva.</p>

De este modo se convirtieron las interacciones verbales en textos o discursos formados por unidades llamadas enunciados (los enunciados son la unidad de los discursos; las oraciones son las unidades del lenguaje).

5.2.2.4 Análisis

Se planeó un análisis inductivo de contenido, que es un tipo de análisis del material que parte las ideas referidas por los entrevistados sobre las cuestiones que plantea el entrevistador; se privilegia la función referencial del lenguaje sobre las demás (su capacidad para comunicar por

medio de proposiciones a las que se puede asignar un “valor de verdad respecto del estado de las cosas”⁴⁰.

Entonces se buscó una codificación inductiva de la información recolectada, es decir, la generación de códigos o categorías a partir del contenido de los datos. Sin embargo, pronto se notó que muchos de los códigos emergentes se correspondían con atributos de calidad ya definidos desde los saberes teóricos referentes a la calidad de la atención en salud. Esto quiere decir que al analizar los enunciados se encontró alusión a atributos de calidad definidos por los saberes expertos (ver marco teórico) y se vio la conveniencia de retomar esos diversos atributos y sus diferentes definiciones como punto de referencia para avanzar en la codificación de la información. Por tal motivo se modificó la estrategia de codificación y se procedió a predefinir un listado de atributos susceptibles de ser elegidos durante la codificación. Esto no fue camisa de fuerza para adicionar nuevos códigos cuando el contenido de la información lo requirió, por lo que el listado resultante de atributos de calidad percibida combina categorías deductivas e inductivas. Se generaron tantos códigos como fueron necesarios para acercarse a la complejidad de información transmitida en las entrevistas, así que no solo se construyeron códigos relacionados con atributos de calidad.

El proceso de análisis se apoyó en el programa para análisis de datos cualitativos Atlas.ti versión 5.0. En este programa se acopia la información a analizar en Unidades Hermenéuticas (UH). La UH de esta investigación se conformó por los textos transcritos de todas las entrevistas y su contenido se organizó asignando porciones de enunciados, llamadas citas, a códigos construidos antes y durante el análisis (codificación). Como cualquier paquete computacional, el Atlas.ti no produce nada diferente a aquello que se planea producir, entonces cabe advertir que al codificar información como la que resulta en esta investigación, es necesario formular cada código de modo que se pueda captar su presencia o ausencia, o mejor, su relación con la buena o la mala calidad. Por ejemplo, la puntualidad figura en la UH bajo dos códigos, “Puntualidad” y “No puntualidad”.

⁴⁰ Otras propiedades del lenguaje: reflexividad (capacidad de volverse sobre sí mismo: unas oraciones (metalenguaje) interpretan otras (lenguaje objeto) ejemplo: referirse sobre sí mismo). Indexicalidad (o deixis. Marcadores gramaticales que dan cuenta de la relación de los sujetos con el contexto o situación de enunciación)

Una vez codificada toda la información, se agruparon los diferentes códigos de acuerdo a las necesidades de la investigación y en coherencia con sus similitudes y diferencias, esto se reflejará en la presentación de resultados.

5.3 Reconocimiento de los propios referentes

Siguiendo las recomendaciones del enfoque etnográfico, se enumerarán algunas hipótesis o presupuestos identificados antes de iniciar el trabajo de campo. Cabe aclarar que a lo largo del proceso investigativo esta identificación cobró claridad y se amplió.

1. Se supuso que con frecuencia se obtendrían opiniones ligadas al trato. Percibir calidad en el trato implicaría que los usuarios entrevistados percibieran una buena relación al interactuar con el personal asistencial, la garantía de ser informados en forma clara, correcta y suficiente con respecto a los diferentes procesos en que participaría y en referencia a lo que podría esperar y lo que debería hacer en cada etapa de la atención, interés por resolver su caso y responder a sus necesidades, expectativas y dificultades específicas.
2. Factores como la expansión del acceso de las poblaciones a la información y el reconocimiento de todo tipo de derechos humanos, fortalecen la tendencia de las personas a dirigir miradas críticas hacia todos los sectores. El sector de la salud se enfrenta a un público cada vez más informado y analítico⁴¹; ello llevó a suponer que al explorar la opinión de los pacientes, pese a las asimetrías de información, se encontraría una importante tendencia a calificar la competencia profesional, especialmente de médicos y especialistas tratantes.
3. Así mismo, en el marco del Sistema de Salud colombiano vigente, se supuso la tendencia mayoritaria de la población a resaltar aspectos relacionados con las áreas administrativas, al definir la buena o mala calidad de la atención en salud.
4. Las personas deben elegir su prestadora de servicios de salud dentro de la red de prestadoras de su aseguradora. Entonces los prestadores pueden estar más motivados a

⁴¹ Evans, Barer y Marmor. **¿Porqué alguna gente está sana y otra no?**. Madrid. Ed. Diaz de Santos. 1996.

competir por las aseguradoras que por los usuarios y por ende pueden orientar sus programas de mejoramiento hacia los factores que definan calidad para las primeras (manejo de costos?, ubicación geográfica?, habilitación? Modelo de contratación?). Este contexto no parece idóneo para estimular el mejoramiento de la calidad percibida o la calidad de la atención médica (quizás sí para mejorar la calidad de los procesos de facturación?) y muy seguramente los usuarios expresarían opiniones al respecto.

5.4 Escenario de investigación: Unisalud

La Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- es una organización que pertenece al Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, encargada de prestar los servicios de Seguridad Social en salud a personas vinculadas laboralmente a la Universidad Nacional de Colombia (empleados y pensionados) y a sus beneficiarios.

Unisalud articula la financiación y administración del riesgo con la prestación de servicios, y en su estructura orgánica - aprobada por resolución 0290/2004 de la Rectoría de la Universidad -, se separan los procesos de Aseguramiento de los de Prestación Directa de Servicios. La organización funciona en cada una de las ciudades en donde la Universidad Nacional tiene sede (Bogotá, Medellín, Manizales, Palmira, Leticia y San Andrés) y su red de atención se compone por médicos, odontólogos e IPS adscritas a cada sede. Igualmente existen convenios de prestación de servicios con otras universidades públicas y su red de prestadores⁴².

En enero del 2004 la población de Unisalud a nivel nacional era de 19.237 usuarios y en la sede Bogotá 12.688 (12.739 en julio). Según el tipo de vínculo con Unisalud, la población se compone por:

- *Afiliados*: docentes, empleados públicos, pensionados, empleados oficiales.
- *Beneficiarios*:
 - o Cónyuge o compañero (a) permanente con mínimo dos años de convivencia.
 - o Hijos menores de 18 años o que entre 18 y 25 años que estudien tiempo completo y dependan económicamente de sus padres.

⁴² Unisalud. **Guía del Usuario**. Gerencia Nacional. 2003.

- Hijos de cualquier edad con incapacidad física permanente certificada.
- A falta de los anteriores, los padres del cotizante si dependen económicamente de éste y no están pensionados por ninguna entidad.
- *Usuarios por convenio:* todas las personas que hacen parte del sistema Universitario de Seguridad Social en universidades públicas a las que Unisalud, presta sus servicios de salud.

En la sede de Bogotá, para julio del 2004, la distribución de la población según el tipo de vínculo con la Universidad Nacional se puede resumir así:

POBLACIÓN DE UNISALUD, SEDE BOGOTÁ, SEGÚN VÍNCULO CON LA U. N.				
TIPO DE VÍNCULO	AFILIADO (%)	BENEFICIARIO (%)	TOTAL	RAZÓN A/B*
Docente	13.0	17.7	30.7	1.36
Empleados públicos	12.2	19.9	32.1	1.63
Pensionados	21.4	14.2	35.6	0.66
Trabajadores oficiales	0.4	1.1	1.5	2.71

* Número total de afiliados/ Número total de beneficiarios. (Tomado de Perfil Demográfico de UNISALUD 2003 – 2004.)

Tabla 4

El perfil demográfico de Unisalud⁴³ muestra la tendencia a la acumulación de personas de edades mayores con menos personas de edades menores, por lo que la empresa ha identificado la necesidad de dirigir su mirada hacia una población longeva de crecimiento estable.

ALGUNOS INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE UNISALUD.			
INDICADOR	Unisalud Bogotá 2004	Unisalud Nacional 2004	Colombia 2003
Edad promedio (años)	41.4	40.7	
Mayores de 60 años (%)	23.9	21.5	7.3
Razón de dependencia (x100)*	0.72	0.64	0.64
Razón de masculinidad**	91	92	98
Razón de envejecimiento***	134:100	122:100	23:100

Tabla 5

* Número de personas económicamente dependientes (menores de 15 años o mayores de 60) por cada 100 personas en edad productiva.

** Número de hombres por cada 100 mujeres. Este dato varía ampliamente según el tipo de vínculo con la universidad y con Unisalud.

*** Número de personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años.

⁴³ Unisalud. **Perfil Demográfico Unisalud 2003 – 2004.** Área de Epidemiología y Calidad. Bogotá. 2004.

Las expectativas de vida de la población de Unisalud superan las colombianas mientras que sus tasas de mortalidad son similares. El comportamiento de la natalidad difiere del de la población colombiana; la tasa bruta de natalidad (numero de nacidos vivos en un año por cada 1000 habitantes) del país es entre 2 y 3.5 veces superior a la de Unisalud, la tasa general de fecundidad (número de nacidos vivos en un año por cada 1000 mujeres en edad fértil) casi 3 veces superior y la tasa global de fecundidad (número promedio de hijos por mujer al finalizar la edad fértil) la duplica.

Unisalud presta servicios de acuerdo al Plan Obligatorio de Servicios (POS) definido en la legislación colombiana. Además del POS, ofrece un Plan Adicional de Beneficios para sus afiliados (PAA) y un Plan de Atención Complementaria de Salud (PACS) que cubre servicios no incluidos en los anteriores, con pago mediante el Préstamo social para el afiliado y sus beneficiarios. La atención a Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales se brinda previo acuerdo con la respectiva ARP del afiliado. Los accidentes de tránsito se atienden con cargo a la póliza del SOAT hasta 800 SMDLV y luego con cargo a UNISALUD.

El Listado de Medicamentos de Unisalud (LMU) contiene además de los medicamentos reglamentados en el SGSSS, algunos principios activos adicionales. Existe un sistema de Garantía de la calidad de los medicamentos y un programa de atención farmacéutica a pacientes con medicación permanente.

La prestación de servicios de salud se hace en Unisalud y en las IPS de su red adscrita, con el apoyo de los servicios administrativos de Remisiones, Autorizaciones, Asignación de citas.

Las manifestaciones escritas o verbales de los usuarios de Unisalud se reciben en la dirección u oficina de atención al usuario, donde se registran en el sistema de información y se remiten al área o jefatura que deba atender la queja y en los 15 días siguientes a su recepción el director o encargado de la oficina de atención al usuario da respuesta o informa por escrito el motivo de demora de la respuesta y la fecha en que se resolverá.

Las manifestaciones se han clasificado en: queja, sugerencia, felicitación, solicitud de información, requerimiento o solicitud, derecho de petición, otro⁴⁴.

De enero a noviembre del 2004, se recibieron en total 211 manifestaciones, es decir un promedio mensual de 19.2, con una cifra máxima de 39 en noviembre y mínima de 7 en abril. más de la mitad de las manifestaciones fueron quejas (58%), seguidas de sugerencias (25%) y felicitaciones (7%). Las variables mencionadas con mayor frecuencia en las manifestaciones fueron la oportunidad y el tiempo de espera (22%) y el trato al usuario (21%), seguidas entre otras por presentación y aseo (8%), diagnóstico o enfoque de caso (6%), calidad y oportunidad de la información (5%), solicitud de nuevos servicios (5%).

En marzo del año 2004 se realizó en Unisalud una encuesta de satisfacción que evaluó la opinión general del afiliado sobre la atención y los servicios, la percepción del estado de salud luego de la atención y la opinión sobre los servicios de asignación de citas médicas, consulta médica, enfermería, laboratorio y farmacia, de acuerdo a los siguientes parámetros⁴⁵:

PARÁMETROS EVALUADOS EN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE UNISALUD 2004				
SERVICIO	PARÁMETRO			
	Oportunidad	Puntualidad y Prontitud	Trato	Información
Asignación de citas médicas				
Consulta médica				
Servicio de enfermería				
Laboratorio				
Farmacia				

Tabla 6

Además, se indagó por la conveniencia del horario en el cual se tienen las citas, en el servicio de enfermería se evaluó la presentación personal y en el laboratorio se indagó por la disponibilidad de los medicamentos.

Cada ítem se calificó de 1 a 5 y hubo una alta frecuencia de calificaciones 4 y 5, con excepciones al evaluar el trato y la información en los servicios de enfermería y laboratorio, así

⁴⁴ Unisalud. **Informe ejecutivo 2004.** Atención al usuario. Bogotá. 2004.

⁴⁵ Mejía, Carlos. **Estudio de satisfacción de los usuarios.** Resumen ejecutivo. Unisalud. Bogotá. 2004.

como el trato, los tiempos de espera y la disponibilidad de medicamentos en la farmacia. Igualmente se identificó ineficiencia en la asignación de citas por vía telefónica.

La utilización los servicios médicos es alta, con un promedio de 4 visitas en los últimos 6 meses, lo que se atribuye en el análisis de los datos a los bajos valores de las cuotas moderadoras. La percepción de mejoría en el estado de salud luego de la atención es generalizada; uno de cada cien encuestados se sintió peor luego de la atención.

6 RESULTADOS Y ANÁLISIS

6.1 Resultados y análisis de la Observación Participante

Se realizó un análisis de tipo inductivo y los resultados se procesaron de manera manual por tratarse de un volumen de información pequeño. Como se mencionó previamente, esta estrategia fue un apoyo para aproximarse a Unisalud y a sus usuarios no solo a partir de información la escrita disponible en la empresa sino a través de un contacto más directo. Entonces a continuación se resumen los principales hallazgos e hipótesis resultantes del análisis realizado. Una presentación más detallada de esta información se aporta en el Anexo 1.

- Cuando el usuario no se enfrenta o contradice a quien le atiende, puede subyacer la idea de que no hay mucho por decir, porque la modificación de los procesos es ajena a (la capacidad, el deseo o la voluntad de) los funcionarios.
- El usuario que va “por las buenas” con quien le atiende, parece pensar que generar conflicto afectará el resultado de la atención actual o de futuras atenciones.
- Si los usuarios evitan expresarse ante los funcionarios, es probable que aporten una cuota importante a resultados favorables de las encuestas de satisfacción que se diligencian ante (o con la mediación de) un funcionario de la empresa, independientemente de los factores evaluados en las mismas y del grado real de satisfacción.
- El usuario que se expresa abiertamente ante el funcionario que le atiende, parece buscar “hacerse sentir” para mejorar el resultado de la atención a su solicitud.

- De lo anterior se puede extraer que los usuarios creen que los procesos no son estándar sino que dependen del desempeño de los funcionarios; entonces se puede recurrir a estrategias basadas en relaciones de poder para variar ese desempeño en beneficio del usuario.
- Una vez conozca los procesos de atención, la mayoría de usuarios se articulará a ellos independientemente del acuerdo o no con su funcionalidad.
- Un tipo de acercamiento muy tranquilo de los usuarios a los servicios puede deberse a que la prestación de los servicios no ocupa un lugar central en sus preocupaciones, o a que creen que sus necesidades serán resueltas sin contratiempo y sin afanes.
- La idoneidad no es necesariamente el criterio para seleccionar el terapeuta, lo que puede ser por creer que esta cualidad es inherente a los profesionales, o por considerar que el problema de salud no es complejo y que cualquier profesional lo puede resolver.

Siendo observadora común, la observadora ha identificado en las salas de espera de otras empresas prestadoras de servicios de salud un fenómeno consistente en que una persona lanza en voz alta una crítica hacia la empresa y otros suman, también en voz alta, su opinión y experiencia personal de modo que se generan discursos colectivos. En Unisalud no se observaron iniciativas de este tipo salvo en ocasiones aisladas en que no hubo retroalimentación de los demás usuarios. Esto se podría deber a que:

- Los usuarios de Unisalud son poco conversadores entre sí, entonces no van a recurrir a este método para exponer sus críticas.
- Los usuarios de Unisalud prefieren no expresar su opinión delante de los funcionarios.
- Los tiempos de espera en Unisalud son cortos y no se dan las condiciones para que las personas tomen esta iniciativa.
- Los usuarios consideran que los servicios de Unisalud son de calidad y por tal motivo no lanzan críticas al aire, excepto en situaciones especiales.
- Por el nexo de Unisalud con su empleador (la Universidad Nacional), los usuarios evitarán hacerse notar y exponerse a represalias laborales.

La mayoría de usuarios se articula sin dificultad al funcionamiento y procesos de Unisalud, esto se puede deber a que:

- En esta sede se prestan servicios hace muchos años, entonces la mayoría de usuarios ya conoce su funcionamiento.
- La empresa funciona como cualquier otro escenario de atención al público (digiturnos, ventanillas, zonas de espera) así que no es difícil articularse a los procesos.

No se escucharon comentarios específicos sobre la calidad de los servicios, lo que puede reflejar que los usuarios la dan por sentada, o no les parece un tema importante, o les parece importante pero su atención está enfocada hacia otras cosas, o tienden a evitar comentarios.

6.2 Resultados y análisis de las entrevistas

Entre el 03 agosto y el 10 de octubre de 2005 se realizaron 27 entrevistas semiestructuradas; las primeras 4 fueron de prueba y se incluyen en el análisis de los resultados porque su contenido aportó información relevante.

- **Manera de contactar los entrevistados:** Se contactaron 8 personas por primera vez (29.6%) y 19 (70.4%) por técnica de Bola de Nieve.
- **Duración de las entrevistas:** en promedio las entrevistas duraron 35 minutos (mínimo 15, máximo 75 minutos). Las entrevistas más prolongadas corresponden a entrevistados pensionados; una de ellas involucró de manera simultánea tres personas, todas las demás fueron individuales. Considerando el contenido de la información obtenida, las características de los lugares de realización de las entrevistas, el comportamiento de los entrevistados durante el diálogo (aparición de señales de cansancio o de sentir que se repite) y el perfil de informantes que se esperaba encontrar de acuerdo a las conclusiones de la observación participante, se puede afirmar que la duración de estas entrevistas es adecuada y suficiente.
- **Manera de recoger la información:** la mayoría de entrevistas (78%) se grabó y transcribió. Cuando los entrevistados prefirieron no ser grabados (22%) se tomaron notas.

- **Distribución según sexo:** se entrevistaron 14 mujeres (52%) y 13 hombres (48%). (En el perfil poblacional de Unisalud se cuentan 92 hombres por cada 100 mujeres).

- **Distribución según edad:**
 - **Promedio de edad:** 49 años (mínimo: 28, máximo 77)
 - **Promedio de edad de los hombres:** 52 años (mínimo: 32, máximo: 77)
 - **Promedio de edad de las mujeres:** 46 años (mínimo: 18, máximo: 65)
 - **Mayores de 60 años:** 4 personas (15%)⁴⁶.

Dado que en las entrevistas de prueba se olvidó preguntar este dato, se utiliza la edad aparente; (los datos se modifican muy poco, ejemplo: promedio de edad al incluir entrevistas de prueba: 47 años, promedio de edad al excluir entrevistas de prueba: 45 años)⁴⁷.

- **Distribución según tipo de vínculo con la Universidad Nacional:** el 100% de los entrevistados son Afiliados (Cotizantes), de ellos 5 son pensionados (18.5%) y 1 (4%) no trabaja en la Universidad pero cotiza en Unisalud por ser cónyuge de un afiliado.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENTREVISTADOS SEGÚN VÍNCULO CON LA UN			
TIPO DE VÍNCULO UN	TOTAL	PORCENTAJE	UNISALUD 2004 ⁴⁸
Docente	7	26	27.6%
No docente	14	52	26.8 %
Pensionado	5	18	45.4%
Ninguno	1	4	Sin dato
Total	27	100	

Tabla 7

⁴⁶ Porcentaje de mayores de 60 años en Unisalud Bogotá 2004: **23.9%**.

⁴⁷ Edad promedio Unisalud Bogotá 2004: **41.4 años**.

⁴⁸ Calculados a partir de “Perfil Demográfico Unisalud 2003 – 2004”, tabla 8. tener en cuenta que estas cifras incluyen a los beneficiarios

Las diferencias en el perfil de la población entrevistada y la población de Unisalud no generan preocupación si se tiene en cuenta la cantidad y el contenido de la información ofrecida por los subgrupos.

- **Lugar de las entrevistas:** La mayoría de entrevistas se realizó en el lugar de trabajo de los entrevistados. Uno de los pensionados se entrevistó en su casa, los demás en oficinas de la Universidad. Una entrevistada que no tiene vínculo laboral con la Universidad se entrevistó en un prado del campus universitario.
- **Antigüedad en la Universidad Nacional:** entre los 26 entrevistados que tienen o tuvieron vínculo laboral con la Universidad, la antigüedad promedio fue de 21 años con un mínimo de 6 meses y máximo de 48 años.
- **Antigüedad en Unisalud:** en promedio fue de 20 años con un mínimo de 6 meses y máximo de 48 años. Algunos entrevistados se afiliaron a Unisalud después de empezar a trabajar en la Universidad.
- **Última visita a Unisalud:** al preguntar los entrevistados por la última vez que visitaron a Unisalud y recibieron atención personal o para uno de sus familiares se encontró lo siguiente:

ÚLTIMA VISITA DE LOS ENTREVISTADOS A UNISALUD		
ULTIMA VISITA A UNISALUD	Nº DE ENTREVISTADOS	PORCENTAJE
Menos de 1 semana	12	44.5
Entre 1 semana y 1 mes	7	25.9
Entre 1 y 3 meses	5	18.5
Entre 3 y 6 meses	2	7.4
Entre 6 y 12 meses	1	3.7
TOTAL	27	100

Tabla 8

Entonces el 95.2% de los entrevistados visitaron a Unisalud hace menos de seis meses, sin embargo al preguntar por experiencias representativas de atención, es decir que dejaron marca o recuerdos especiales, fue frecuente que se hiciera alusión a experiencias más antiguas de

atención por lo que éste dato se considera de alguna importancia estadística y de menor importancia para el contenido y análisis de las entrevistas.

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las entrevistas realizadas, numeradas del 1 al 25 (la última incluye los entrevistados número 25, 26 y 27). Cada número se antecede de la letra “P”, porque así son bautizadas en el software que apoyó el análisis (por “Primary Document”) y así se identifican en adelante las citas que se extraen de cada una.

RESUMEN DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS				
ENTREVISTA	FECHA	VÍNCULO UN	SEXO	GRABADA
P1	03/08/05	Docente	F	Si
P2	03/08/05	No docente	F	Si
P3	05/08/05	Ninguno	F	Si
P4	05/08/05	Docente	M	Si
P5	02/09/05	No docente	F	Si
P6	02/09/05	No docente	F	No
P7	02/09/05	No docente	F	Si
P8	07/09/05	No docente	M	No
P9	07/09/05	No docente	F	Si
P10	07/09/05	No docente	F	Si
P11	07/09/05	No docente	F	Si
P12	09/09/05	Docente	M	Si
P13	09/09/05	No docente	F	Si
P14	09/09/05	Docente	F	Si
P15	09/09/05	Docente	M	Si
P16	09/09/05	No docente	F	Si
P17	09/09/05	Docente	M	Si
P18	12/09/05	Docente	F	Si
P19	12/09/05	No docente	M	No
P20	12/09/05	Pensión	M	Si
P21	16/09/05	Pensión	F	Si
P22	26/09/05	No docente	M	Si
P23	26/09/05	No docente	M	Si
P24	26/09/05	No docente	M	Si
P25	10/10/05	Pensión	M	No
P25	10/10/05	Pensión	M	No
P25	10/10/05	Pensión	M	No

No se aportan más detalles, para guardar la identidad de los informantes.

Tabla 9

6.2.1 Contenido de las entrevistas

Como se mencionó previamente, en principio se buscó codificar la información a partir del contenido de los discursos, sin embargo pronto se enfrentaron dos situaciones, por un lado se encontró un gran volumen de información cuya diversidad de enunciados auguraba un importante número de categorías por construir; por otro lado, se identificaron coincidencias entre aspectos de calidad enunciados en las entrevistas y conceptos definidos desde los saberes formales. De modo que se consideró conveniente predefinir un listado de atributos susceptibles de ser elegidos durante la codificación, y ajustarlo según los contenidos de las entrevistas, es decir que a partir del listado original, se adicionaron o eliminaron códigos cuando el contenido de la información lo requirió. Al hacer esto se acortó la distancia entre el saber formal y el saber de los usuarios, y se facilitó el diálogo de saberes, pero a la vez se asumió el riesgo de sesgar el análisis y dirigirlo preferencialmente hacia las categorías predefinidas. El listado de códigos resultante, ordenado alfabéticamente, fue el siguiente:

ATRIBUTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD SEGÚN ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS Y DIÁLOGO DE SABERES	
CÓDIGO	DEFINICIÓN
Accesibilidad	Posibilidad de recibir los servicios suficientes en función del estado de salud, sin trabas, barreras, limitaciones ni discriminaciones y pese a disparidades o inequidades en las condiciones de vida.
Acc. económica	Accesibilidad no limitada por la capacidad de pago de los servicios.
Accesibilidad geográfica	Posibilidad de utilizar los servicios dentro de un perímetro de atención conveniente, (relacionado con tiempos de desplazamiento, costo del transporte, posibilidad de trámites telefónicos, concentración de servicios en un mismo lugar).
Accesibilidad legal	Facilidades de derecho a la atención (incluye acceso a servicios cubiertos por el plan o paquete de servicios aprobado).
Accesibilidad organizacional	Mínimización de trámites y ausencia de barreras burocráticas (incluye horarios adecuados).
Amenidades	Aspectos deseables de las circunstancias en que se provee la atención (como confort).
Bien óptimo	El bien que se provee posee cualidades óptimas.
Competencia	Repertorios de conducta en los que se reflejan las habilidades aptitudes y conocimientos de los involucrados en la atención. Abarca la Idoneidad científico – técnica.
Confianza	La atención o el prestador inspiran confianza al usuario.
Continuidad	Realización de las actividades debidas en una secuencia lógica basada en el conocimiento científico, sin interrupciones ni repeticiones innecesarias.
Coordinación	Acople sincronizado de recursos (humanos, físicos, monetarios), actividades y

	servicios en una secuencia orientada a un propósito general de prestación de servicios.
Discriminación	Percepción de diferencias en la calidad de la atención brindada a unos y otros usuarios.
Disponibilidad	Recursos disponibles para la atención de la población, se refleja en alternativas disponibles en cuanto a prestadores, servicios, programas.
Efectividad	Logro del objetivo en salud de una acción sanitaria. Se refiere a la probabilidad de que un individuo o un colectivo se beneficien de la aplicación de una atención o técnica sanitaria en circunstancias habituales.
Error	Percepción de un error o equivocación por parte del profesional o técnico a cargo de la atención.
Ética	Aprobación del actuar del prestador, basada en criterios éticos.
Flexibilidad (inicialmente llamado Aceptabilidad)	Adaptar la atención a los deseos, necesidades, expectativas y valores del usuario. Depende de aspectos técnicos, éticos y culturales.
Humanización	Tener en cuenta necesidades culturales, religiosas y de estilos de vida, que mantengan en alto la dignidad de la persona atendida. Calidad humana, ponerse en el lugar del otro.
Individualización	Percepción de una atención que se concentra o muestra interés por la condición médica del usuario como caso individual y genera una respuesta consecuente.
Información	Conjunto de datos e ideas relacionados con la salud, que se transmiten al usuario durante la atención.
Integralidad	Abordaje de todas las contingencias relacionadas con la salud, en todas las fases de la atención en salud.
Libertad de elección	Posibilidad de elegir libremente al proveedor de Atención en salud.
Oportunidad de la atención	Adecuación entre el momento en que se requiere la prestación de un servicio y el momento en que este es prestado, para satisfacer las necesidades en salud sin retrasos y sin afectar o poner en riesgo la vida o la salud. (Incluye el despacho completo de medicación).
Permanencia	Interés o deseo de acudir cada vez al mismo profesional tratante o “de cabecera”.
Pertinencia	Se prestan los servicios que se requieren de acuerdo a la evidencia científica y cuyos beneficios esperados superan por un margen considerable a los riesgos potenciales.
Prontitud	Brevedad del tiempo de espera para ser atendido al tomar un turno (o llegar a una ventanilla, mesón, oficina, etc.). Incluye urgencias.
Puntualidad	Brevedad del tiempo de espera para ser atendido en una cita. Incluye enunciados sobre el cobro de multas por impuntualidad.
Respaldo	Sentirse respaldado por el asegurador al requerir atención en salud.
Tiempo Suficiente	Complacencia del usuario con el tiempo que se destina a su atención (incluye duración o concentración en el usuario durante ese tiempo).
Trato	Complacencia con el manejo de la relación interpersonal.
Uso racional de recursos	Percepción de manejo adecuado de los fondos de la entidad.
Validez diagnóstica	El medio diagnóstico genera resultados confiables, reales.

Tabla 10

En este listado se conjugan la mirada experta y la de los usuarios, de modo que se avanza en la concreción del diálogo de saberes. Las definiciones se construyeron a partir de Kerguelén⁴⁹,

⁴⁹ Kerguelén, Carlos. **Calidad en Salud: ¿Qué es?**. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá. 2003.

Páramo^{50,51}, Wooley⁵², el Decreto 2309/02 y la encuesta a usuarios del Ministerio de Salud (2001), ya mencionada. La contribución del saber de los usuarios se dio en la selección -dentro de todos los posibles atributos de calidad- de aquellos representados en sus discursos; su voz también tuvo peso para dirigir las definiciones hacia su mirada y no hacia los intereses de los expertos.

La construcción de este listado y la definición de conceptos no fue fácil por varios motivos. No sólo existen propuestas diferentes al enumerar las características o atributos de la calidad, como se mostró en el marco conceptual, sino que además las definiciones disponibles desde los saberes expertos no son homogéneas y se dirigen hacia intereses específicos. Cada saber aborda el tema de calidad haciendo énfasis sobre unos u otros aspectos de la calidad. Y en el caso de la Resolución 5261/94 se enumeran varias características de la calidad que no son consideradas en las otras propuestas expertas, pero no se aporta su definición.

El análisis de este mapa complejo de heterogeneidades entre saberes expertos, amerita una profundización que no está dentro del alcance de esta investigación, pero podrá ser objeto de análisis futuros. Por ahora resulta valioso hacer explícitas algunas diferencias entre el abordaje experto y el de los usuarios, que se reflejan en el contenido de este listado de atributos y en los resultados que se presentarán.

- **Accesibilidad:** en la norma vigente se circunscribe este concepto a la posibilidad de utilizar los servicios de salud que garantiza el SGSSS; en contraste, desde la perspectiva de los usuarios resulta necesaria una definición más amplia, referente a la posibilidad de utilizar los servicios según la necesidad y no limitada a planes de beneficios. Además se hace necesario discriminar las diferentes dimensiones del concepto y presentar como categorías separadas la accesibilidad económica, geográfica, legal, organizacional⁵³.

⁵⁰Páramo, José E. **Auditoría de la Salud**. Curso teórico y práctico en diez módulos. Biblioteca Jurídica DIKE. 1º edición. 2002.

⁵¹ Páramo, José E. **ISO 9001:2000. Guía de interpretación y aplicación para IPS**. ICONTEC. 2002.

⁵² Wooley, Luis. Escobar, Jorge. **El lenguaje del administrador en salud**. Universidad del Valle. 1994.

⁵³ Tal vez el lector notará que faltó la accesibilidad cultural. La tardía identificación de este elemento es comentada en las conclusiones, al hacer referencia al proceso sin fin que implica la reflexividad.

- Oportunidad: desde la mirada experta este elemento se asocia con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Mientras que el interés de los usuarios no se dirige al detalle de los procesos organizacionales, sino a que esos procesos no afecten la satisfacción sin retrasos de su necesidad percibida. Tanto la mirada experta como la de los usuarios, dejan ver que los parámetros para valorar la oportunidad son en buena parte subjetivos y heterogéneos, aunque no por ello inatrapables, sino determinados por las características de cada uno y de la coyuntura de atención.
- Continuidad: la definición de la norma resultó funcional para la codificación de las entrevistas, aunque su lectura desde la mirada de los usuarios no dependa de la evidencia científica sino de la valoración de los procesos de atención en consonancia con su proceso salud enfermedad. Lo mismo se puede afirmar para otros conceptos como el de pertinencia.
- Equidad: este concepto, al ser valorado por los usuarios tomó la forma de percepción de discriminaciones y su abordaje aportó elementos en los que se podría profundizar para complementar con información cualitativa el análisis sobre disparidades injustas en salud.
- Agilidad: para valorar el tiempo en relación con los procesos de atención, la Res.5261/96 propone la agilidad; en las encuestas de satisfacción, el tiempo también se suele relacionar con la puntualidad. En este trabajo se proponen tres dimensiones formuladas a partir de la voz de los usuarios: puntualidad al ser atendidos en una cita, prontitud al ser atendidos al tomar un turno, y tiempo suficiente dedicado a cada quien en cada proceso de atención.
- Costo efectividad: el logro del objetivo en salud al menor costo es una preocupación esperable cuando legisladores y administradores desarrollan su labor. Sin embargo, desde la mirada de quienes reciben la atención –explorada mediante entrevistas individuales- predomina el interés particular, y el logro de objetivos en salud se desvincula del de control de costos, en el sentido de resaltar que como se paga por los servicios, su prestación “no es limosna” y que por tanto se deben garantizar bienes y servicios de características óptimas sin reparar en su valor; las apreciaciones relacionadas con el manejo administrativo de la empresa tenderán a dirigirse en ese mismo sentido. Como se mostrará, el tema de control de costos se articulará en

los discursos con ideas de disminución de la calidad de los servicios como consecuencia de las presiones del mercado y del actual sistema de salud, así como a intereses monetarios y laborales de los trabajadores del sector.

- Competencia profesional: este elemento es uno de los más destacados por los usuarios y llama la atención que esté presente en la norma derogada sobre sistema de garantía de calidad, pero no en la norma vigente. De acuerdo a las definiciones del nuevo decreto, este término puede ser abarcado por el concepto de seguridad; aún así, inquieta que no se resalte separadamente.

Analizar y organizar la información mediante códigos puede dejar escapar enunciados en que los entrevistados se refieren a la calidad como un todo que integra varios atributos a la vez. Por eso, se planteó el reto de presentar los resultados sin imponer coherencias a la información y a la complejidad con que fue transmitida por los entrevistados. Con tal intención, a continuación se presentan tres ejemplos que permiten hacerse una idea de la manera en que se entretuje el concepto de calidad con muchos otros provenientes de condiciones individuales y colectivas. Será ideal que el lector se haga una idea de las redes que se podrían construir entre códigos y enunciados y no pierda de vista tal complejidad. Para facilitar la lectura, el contenido de los enunciados se ha abreviado, retirando fragmentos que se señalan con: (*). También se omitieron las tácticas de animación de la entrevistadora (“ahá”, “mhm”).

P3: Lo que uno quiere es agilidad (*) uno tiene una enfermedad y que la atiendan Rápido, que si uno la puede prevenir, de unA! (*) a mi me salieron hernias en la columna, SINO que me mandaron por allá para la Clínica de la columna por allá para las terapias pero a mí me queda muy difícil del centro a allá, entonces me toca pedir cita con la doctora y a ver si me dejan hacer las terapias acá, porque sinceramente a mí me queda muy lejos y digamos uno en el trabajo pues SI LE dan el permiso, pero de todas maneras uno SAbe que uno deja todo inconcluso allá en el trabajo.

P8: Que no lo dejen ahí padeciendo. Yo por ejemplo antes cuando estaba en C. (una EPS) llevaba padeciendo un poco de tiempo, eso fue en el 2000 cuando las torres gemelas y me acuerdo porque era la inauguración del edificio de postgrados y eso a nosotros nos tocó cargar un poco de cosas y hacer de todo y yo llevaba enfermo como un mes, del estómago. Entonces un compañero que me vio así de mal me llevó allí a la Caja, allá llegué y no me atendieron que porque yo no pertenecía al sistema, y era verdad porque yo en esa época todavía no estaba allá sino en C., entonces de ahí me llevaron a la clínica P (*) y allá tampoco me atendieron, eso que lo miran a uno como “usted no paga nada” y bueno luego entonces me llevaron al hospital S., allá ya llevaba esperando como media hora y me atendió un pelao que eso yo creo que era practicante, me hizo esperar como media hora, luego me entró y apenas me hizo así, así en el estómago ((señal de oprimir dos veces con la palma de la mano)). Yo le dije que eso podía ser un ataque de amibas, el se sonrió, cogió un papel, anotó unas cosas y lo botó ahí, no me lo dio en la mano sino que lo botó así en el escritorio. A mi no me gustó ni quedé convencido entonces fui y le pregunté a otra persona y me dijo vaya y haga esa fila allá. Bueno, una fila larga! ... en esa fila esperé como media hora, eso yo me hacía en todas las posiciones, me sentaba, me paraba, me acunclillaba, y espere... ya habían atendido a casi todas las personas, no faltaba sino una señora antes de mí y entonces que se fue la línea y que toca esperar. Al fin volvió la línea, paso la señora, la atendieron así ((trueno los dedos)), pasé yo y me dicen “primero tiene que ir a la IPS”. Yo ni sabía cual IPS ni donde era ni nada, pues reaccioné con RAbia y pues ahí me aguanté un poco de tiempo, me aguanté hasta vacaciones y entonces fui a donde una homeópata que me dio una purga y efectivamente era un ataque de amibas.

P14: Cuando yo me luxé el tobillo yo me fui a la clínica C. y allá NO ME atendieron, (*) dijeron aquí que me quejara pero yo no me quejé, que eso es culpa de uno. El tipo me hizo esperar desde las 9 de la mañana hasta las 11:30 y yo tenía el pie así ((mímica de inflamación)) llegó y me puso una gasa y dijo “antes de dos días vaya donde un ortopedista” / y yo fui por la tarde donde el ortopedista, que llamé a Unisalud y me dieron uno que quedaba mas cerca de mi casa, todo y fui, y el tipo “pero y cómo no la enyesaron esta mañana?” y luego llegué aquí y me quitaron el yeso y me dijeron “y porqué no la operaron” , el colmo las cosas, el tiempo que perdí, (*) pero todo es un problema de comunicación y de tener a los usuarios más cercanos del servicio, no? (*) gana Unisalud y ganamos nosotros, (*) yo creo que ellos pierden mucho tiempo por escribir poco. (*) CAda proceso hay que irlo a pelear en CAda ventanilla, eso no es caliDAD. (*) Yo le pago a un mensajero que me haga todas mis cosas, pero yo digo los profesores que no hacen eso como hacen? Y salirse uno de clase a pedir una cita? No!

A primera vista, podríamos decir que en estos ejemplos los entrevistados se refieren a la calidad evocando aspectos como la oportunidad, efectividad, accesibilidad, competencia, trato, prontitud, información; pero tal vez resulte mas interesante analizar la manera como estos

aspectos se enlazan con sus expectativas de vida y de resultados en salud, en narraciones sobre trayectorias individuales con el telón de fondo de condiciones laborales, sociales, económicas, culturales, del contexto local, nacional y del Sistema de Salud. Y así nos muestran como los componentes de la calidad de los servicios influyen en aspectos relevantes de su cotidianeidad, que a la vez influyen en la manera como se relacionan con los servicios y construyen referentes para definir y valorar la calidad.

6.2.1.1 Ejercicio de conteo

A medida que progresaba el proceso de codificación y análisis, se hizo evidente la necesidad de profundizar en porciones de resultados, dada la magnitud y complejidad de la información recolectada. Entonces, surgió la dificultad de filtrar información, en ausencia de brújulas o antecedentes orientadores.

Inicialmente se llevó la mirada hacia los códigos mencionados con mayor frecuencia o resaltados como muy importantes por los entrevistados. Es importante recordar, una vez más, que este ejercicio no refleja una evaluación de la calidad percibida en Unisalud porque el conteo reúne menciones que conectan los atributos de calidad a situaciones en que se percibió tanto buena como mala calidad, durante experiencias dentro y fuera de Unisalud.

Los resultados del conteo se resumen en la siguiente tabla.

ATRIBUTOS DE CALIDAD RESALTADOS EN LAS ENTREVISTAS	
ATRIBUTO	TOTAL
Oportunidad de la atención*	87
Trato*	74
Competencia*	60
Accesibilidad organizacional*	53
Individualización*	43
Efectividad*	39
Disponibilidad	38
Prontitud	36
Discriminación	31
Flexibilidad	28

Información en salud*	27
Puntualidad	27
Amenidades	26
Accesibilidad geográfica	26
Accesibilidad legal	23
Integralidad	20
Tiempo Suficiente*	19
Permanencia	19
Accesibilidad económica	15
Error	14
Bien óptimo	13
Humanización	10
Confianza	10
Uso racional de recursos	9
Respaldo	8
Accesibilidad a los servicios*	8
Pertinencia	5
Libertad de elección del proveedor	5
Coordinación	5
Ética	3
Validez diagnóstica	2
Continuidad en la atención	2

Tabla 11

Al preguntar a los usuarios por los aspectos que consideraban más relevantes para definir la calidad, no se hizo énfasis en su jerarquización; sin embargo, los atributos señalados con * fueron destacados como los más importantes por al menos un entrevistado.

Como muestra la tabla, los atributos de calidad mencionados con mayor frecuencia por los usuarios son en orden: oportunidad, trato, competencia profesional, accesibilidad organizacional e individualización. Estos resultados podrían variar al modificar la manera de definir los diferentes códigos. Por ejemplo, si se hubiera planteado la accesibilidad como un código único que incluyera las dimensiones económica, geográfica, jurídica y organizacional, sin duda este habría sido el concepto ligado con mayor frecuencia al de calidad. De igual modo habría tenido mayor peso el atributo agilidad si bajo su denominación se hubieran agrupado las diferentes dimensiones relacionadas con la valoración del tiempo (puntualidad, prontitud, tiempo suficiente). Esta subdivisión de posibles atributos más generales de la calidad tiene la ventaja de proporcionar un mayor grado de detalle en los resultados.

Al comparar los aspectos más destacados por los usuarios docentes y no docentes, se encuentra que éstos fueron similares, como se muestra a continuación:

COMPARACIÓN DE ATRIBUTOS DE CALIDAD RESALTADOS POR DOCENTES Y NO DOCENTES	
DOCENTES	NO DOCENTES
1. Oportunidad	1. Oportunidad
2. Competencia	2. Trato
3. Trato	3. Competencia
4. Acc. Organizacional	4. Acc. Organizacional
5. Disponibilidad	5. Efectividad
6. Individualización	6. Individualización
7. Acc. Geográfica	7. Aceptabilidad
8. Prontitud	8. Prontitud
9. Puntualidad	9. Discriminación
10. Integralidad	10. Disponibilidad
11. Discriminación	11. Información
12. Amenidades	12. Amenidades
13. Información	13. Acc. Legal
14. Permanencia	14. Acc. Geográfica
15. Tiempo Suficiente	15. Acc. Económica
16. Acc. Legal	16. Permanencia
17. Respaldo	17. Tiempo Suficiente
18. Aceptabilidad	18. Confianza
19. Efectividad	19. Puntualidad
20. Error	20. Uso de recursos

Tabla 12

En la tabla se han destacado las diferencias más interesantes entre los aspectos evocados por usuarios docentes y no docentes, la cuales incluyen:

- Entre los entrevistados docentes se encontró un especial interés por la Integralidad de la atención, y sus enunciados hicieron referencia a aspectos que de alguna manera desbordan la definición planteada para este atributo y nos recuerdan que cuando se enfoca la mirada hacia elementos de la atención en salud, se observan fragmentos del continuo salud – enfermedad de los usuarios, y fragmentos de expectativas influenciadas por su entorno social, cultural, familiar. El concepto de Integralidad en la atención se amplía y reconfigura, acercándose primordialmente al terreno de la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad.

P4: en general hay una limitación muy GRANde en ustedes los médicos, treMEnda, que es que, no... averiguan sino ... por, muy parcialmente, no en términos holísticos, de historia de vida, el REGImen alimenticio nunca lo preguntan, la vida, los problemas NO, si no existieran, entonces, claro eso, no, no es culpa de ustedes porque la ley, les da 15 minutos ...

P14: La calidad empieza por prevenir que uno no se enferme, (*) a mi me gustaría digamos tener un boletín que diga “mire estamos trabajando en esto”, (*) es una hojita, tampoco mucho porque que jartera, no? (*) creo que es como acercarse MÁS a la comunidad de usuarios. Mira, sobretodo a los profesores, porque los trabajadores están todos metidos allá 24 horas,

P15: Aspiraría uno a que hubiera una estrategia que ayudara a manejar el tema de salud en un entorno familiar, de familia, salud EN familia, porque como es actualmente pues cada uno va por su lado, entonces el médico no tiene antecedentes ni elementos con respecto a la hoja personal

P25: Eo3: Nosotros pensamos que hacen falta programas CULturales y REcreacionales para los pensionados. Actualmente la asociación auspicia programas de pintura, de música. Todos estos cuadros que usted ve aquí han sido pintados por nosotros. (*)Es importante saber qué puede hacer una persona pensionada a través de Unisalud, eso es medicina preventiva porque le permite al pensionado ocuparse mentalmente, anímicamente, lo beneficia en su motilidad, su movilidad. (*)Todo eso es un descanso mental para el pensionado, (*) pero vaya y pregúntele a Unisalud que tiene en eso para los pensionados y verá... “ya se pensionó, ya se fue”

- Los usuarios docentes también destacaron con mayor frecuencia la importancia de percibir respaldo por parte de Unisalud ante coyunturas de enfermedad y el requerimiento de evitar errores durante la atención de tales coyunturas.
- Los entrevistados no docentes expresaron con mayor frecuencia la importancia de recibir información por parte de todo el personal involucrado en las diferentes etapas de la atención en salud, así como la importancia de que éste personal inspire confianza.

P11: yo tuve una cirugía de hernia femoral y le digo “doctor y qué es una hernia femoral?” - “y como para qué?” - “porque a mí me preguntan que es eso (*) y yo no tengo ni idea, se que me operaron pero de QUÉ?” - “pues, no sabe qué es la femoral?” - “no, la verdad que no” - “pida otra cita”

P20: me mandaron donde una die'TISta por lo que estaba pasado de peso, (*) esta muñeca me está hablando más ((señala una porcelana)) de lo que me habló ella (*) ni siquiera me miró y me dio una lista de lo que NO podía comer (*) fue un amigo, también allá, profesor de la facultad de artes, y era delgadito, delgadito, delgadito! (*) y me echó EL MISmo CUENto, (*) él era para engordar, (*) una fotocopia de la misma lista! (*) “No nos dijo nada NI UNA SOLA PALABRA”

P23: uno nunca tiene la información que uno quisiera. (*) Siempre le dicen a uno “que tiene, que le pasa” (*) “tómese esta droga y tómese esta otra, se la toma antes del desayuno, después del desayuno” y listo, no es mas, pero queda uno perdido porque no sabe que tiene, no sabe para que es la droga, no sabe eh, cual puede ser la reacción (*) porque es que, si yo supiera, pues no le consultaría

- Los no docentes igualmente resaltaron la necesidad de no encontrar barreras económicas para poder acceder a los servicios, e hicieron alusión con mayor frecuencia al manejo que se da a los dineros de la entidad.

Si se analiza la última encuesta de satisfacción de Unisalud, siguiendo los códigos y definiciones aquí propuestos, se encuentra que en ella se evaluaron los siguientes aspectos:

PREGUNTAS Y ASPECTOS VALORADOS EN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN - UNISALUD 2004	
CÓDIGO	PREGUNTA DE LA ENCUESTA
Información	Califique la información dada por el personal del área de citas Califique la información dada por el médico en cuanto al estado de su salud Califique la información dada por el médico en cuanto a los tratamientos a realizar Califique la información dada por el personal del área de enfermería Califique la información suministrada por el personal en el área de toma de muestras El médico le explico los resultados de los exámenes
Trato	Califique el trato dado por el personal del área de citas Califique el trato dado por el médico Califique el trato dado por el personal del área de enfermería Califique el trato dado por el personal en el área de toma de muestras Califique el trato dado por el personal de la farmacia
Oportunidad	Califique el tiempo que trascurrió entre el día que pidió la cita y el día de la misma ¿Le entregaron los resultados de los exámenes a tiempo? ¿Encontró todos los medicamentos formulados?
Prontitud	¿El tiempo de espera para ser atendido por la persona que le dio la cita fue? ¿El tiempo de espera para ser atendido en la farmacia fue? (opciones en minutos) califique ese lapso de tiempo
Acc. Organizacional	¿El horario en el cual tiene las citas es adecuado?
Puntualidad	Califique el cumplimiento del médico en cuanto al horario de su cita
Efectividad	¿Después de recibir los servicios de Unisalud el estado de su salud es? (4 opciones entre mucho mejor y peor)
Otros	Presentación personal - Utilización.

Tabla 13

Al encontrar coincidencia entre los códigos resaltados con mayor frecuencia por los entrevistados, y los evaluados por Unisalud en su última encuesta de satisfacción, se concretó una pregunta que ya rondaba la investigación:

¿Diseñar y aplicar una nueva encuesta de satisfacción a partir de los atributos de calidad percibida identificados en una investigación cualitativa, garantizaría a Unisalud resultados más aproximados a la calidad percibida por los usuarios y evitaría incongruencias por altos porcentajes de satisfacción y altos volúmenes de manifestaciones tipo queja?

Sin perder de vista esta nueva inquietud, se prosiguió con el análisis en profundidad de los resultados, articulando la información sobre atributos de calidad con otros aspectos relacionados con tema de calidad en las entrevistas.

Centrarse en este ejercicio de conteo implicaría suponer que lo que los usuarios mencionan con mayor frecuencia es lo más relevante para ellos. En contraposición se complementará la exposición con un análisis no numérico.

6.2.1.2 Ejercicio interpretativo

Es prudente empezar esta sección recordando que el lente investigativo no se fijó en la evaluación de la calidad de los servicios de Unisalud. Al ofrecer al usuario la flexibilidad para hablar acerca de sus expectativas y prioridades, se encontraron ejemplos de buena o mala calidad que no necesariamente se remiten a Unisalud, contruidos por la imaginación o relativos a experiencias de usuarios ajenos a Unisalud. De esta manera se identificaron conceptos que se articulan al de calidad, en enunciados que permitieron vislumbrar discursos colectivos tejidos dentro de una realidad que trasciende las fronteras de Unisalud y se extiende hacia la realidad Bogotá, Colombia, SGSSS, etc.

Y aunque el propósito no fue evaluar a Unisalud, en algún momento los discursos de los entrevistados se orientaron hacia allí, por lo que - como se mencionó anteriormente - se aprendió a hacer de esto una fortaleza y se extrajo la información que permitió identificar

aquello que es importante para los usuarios dentro del tema de la calidad percibida de la atención en salud.

6.2.1.2.1 Calidad percibida y Sistema de Salud

Por la antigüedad de Unisalud, buena parte de su población es estable y ha presenciado cambios en la entidad a lo largo del tiempo, entonces sus discursos no se elaboran solo en el análisis puntual de experiencias de atención, sino que se reelaboran en sus versiones sobre la historia de la empresa. Esta experticia sería un elemento aprovechable para contextualizar el análisis de evaluaciones de calidad a niveles que trasciendan la verificación de indicadores.

Llaman la atención las opiniones divergentes acerca de si los cambios (mejoras y deterioros) en la calidad de los servicios de Unisalud, a lo largo del tiempo, se deben a la ley 100 de 1993, al manejo administrativo de la empresa, o a otros condicionantes.

P24: anterior a que hubiera esa famosa ley 100, al 93 fue? (*), la calidad de la salud en la Caja de Previsión era (*) excelente, uno no tenía de que quejarse porque uno sabía que los médicos verdaderamente valoraban al paciente, lo atendían como debería ser, aparte de eso la, no se negaba, decir, si usted una droga que le vale a usted doscientos, trescientos mil pesos, se la Daba, conclusión: para que usted se aliente, para que usted se alivie.

P19: con la ley 100 Unisalud mejoró incluso en la infraestructura, mejoró en lo administrativo, cambió su planta [física] (*) mejoró también en lo administrativo, contrataron muchos más profesionales, claro que también roban, perdón! Cobran mucho más!

P23: Er: esos cambios en Unisalud son a partir de la ley 100 o no tiene que ver con eso?
Eo: noo, eso es más que todo como, políticas de la administración que esté, eso es, y eso uno lo ve a leguas, uno no tiene que preguntarle a nadie, incluso la ley 100 está desde el 93 y, y, y aquí pues prácticamente... bueno, hubieron algunos cambios y algunas crisis pero Unisalud seguía, y la misma administración seguía dándole a uno muchos beneficios pero todo este tipo de cosas han sido es de la administración de turno (*).

P19: lo que pasa con lo de la ley 100 es que cuando a Unisalud le conviene la ley 100, clavan la ley 100, cuando no, entonces si somos régimen especial, entonces al fin qué, o nos regimos o no y ellos manejan mucho eso por ejemplo con las cirugías o tratamientos donde se generen costos ellos manejan eso “a ver qué me sirve”. Y eso puede ser mínimo, pero de paciente en paciente va sumando y sumando.

P25: lo primero que hay que aclarar de Unisalud es que está por fuera de la ley 100, cierto? entonces tiene sus propios recursos y los maneja por fuera de la ley 100 y entonces la atención es buena. La ley 100 sí cambió y quitó cosas en Unisalud, pero en general la atención es buena. Tal vez existen deficiencias en algunos procedimientos, en la parte administrativa... como en algunas tramitologías, pero no es grave.

La ley 100, como alternativa predominante para explicar variaciones de calidad, parece reflejar un discurso arraigado en el colectivo de usuarios atendidos en el marco del SGSSS, y no solo en Unisalud. Valdría la pena comparar estos relatos con los que podrían surgir al explorar experiencias de atención vividas en el marco de Sistemas de Salud anteriores al SGSSS.

Las divergencias se aminoran cuando los relatos abordan el tema de la calidad percibida de la atención médica; parece haber un acuerdo general en que la calidad de dicha atención cambió y se deterioró a causa de la Ley 100. Ello se refleja en discursos que se refieren a la percepción de médicos coartados, limitados u obligados en su actuar. Específicamente se mencionaron dos cambios después de la implementación de la ley 100:

- Una atención médica “Contra reloj”: que se refiere no sólo a una menor duración del tiempo de atención por individuo, sino también a una menor dedicación, interés o individualización de cada usuario atendido.
- Una coartación a la hora de orientar las conductas terapéuticas “como si los estuvieran apuntando con un revólver o saliera de su bolsillo”. Es decir una combinación entre presión externa del actuar por condiciones legales y laborales, y un “autocontrol” posiblemente motivado por intereses económicos.

P25: los sueldos de los médicos disminuyeron con la ley 100, entonces ahora les pagan cuatro mil pesos por atender un paciente, entonces lo atienden en 15 minutos y lo sacan, no lo atienden con esmero (*). La medicina está comercializada, se volvió mercantil entonces a menor gasto, las entidades privadas ganan mas. Entonces de pronto dejan de mandarle a uno exámenes o le mandan menos. Pero Unisalud no tiene espíritu de ganar o de guardarse la plata, entonces puede hacer muchas cosas que las entidades privadas no hacen.

P20: los profesionales de la Universidad son UNO, pero uno A, tal vez que no los dejen actuar es diferente, por el sistema, mh?

No se puede dejar de mencionar que la percepción de que éstos fenómenos son resultado de la ley 100, puede resultar de la “salida a la luz” de elementos preexistentes y acentuados por condiciones jurídicas, laborales y de formación del recurso humano, en un contexto sociocultural de usuarios críticos y con un mayor acceso a la información.

Tampoco se puede ignorar que dada la organización del Sistema de salud vigente, en la comunicación entre prestadores y usuarios median intermediarios cuyo papel puede hacerse poco visible cuando se descalifica el actuar de los prestadores.

P24: anteriormente se dice, que médico que atendiera por número de pacientes, parece que tenían un reconocimiento monetario, entonces los médicos eso era a la carrera, eso era tremendo eso era un médico en el día atendía 30, 40 usuarios y eso era rápido, resulta que ahora no, parece ser que ya les quitaron ese cuanto del porcentaje y la cuestión sino que están en la obligación de atender los, y equis número de pacientes porque además parece que no, primero no tienen incentivo monetarios y su sueldo ya es un sueldo ... por, por nómina, por lo que sea, entonces ellos ya no se preocupan!

P24: no son los médicos de hace, yo le pongo que unos 10 años atrás que era gente que por lo menos estaban al servicio de lo que era la salud, hoy en día no eso es un negocio, los tipos son, como dicen, prácticamente unos carniceros ahí con título,

P24: desde que uno llega ((imita le escritura en el computador)) “que tiene” y ya vuelven a escribir ahí. ah! después de que uno les ha contado la historia por un cuarto de hora, “donde es que trabaja?, que sección?” ni se han enterado verdaderamente qué fue lo que uno les comentó, porque luego procede a preguntarle “bueno, y ¿donde es que le duele? y ¿cuanto hace que lleva usted eso?”, ¡después de que ya les he contado toda la historia! Eso no es calidad de atención, eso no es calidad de servicio. Ya le digo, eso es un negocio.

De hecho, se han planteado unos límites y alcances esperables en los usuarios para evaluar la idoneidad y competencia profesional, o a la calidad de la atención médica, pero el contenido de sus discursos muestra que pese a las asimetrías de información, su capacidad de juicio puede ser subestimada. A falta de información propia de campos de saber médicos, científicos y tecnológicos, elementos como la Oportunidad parecen ser utilizados por los usuarios para estimar indirectamente la Efectividad de la atención y la Competencia profesional. Del mismo modo, la Prontitud, Oportunidad y el Tiempo suficiente dedicado a la atención, así como características individuales y del contexto social, cultural, familiar, laboral, pueden hacer subir o bajar el umbral con que se evalúan estos atributos (efectividad y competencia profesional).

P3: qué saca que a uno le den una ficha y... uno espera medio día y a la final le digan “NO usted no tiene nada y le den... CUATro pastillas ahí?” Acetaminofén o... otra que están dando... como es? / NAPROxén!

P9: En forma oportuna, en forma amable, con buen, con un profesional seguro de lo que está haciendo y con una droga oportuna, y buena. Porque que le den a uno oportunamente un... Alka Seltzer! después de media hora de masticar un chicle, pues no!

P11: tengo una experiencia grandísima con el Seguro Social, eh... mi hijo mayor de 21 años murió por falta de atención (*). Vivió hasta las 8 de la mañana, le enyesaron un brazo cuando lo que había que hacer era aspirarlo = yo no, de medicina no se nada pero algo, algo uno capta. Le enyesaron un brazo y le arreglaron una cortada, así, cuando lo que había que hacer era otra cosa!

P18: los médicos no tuvieron en cuenta ciertos indicios que él iba dando (*) el decía que sentía una sensación de RUIDo al respirar, y eso... pues eso fue mas o menos un año antes de que se manifestara ya su problema, (*) no se inspeccionó realmente sino se le decía “no, yo no siento nada”, pero él si sentía = es que el problema no es que los médicos sientan o no sino que uno sienta.

P 1: era la segunda vez que iba para lo mismo (*), PEro ES que un vértigo es CAsí una urgencia (*), yo lo que quería era ser remitida al especialista y el Dr. P. se Negó hasta que yo llevara los exámenes de sangre = eso vuelve y te toma otros 15 días y tu con el vértigo ((imita)) ahí!, noo!, no, no.

P17: YO mismo me quité la Sherisolona porque me dio osteoporosis, osea me intoxicó después de tres años y medio, y ya se me está quitando gracias a Dios.

6.2.1.2.2 Heterogeneidades en la calidad de la atención

La idea de heterogeneidad médica en cuanto a competencia y trato, es un discurso emergente y en fortalecimiento en nuestro contexto de atención, y probablemente en cualquier contexto con acceso a información y comunicación. Esta idea de heterogeneidad de la calidad de la atención médica, se extiende a la calidad percibida de la atención en salud en general y parece justificar la alternativa de recurrir a influencias o recomendaciones para “dar con” la atención idónea:

P20: ir a... a una clínica del seguro es deprimente, mente, mente, mente mh? yo tuve un amigo, (*) entrar a la clínica San Pedro (*) más fácil entrar al cielo, (*) pero al fin pudimos y lo vemos en un pasillo, es decir un pasillo que OLÍA pero terriblemente... a difunto, TUDO ese pasillo olía fffff! (*) de uno en uno destapando a ver si era, mh!! (*) por fin lo encontramos / en una... dejadez pero TOTAL. En esa época tenía yo unos amigos (*) en el Seguro, hicimos el contacto con él y lo pudimos pasar a la = o si no? ese tipo se muere esa noche.

P11: “venga en 8 días, hasta que no tenga la autorización no le damos la cita”; (*) obvio no ha salido, hoy fui nuevamente (*) pasó alguien conocido, me da la cita, la cita doble me la dieron para el viernes. Lo importante que es contar con contactos.

También existe percepción de heterogeneidad en el trato que brindan los diferentes prestadores, lo que parece reflejar deficiencias de formación profesional en las esferas de la interacción humana, dejando su desarrollo y desenlace, al azar, el instinto y las preferencias personales. Acercar la formación del personal de la salud a estas esferas no implica desdibujar diferencias individuales, sino generar espacios para reflexionar sobre tales diferencias y sobre las preferencias de unos y otros usuarios.

P22: ese tipo de atención a los pacientes, grosera, una arrogancia, una prepotencia, y como le decía, son muy comerciales, mercachifles de la medicina es la palabra, son mercaderes mercachifles de la medicina, otros no, otros son muy justos, son = tienen vocación, tienen el talento, tienen (*) la alegría de lo que están haciendo y por eso son exitosos, los otros (...) de pronto les dio por estudiar una carrera, por (*) estatus, (*) como por prestigio (*) por que su familia lo exige, así a veces digan que no, no es familia, pero dependen de sus recursos, de su manutención para hacer algo y ocupar un puesto entre la sociedad

Unisalud atiende trabajadores de una Universidad prestigiosa dentro del grupo de instituciones educativas afines, y en su prestación de servicios participan profesionales y especialistas formados en la misma Universidad. Esto le da a su población de usuarios y prestadores unas características socioculturales especiales y diferentes a las de otras poblaciones de usuarios colombianos. Aquí vale la pena introducir algunas ideas expresadas acerca de los privilegios y discriminaciones entre unos y otros tipos de usuarios. Al presentar esta información existieron dudas acerca del uso del término “discriminación”, pero al reconocer que parte del contenido acopiado bajo este código confrontó a la entrevistadora – investigadora en su dimensión de estudiante de la Universidad Nacional, se respetó el término empleado por los entrevistados. Se identificaron diferentes formas de discriminación:

- En el ámbito de Unisalud: discriminación al no docente, a quien no tiene amigos o conocidos en la entidad y al anciano.
- En el ámbito del Sistema de Salud: discriminación al pobre, al anciano, al afiliado a una aseguradora (en comparación con el usuario particular), al enfermo no recomendado (en comparación con quien tiene nexos políticos, o conoce a trabajadores de la entidad), al habitante rural y al de raza negra.

P11: al adulto mayor no se le presta la atención necesaria, “ese ya está viejito, ese no tiene...” (*) al niño se le presta toda la atención porque es un bebé ese hay que salvarlo como sea (*); al otro porque ese tiene como... esa vitalidad de “que me atiendan, que no se que!” y bueno, el anciano porque de pronto está solo, (*) “ah ese viejito, es que es chochito, que se inventó que le duele” (*) yo lo viví con mi mamá (*) llega así, el doctor o el amigo ((empina el meñique derecho y mira hacia arriba)) “hola Cativa que más, no se que!” y uno ahí espere, espere, espere.

P20: no hablo de los ministros porque ellos tienen con que ir a comprar la droga. Y para ellos seguramente no hay restricción, no? (*) entonces si hay que mandarlo a la mejor de las clínicas, con la mejor de las drogas. (*) Un pobre no puede ir a un hospital, no puede ir, para que se, yo si tengo la chequera, tarjeta de crédito puede ir a un hospital, de resto, fritos! Mh? (*) y eso que en Bogotá es menos notorio que, me imagino que en un PUEblo, en una ciudad de esas Barranquilla, Cali, no se cuantas donde, donde puede ser peor, si? porque al negrito por ser negrito lo dejan morir ve!

P11: es un optómetra... renombraDÍsimo. A nosotros nos pasó (*) Si usted llega con la plata de la consulta lo atienden inmediatamente, si usted llega remitido como pobre, como cualquier hijo de pobre entonces espere... usted llega a las ooooocho, nueve, dan la uuna, las doos, y no.

P25: Eo2: al particular lo atienden mejor que si uno va de la Universidad, porque saben que el particular puede pagar más (*) cobran más. Lo atienden primero y le dan la mejor cita.

P23: Unisalud (*) es una entidad con algunos beneficios adicionales que son una forma de, de, hacia el paciente que debe ser PARTICULAR, no es lo común de todos los... EPS, no, no siendo una EPS tiene un tratamiento diferente de una EPS en cuanto al manejo, al trato que uno está acostumbrado (*). Muchas veces le toca pelear con un médico para que “no como así es que usted aquí, este no es el Seguro Social, es que usted me tiene que tratar con respeto, usted tiene que... pues no darne lo que yo estoy pidiendo pero sí, pues darne alternativas”, (*) creen que esto es igual que el Seguro y resulta que no.

P12: es muy reconocida como buena paga, como una caja sólida, entonces creo que los profesionales adscritos no tienen ningún problema de atenderlo incluso si a uno se le olvidó, (*) algún formulario

P23: la discriminación que hay entre docentes y trabajadores en las, en los médicos, osea de los mismos médicos, al docente lo tratan muy bien, uno ve que, lo tratan con respeto, le hablan, hablan con ellos y hasta los medicamentos, me atrevo a decir que hasta los medicamentos son como preseleccionados. Y en los trabajadores no sucede esto, hay una discriminación bastante grande (*). En el sentido también de las incapacidades (*) Un docente se enfermó y... tuvo una gripa que uno ve que, igual una gripa que todos podemos tener y de pronto al docente, a la secretaria, o los niveles, de, los niveles como más altos, entonces les dicen “dos días de incapacidad”, al trabajador le dicen “un día” y eso, eso si le ruega, al médico, le dicen “no con un día usted ya mañana”.

P21: los médicos que son tan jóvenes, si vieras! COMO se esmeran por la profel! Porque como uno pasa el carné y saben que es profesora entonces, no! mira... yo si no puedo, hablar nada contra Unisalud. (*) Me he sentido bien, porque eh, el que todo el mundo lo conoce a uno y ya! por ser profesor, entonces lo

atienden muy bien, que pase a, al oxígeno, que pase a la presión, no, NO puedo quejarme de eso, para que, me he sentido MUY bien atendida.

P 1: Unisalud para nosotros es lo máximo porque encontramos el amigo, el alumno, si? entonces son espeCIAles de por si.

P23: un día me tocó hacer una cola de, tenía 6 personas por delante mío y llegó un profesor y el otro sin mas ni mas le fue atendiendo, le fue entregando sus órdenes, igual que yo estaba, estaba, estaba sacando una orden y era simplemente que me la firmara pero a mi si me tocó esperar, (*) ahí 15 minutos para que me atendiera entonces, ESO son discriminaciones, bueno todo el mundo tiene (*sea quien sea derecho al*) respeto.

P24: De pronto son como discriminatorios un poquito, (*) si usted va y muestra el carné y es el profesor fulano de tal, el doctor fulano de tal, pues las mismas enfermeras “DOCTOR MUCHO GUSTO SI SEÑOR SIGA” que esmero tan berraco, (*) los médicos no se demoran, no tienen reparo en quedarse una, dos horas hablando con ellos, y muchas veces ni siquiera es hablando de la enfermedad ((sonríe)) sino preguntando porque así ha sucedido! (*) averiguándole ahí la vida al doctor de que laboralmente como está, que hace, (*) mientras que el usuario que vaya allá “ah no es que, pobre diablo, ahí, es el señor del aseo” (*) las mismas enfermeras, eso es a la, trato como si no fueran ser humanos “a que vino, que quiere” que no le vieron el carné que dice doctor o profesor fulano de tal. Bueno, ya al cabo del tiempo por allá lo, lo, lo mandan a, a que lo vea el médico, y el médico “a mi me parece” de una vez, sin ni siquiera decir “le vamos a man = muestre a ver que puede tener usted” porque a mi me ha pasado, (*) de inmediato ya están a usted “tómese esto” como puede ser eso? Entonces dígame si eso no es discriminatorio? eso es muy discriminatorio, en todo el sentido de la palabra.

P18: tomo mi ficha y necesito calidad, que me resPEten el turno, no es cierto? En ocasiones se presentan como, llega otra persona posteriormente, entonces le hace una miRAda, y entonces el otro la atiende y eso es muy JARto, todos estamos en las mismas condiciones, seamos quienes seamos, me parece que eso si debe haber un respeto ahí. (*) Ahora, si la preferencia obedece a que son casos de urgencia yo estoy de acuerdo.

P25: Eo2: que a uno lo traten amablemente, no a las patadas, no con... despoTISmo.

Eo1: pero eso no es todo el mundo

Eo2: es que el mico sabe en que palo trepa entonces de pronto con usted no porque lo conocen (*) entonces lo tratan bien

Eo1: si a mi siempre me ha ido bien, para que

Eo2: porque lo conocen, ((risas)) pero a uno que es un desconocido ((risas)) eso no!

Eo1: y también depende de cómo esté la persona porque uno no tiene siempre la misma paciencia, hay días que uno amanece más amable o mas de mal genio. Es como uno de profesor, no siempre tiene paciencia hay estudiantes que a uno lo desesperan ((todos asienten)).

P22: ya porque soy una persona eh, algo de trayectoria aquí, el PERsonal que conozco que se comporta... agradable. Pues no deja de haber uno que otro lunar por ahí, no?

P19: en las EPS se puede comparar con un contrato, y allá si se ve más marcado el estrato de la persona, se ven las diferencias entre las personas, por ejemplo al que paga harto lo atienden de una, lo llevan en ambulancia, lo atienden, todo eso, mientras que los otros tienen que esperar 15, 20 días para que los atiendan.

P11: mi hijo mayor de 21 años murió por falta de atención (*). Yo le decía “como no es el hijo del presidente, el ministro, el hijo del político, de no se qué, el es hijo de una... pobre hija de pueblo, entonces no hay nada que hacer” entonces, me mandó sacar y todo pero pues ¡Era MI HIJO!

El área de urgencias parece ser la única donde el usuario estaría dispuesto a aceptar o negociar diferencias en la atención dada a unos y otros; en las demás áreas esas diferencias se percibirán como discriminaciones y tendrán efecto en la manera de acercarse a los servicios. Dentro de los procesos de atención en urgencias, los ojos del usuario se posan en la competencia profesional y el criterio con que se da prelación oportuna a unos u otros, teniendo como punto de referencia aspectos como la edad, el semblante y el malestar percibido.

Aunque se destacó en los relatos un trato diferencial que privilegia a los docentes afiliados a Unisalud, también se identificó en entrevistados docentes la percepción de recibir una atención menos diligente como consecuencia de no ser conocidos o amigos de quienes brindan la atención.

De otro lado, puede notarse que se incluyeron citas donde el usuario no expresa sentirse discriminado sino que, por el contrario, destaca su condición de afiliado a una empresa prestigiosa y con unas características que la diferencian de otras empresas afines, para justificar o reclamar el derecho a recibir un mejor trato o en general, una atención en salud de mayor calidad. Esta expectativa de trato preferencial al afiliado de Unisalud en comparación con el

afiliado a otras EPS, en las diferentes IPS adscritas, se interpretó como un tipo de discriminación dentro del cual se diluye la solidaridad, en su connotación no monetaria (vale informar que la investigadora es usuaria afiliada a una de esas otras empresas afines).

En todo caso, la mayoría de los discursos parece encerrar una misma percepción: la calidad de los servicios de salud que ofrecen los diferentes prestadores, no es la misma para todos los usuarios sino que puede variar de un caso a otro de acuerdo al valor que se pague por ellos y la forma de pago. Por ejemplo, podrán recibir servicios de mejor calidad los:

- Usuarios particulares, porque pagan en efectivo y de inmediato.
- Usuarios remitidos de empresas reconocidas en el medio por su pago puntual o por pagar tarifas favorables para el prestador.

Seguramente este es apenas el inicio de un listado susceptible de ampliaciones generadas a partir de la exploración de los discursos de otras poblaciones de usuarios con características diferentes a las de la población de Unisalud (como afiliados a EPS y ARS, indigentes, no afiliados).

P24: VEA, calidad es que? PAGAR / en este país calidad es pagar. Si usted tiene plata, usted en este país es libre, y si usted tiene plata, usted entra donde quiera, y si usted tiene plata, su salud y todo está BIEN protegido. (*) A uno le ha tocado muchas veces, (*) venir que le den unas pastillas, y salir de aquí e ir a pagar un médico particular Y ese médico si se interesa, ¿porque? Porque yo le estoy pagando (*) están interesados en la cuestión, claro yo pagué, lógico yo pagué.

Este tipo de enunciados, en un sector de servicios tan especial como el de la salud, obligan a preguntarse si un bajo pago o un pago inferior está generando una calidad inferior en la atención de individuos con necesidades similares. La cotidianeidad de la atención en salud es percibida por los receptores del servicio de una manera que invita a reflexionar acerca del tipo de regulaciones que operan en este mercado.

P12: mi hermana es médica y trabaja con una EPS, allá les limitan el volumen de laboratorios que pueden mandar; no pueden mandar todo lo que quieran para un paciente sino con un límite, entonces les toca a ojo o a pinochazo o el que les caiga bien.

P15: tenía que TEner dos tipos de gafas, compré las segundas ahí en Unisalud relativamente, seguramente caras; después fui a otra óptica porque mi hija necesitó y las vi, en la misma marca y todo, MUcho más baratas. Entonces eso me dolió, (*) no por la plata, sino porque haya una apropiación individual de los beneficios de Unisalud en forma muy clara, (*) que hayan sido acogidos en Unisalud (*), lo están utilizando para explotar y beneficiarse de manera desproporcionada.

P17: ustedes me están dando Enalapril que vale dos mil pesos, el otro yo se que vale como sesenta, setenta mil pesos; la bioequivalencia no es igual” - “no pero es que eso no es culpa, pase una carta” pasar una carta para = yo se que el genérico es más barato pero es que la bioequivalencia no es la mejor.

P22: los otros médicos que hacían eh, medicinas alternativas también son graduados, pero ellos psicológicamente, estratégicamente, para su beneficio, pues sabiendo que están perdiendo mercado se han vuelto amables, tiernos, de buen humor, acCEden al paCIENte, lo enaMOran, se preoCUpan, entonces están teniendo éxito.

P 8: Tal vez le cogí un poquito de ... no gustarme tanto tomar pastas porque una vez en Tunja un Médico me formuló 200 Sinutab, yo no se si era el socio de eso o porque...

6.2.1.2.3 El trato al usuario, entre preferencias e intuiciones

P14: pues, primero que te traten como persona, ¿sí?, osea que no te reciban con la sartén en la mano, pues uno sabe que lo reciben con la sartén en la mano, pero que no te lo muestren.

La encuesta a usuarios realizada por el Ministerio de Protección Social en el año 2002 con propósitos similares a los de esta investigación, encontró que las amenidades eran un factor importante, tanto de satisfacción como de disgusto, para la población colombiana. Sin embargo en esta investigación no se encontró gran énfasis en el tema de las amenidades, por el contrario, se encontraron afirmaciones en que se muestra disposición para aceptar fallas en las amenidades si a cambio se recibe un buen trato y atención profesional competente. Esta manera de priorizar podría reflejar indirectamente una evaluación de la calidad percibida de Unisalud, en que la presencia de un buen nivel en las amenidades lleve a fijar la mirada en otros elementos; valdría la pena comparar este hallazgo con lo que resulte de una exploración cualitativa similar en otras poblaciones.

P 8: el TRATO, aunque toque esperar un poquito pero si se lo dicen de buena forma, pero si le dicen “espere!” pues ya me alenté o mejor dicho quedé curado!

Con frecuencia se percibe que el afán media la manera en que los prestadores se interrelacionan con los usuarios, al punto que el encuentro con profesionales que no transmiten afán, limitación o coartación en su actuar, puede causar extrañeza.

P 5: dije estos doctores de pronto han estado asistiendo a talleres de psicología o algo (*), porque los sentí como muy amables = aunque siempre han sido amables pero, esta vez fue como espeCIAL.

Algunos usuarios resaltaron dentro del tema del trato y el manejo de la relación interpersonal con el personal de la salud, que su expectativa es encontrar una cordialidad que no se extienda hacia la “melosería”; esto en un sector de servicios como el de la salud es importante porque se aproxima a las expectativas de atención de quienes se pueden percibir enfermos, pero no por ello desvalidos o necesitados de excesos de afecto al ser atendidos. Sin embargo aquí de nuevo predominan las preferencias y diferencias entre usuarios.

P12: los pediatras que tienen han estado muy cordiales, muy interesados, sin ser melosos, pues me he sentido respaldado por ellos.

P19: Unisalud no es como en las otras EPS que es “abra la boca, muestre a ver, ciérrela”, y eso es rapidito, como despachando carros, de verdad como si estuvieran despachando carros. Aquí el trato es muy humano, no es como afuera, que es como atendiendo fábricas.

P20: a todo mundo nos gusta que nos consientan y si está enfermo pues que lo alienten con palabras, con, con mimos ((sonríe)).

Se identificó que la confianza para aportar información al profesional y orientar su labor, depende del manejo de la relación interpersonal; el trato se puede relacionar con la adherencia al tratamiento y con el resultado en salud.

P22: Yo creo que por ejemplo las medicinas alternativas están teniendo más éxito que el médico tradicional, porque ÉL habla con el paciente, le da confianza, (*hay humor*), le guía, e inCLUso muchas veces uno ya con la sola... diálogo sale alentado. Se le refrescan a uno, como que, la salud vuelve, como

que se hace el milagro, en cambio el médico, el académico, el de Universidad, el médico que = bueno claro que los, los otros médicos que hacían eh, medicinas alternativas también son graduados...

P23: uno se demora... 40 minutos esperando a que lo llamen y cuando lo llaman el médico está todo emberracado porque... lo cogió la tarde, porque los otros pacientes, le sacó la piedra y uno, y uno como, como no sabe si decirle o no decirle, si?

P24: a uno no lo alivia muchas veces ni la droga, yo me he dado cuenta de eso, muchas veces a uno lo alivia = yo puedo irme muriendo, un dolor de cabeza el berraco, lo que sea, pero, por lo menos el consuelo del médico. El consuelo de que lo manden a un sitio donde (*) uno llegue y vea por lo menos, (*) que lo van a ver como un ser humano, como una persona, entonces a veces lo alivia más eso, que, que una droga que le den

P 9: considero que el médico es huMAno y como humano se le puede ir la mano, salió en verso ((se ríe)) y, y además fue el médico que recibió a mis hijos, y es una persona con una calidad humana increíble y yo no demandé por ser, quien cometió el error

La inconformidad por deficiencias en el trato se dirigen en especial hacia el personal no médico y el médico general; hay pocas menciones que involucren al médico especialista, de quien parece esperarse primordialmente competencia profesional y quien recibe críticas que se relacionan más con problemas de mercado (por predominio de intereses económicos) e impuntualidad. Sin embargo estos hallazgos podrían modificarse en una investigación centrada específicamente en la calidad percibida de la atención médica.

Estos párrafos permiten recordar la responsabilidad que implica comprender, traducir y transmitir relatos sin dejar perder su diversidad – multivocalidad – y evitando generalizaciones. Acercarse a relatos e interpretaciones en torno a la calidad percibida de la Atención en salud y articular el conocimiento resultante a estrategias de mejoramiento, es una tarea difícil pero inaplazable. Permitir que las variaciones en el tipo de atención que recibe y percibe cada usuario de servicios de salud dependan del sentido común, la intuición, asertividad y competencia de cada proveedor, resulta equivocado y augura resultados desfavorables, independientemente del tipo de evaluación de calidad percibida que se proponga, porque el necesario lazo de comunicación entre unos (sujetos evaluadores) y otros (sujetos y objetos de evaluación) será débil y entrecortado. No se plantea una escucha acrítica de las percepciones,

expectativas y deseos del usuario, sino el fortalecimiento de vías de comunicación formales que se extiendan más allá de los consultorios, los corredores y los buzones de sugerencias.

Valga el alto en el camino para introducir la inquietud de integrar a futuro un tercer campo de conocimiento en éste diálogo de saberes; el del personal que trabaja brindando la atención en salud, y los discursos que se producen a partir de su experiencia cotidiana. Es decir, su conocimiento como protagonistas de la realidad social, laboral, del Sistema de Salud.

6.2.1.2.4 Calidad percibida dentro y fuera de Unisalud

Los enunciados sobre fallas en la calidad, se acompañaron de explicaciones o justificaciones para contextualizar sus causas en condiciones estructurales que escapan al control de Unisalud.

P1: desafortunadamente después de la ley 100, ya ellos fueron exigidos de consultas de 20 minutos, que el doctor en general se hace más impersonAL pero pues eso, les toca, tu llegas y ellos están listos a ver... qué es lo que te formulan y que es lo que a uno le mandan. Pero es que casi les toca así, casi que uno les permita el diagnóstico para ver que, rapidito le =me entiendes? eso no tienen la CULpa.

P21: en las instalaciones de Unisalud, los problemas son las citas, que uno va a pedir una cita, pues digamos que está como enfermo, no? y la necesita mas o menos pronto, “no!, no, no, no” como pa 20 días y a veces hay avisitos que dicen “no hay, no hay citas para los doctores tatata” bueno pues, eso me parece una falla, si o no? o no, NO falla no, pero - Er: se puede mejorar - Ea: se puede mejorar, ves.

Tal vez esta tendencia tenga asidero, entre otros, en el temor a la desaparición de Unisalud como entidad adaptada, perteneciente a un régimen especial; los entrevistados dejan constancia de tal temor con sus reiteradas alusiones a las EPS y muy especialmente al ISS, como referentes de mala calidad.

Lo anterior es importante para analizar percepciones relacionadas con el SGSSS, porque los usuarios de Unisalud se reconocen a sí mismos como una población con unas condiciones de acceso y calidad en la atención, diferentes y superiores a las de los otros usuarios del Sistema y se puede percibir una combinación de agradecimiento, identificación afectiva con la empresa,

exaltación de su prestigio dentro del grupo de empresas afines, con visos de rechazo ante la posibilidad de imaginarse como usuarios de otras aseguradoras.

P21: Hay otros que de por si viven criticando a Unisalud, que no, es una chanda, que eso, que porquería, pero no, digo yo “vayan al Seguro a ver si, si, como encuentran ustedes a Unisalud después de ir al Seguro”, ahí sí! No yo adoro a Unisalud. (*) Yo fui a la San Pedro con mi suegra y quedé azul! ((ríe)) allá es terrible, eso, yo no se cuantas horas, como 5 horas y mala, mejor dicho mala calidad, eso que “mire, jefecita” “alla! Espérese! Sentada! Eso es con el docTOR, que no se que” por DIOS!, ves? y Unisalud, no, no! Unisalud es otra cosa, si, si, si.

P 5: yo no se si soy muy conformista, tal vez por lo que yo he tenido la experiencia de conocer otras EPS entonces pues Unisalud es absolutamente lo mejor que hay (*) Yo he tenido que ir a unas donde a mi, Unisalud es... una REIna, en comparación a cualquier otra (*) Osea las otras son las que me parecen pésimas.

P25: no es como un instituto... eh... del Seguro Social u otra, llámese Colsanitas o la que sea. Que usted llega y es esa cantidad de usuarios antes que usted!. No, aquí en Unisalud es casi inmediato (*). Y todos somos de una misma institución, no es el Seguro Social, que allá llegan personas de todas partes.

P23: los médicos que vienen del Seguro Social, es pero, de los mas PEsimo que nos ha pasado, porque tienen una visión totalmente errada de lo que es Unisalud, y Unisalud es única, (*) ni siquiera conocen el vademécum, porque el vademécum aquí es mucho más amplio que en el Seguro Social, (*) y gente que no tiene ningún sentido de pertenencia a la entidad y que simplemente ellos vienen a ... ahí si como dicen, a hacer lo que ellos hacen en el seguro, formule y formule ahí y ni siquiera pare bolas que es lo que, eso ya lo hacen es mecánicamente.

P14: creo que deberían tener gente más experimentada en urgencias, la mejor gente tiene que estar reunida en urgencias, no los que = yo no se han traído una gente como del Seguro, yo no se de donde que es... que, TODO es antibióticos.

P24: le doy gracias a Dios que no me toque eso porque yo creo que allá me moriría, no por el mal, sino de la PEña y de la tristeza / sentirme yo (*) de que yo no puedo valer como ser humano y tener que parar en una cosa de esas?. Entonces, esas cosas son las que yo digo, valoro (*) la salud de esta Caja.

P19: no nos ha gustado que hace unos 4 o 5 años nos pasaron a todos a la ARP del Seguro Social (*). A mi me da pánico ir a dar al Seguro Social (*) yo he recibido bastantes capacitaciones y ya sé como cuidarme gracias a Dios porque no quisiera caer en el Seguro nunca, entonces tengo cuidado.

P22: le dije “pues afortunadamente aquí Unisalud menos mal que hubo otro concepto médico porque qué tal en el Seguro Social que lo vea un solo médico, lo mande para su casa, vaya, vuelva usted si ya ... efectivamente estaría en... enterrado!”.

P3: la atención en Unisalud es mejor a la que recibía en el Seguro Social (*). Cuando me atendían por urgencias en el ISS, cuando perdí mis dos primeros embarazos, me atendieron en la Clínica San Pedro Claver y fue horrible, la atención, el lugar, el frío (*). A mi en el Seguro me iban a operar de la nariz / Pero entonces, que hasta que no hubiera un yo no se QUE y yo no se CUANTas, Mejor dicho. Y al fin y al cabo me operaron en UNI aquí!

P24: uno puede ir por decir Algo A UNA clínica, un hospital con otra entidad y usted ve la gente que llegan y ... para una cita de estas, el tipo muriéndose y no, ahí lo dejan como un perro ahí que, que dizque en observación, que observación! imagínese ... y pasa uno, dos días y (*lo transaron a uno que*) de observación, dice uno esperar a ver si por milagro de Dios se cura o se muere. Aquí no, pues por lo menos es una de las cosas que nosotros hemos ganado y es que si uno está verdaderamente enfermo va uno y a pesar de todas las cosas, las urgencias lo atienden a uno.

Estos enunciados muestran que las opiniones de los usuarios reflejan no solo las propias expectativas sino a la vez una valoración de la calidad “en comparación con”. La identificación de los referentes de comparación en diferentes poblaciones de usuarios será necesaria al interpretar los resultados de cualquier evaluación de calidad percibida.

Experiencias positivas de atención también pueden influir en la manera como se valore la calidad y se estable relación con los servicios en futuras atenciones. Encuestar usuarios con alto sentido de Pertenencia hacia la empresa o que la identifican como una entidad prestigiosa, podría influenciar los resultados de las valoraciones que se emitan al responder dichas encuestas.

Asimismo, la accesibilidad organizacional y la percepción de respaldo son elementos que aportan a la percepción de agradecimiento y prestigio institucional y muy probablemente entrarán en juego cuando se valoren otros componentes de la calidad. No quiere decir que el criterio del usuario se diluya ante estos elementos, sino que los mismos entran a hacer parte del contexto de interpretación y valoración de futuras atenciones.

P5: Si nos preguntas a los administrativos todos te vamos a decir que Unisalud es excelente, a menos que sea alguien pues muy inconforme, si, porque hay gente que es así, que nacen inconformes mejor dicho!.

P 9: quejarse, sería uno muy desagradecido quejarse del servicio, de la Universidad o, Unisalud como tal realmente es bueno.

P16: mi hijo ayer cumplió 6 añitos. Pues por él es que yo vivo en Unisalud, por él. Si, pero entonces no, no me quejo del servicio.

P18: se le detectó un cáncer (*). Que esto ya venía con una hisTORia, obviamente. Eh, de ahí en adelante eh... también tengo gratitud con Unisalud por la atención que de todas maneras a él se le brindó, si fueron dos años de crisis, de ires y venires (*) y de todas maneras creo que es bueno también señalar que esa otra parte fue bastante posiTiva , se le atendió muy bien.

P22: Lo bueno, también lo resalto, (*) estuve agradecido con Unisalud cuando mi señora tuvo 5 años atrás, la afilié en el plan complementario y le hicieron un buen tratamiento, salió costoso, si yo no hubiese tenido la oportunidad en ese momento pues creo que no hubiese podido haberle dado la atención adecuada a ella o me hubiera endeudado bastante alto.

P4: cuando tuve la crisis cardíaca encontré en Unisalud un apoyo muy... efectivo eh, desde el punto de vista del sentido de oportunidad eh... sin dilaciones, con ánimo de colaboración y no de trámites burocráticos, preocupación sincera por la suerte MÍA, y pues, pues eso me crea una situación de, de mucha... reconocimiento y de lealtad con esa institución.

6.2.1.2.5 Midiendo la Oportunidad

Se podría continuar analizando la última encuesta de satisfacción de Unisalud, a la luz del contenido de estas entrevistas. Se hará el ejercicio a partir del atributo de calidad mencionado

con mayor frecuencia por los entrevistados, la “Oportunidad”. Una de las maneras de valorar este elemento en esta encuesta es solicitar que se califique el tiempo que transcurrió entre el día que se pidió la cita y el día de la misma.

P11: Hace 15 días tengo problemas con las uñas de los pies, consulté al médico general, me remitió a ortopedia, pedí la cita, me la dieron para 8 días mas o menos. Fui y le consulté al médico, me miró y me dijo “Ah si, está inflamadito, pida otra cita. Hágase unos bañitos con Domeboro”. VOLvió la cita, otros ocho DIAS, vuelve y me mira y me dice “uy si, bastante, sigue bastante inflamada, va a tocar hacer el procediMIENto. PIDA la cita doble” entonces VUELvo, pido la cita (*) me dicen “eso necesita autorización (*) hasta que no tenga la autorización no le damos la cita”; entonces vuelva otra vez allá, entonces, obvio no ha salido, hoy fui nuevamente. (*) Si llego (*) a mi cita (*) y no ha salido la autorización, se pierde (*) y me voy a demorar casi que 15 días mas, si? y estoy mal de mi pie. (*) A este señor se le han pagado dos citas para decirme “si está inflamadita” que en eso no se demoró 6 minutos, sin embargo a el se le pagan completos sus 20 minutos, (*) y puede que cuando ya me vaya a hacer el... mi pie ya esté bien complicado entonces se está demorando en el proceso cuando... si me hubiese atendido desde un comienzo, ya se me hubiera mejorado.

P3: en el Seguro Social me habían dicho que yo ya no podía tener hijos y había perdido mucho tiempo en exámenes y otras cosas. Mientras que en Unisalud me remitieron de una al Ginecólogo, me solucionaron mi problema y pude tener mis dos hijos.

Velar por citas oportunas es muy importante, hacerlo refleja preocupación y responsabilidad por parte de la empresa, pero su cumplimiento no garantiza una respuesta oportuna a la necesidad o expectativa del usuario; cualquier medición de oportunidad realizada desde y hacia el interior de un proceso o servicio, resulta incompleta.

La valoración de oportunidad se construye en un diálogo tácito entre criterios, expectativas, necesidades y posibilidades de prestadores y usuarios, y a lo largo de un proceso que puede involucrar varios episodios y escenarios de atención. Medir esto es más difícil, pero probablemente más útil para acercarse a lo que piensan, sienten, esperan, necesitan y experimentan los usuarios de servicios de salud.

P25: para las citas médicas con un especialista, no se si es que el sistema lo requiere o si es que le ponen mucha mística a eso. (*) Lo primero que hay que hacer es pedir una cita con el médico general (*) luego ESPERar que el médico especialista le de la cita, (*) desde que usted vio que necesitaba ir al especialista

hasta que él lo ve, pueden pasar 15, 20 días, un mes (*) y lo mas grave, o lo mas molesto, porque no es grave, es que se está poniendo un Comité frente al especialista, el paciente tiene que llevar una hoja que justifique al especialista, entonces si uno vuelve donde el especialista y lo encuentra desocupado se lo pueden hacer ahí mismo, pero si no, entonces vuelva después, cuando le digan y ahí también se pierde tiempo. (*) después esperar a que se reúna el Comité Técnico Científico que más o menos cada 8 días se reúne. Y si usted no vuelve a averiguar que pasó con eso, olvídense porque nadie le va a avisar.

Ahora, una de las dificultades al analizar la oportunidad, consiste en que ni a partir de la teoría se pueden ubicar parámetros de referencia para estimar la conveniencia de determinados intervalos de tiempo. Su valoración, al igual que la de otros componentes de la calidad relacionados con la estimación del tiempo (puntualidad, prontitud, tiempo suficiente) pasa por filtros relacionados con condiciones personales y del contexto (ocupación, responsabilidades, dependencia o independencia familiar, laboral). En cualquier caso, entrarán en juego expectativas y criterios de prestadores y usuarios en la valoración.

P18: que los médicos tengan en cuenta las sugerencias que uno hace (*) es muy probable que quienes hemos tenido que padecer estas, digamos, tener al lado personas que sufren este tipo de enfermedades, pues después estemos muy pendientes de todo lo que nos suCEde, (*) yo por ejemplo pues estoy muy pendiente porque fueron, fue lo que hizo que no se hubiera detectado, pero entonces los médicos simplemente a veces no hacen ... no lo tienen a uno muy en cuenta porque dicen que eso es porque yo tuve a mi lado un paciente así y eso es, pues negATivo porque de todas maneras debería atenderse, pues en ocasiones yo he sentido que por ejemplo = es, eso me va, alejando, no?.

P 4: la respuesta del Hospital es que no... no pueden atenderme / dada la... enorme demanda que tienen sus... ¡sino cuando ellos fijen las fechas!

Las dimensiones individual y colectiva del derecho a la salud, la manera de mirarse a sí mismo y al otro, se involucran en las apreciaciones referentes a lo que pasa en los escenarios de atención en salud. Dentro de los factores que afectan la oportunidad, algunos entrevistados destacaron a los usuarios que solicitan atención sin justificación suficiente, porque elevan la demanda de atención y congestionan los servicios.

P 2: tratar de que la gente se concientice un poco, nosotros como usuarios, de que si vamos es a usar lo que realmente necesitamos porque eso hace que se CONGESTione, hace que eh la gente pueda decir “ah no es que es un mal servicio porque es que no me atendieron rápido”, pero es que resulta de delante MIO hay 20 personas con algo que... mh?.

P 9: Yo creo que se ve de todo, gente que va de urgencias cuando no la necesita y ahí gente que si, pero, digamos que un médico puede ver fácilmente “ella necesita, está con mucha urgencia, atendámosla ya, saltémonos los turnos”, pero eso no es muy tenido en cuenta.

Otra manera de evaluar la oportunidad en la encuesta de Unisalud es preguntando al usuario si encontró todos los medicamentos formulados. La respuesta a esta pregunta se puede enriquecer con enunciados referentes al despacho de medicamentos, su efectividad, cantidad y oportunidad, para abrir la puerta a un tema especialmente recalado por los entrevistados.

6.2.1.2.6 Medicamentos, una preocupación general

P16: El horario es muy flexible porque están desde las 7 de la mañana hasta las 6 de la tarde en jornada continua. Que a veces uno tiene una cita a las 5, el médico lo está, terminando con uno 5: 30, 5:45 y uno sale y de una recoge la droga = otra cosa que allí mismo le venden lo bonos, que tesorería pues tiene un horario más restringido, incluso en la misma droguería uno compra el bono y pues no se VARA porque no tiene que volver otro día.

P18: me parece una fortaleza que tengamos ahí de una vez a (*) la entidad que va a distribu = eso me parece bellissimo, uno se viene y ya tiene medicamento y tiene todo

P19: no es contra la Caja sino que eso es culpa de la ley 100, porque con la ley 100 ahora todo son genéricos, entonces le dan a uno la más mala.

P23: si un médico le formula a uno y está uno enfermo y tiene que tomarse la droga a más tardar en 1 o 2 días, pues soluciónele el problema porque es que el problema no es de uno, el problema es de ellos (*) que se comprometieron a prestar un servicio

Las preocupaciones expresadas en torno al tema de los medicamentos, permiten enunciar discursos o ideas generales que pueden resumirse así:

- Recibir medicamentos genéricos significa recibir medicamentos de mala calidad y bajo precio.
- La entrega de medicamentos genéricos y de mala calidad se atribuye al menos a tres causas: el marco jurídico vigente, la preocupación creciente por contener costos y la preocupación decreciente de los proveedores por la salud del usuario.
- Contener costos, comprando medicamentos genéricos, aumenta los costos debidos a reconsultas por no efectividad, y puede aumentar el gasto de bolsillo del usuario en busca de consulta médica particular y de medicamentos no genéricos. Posiblemente el abandono de tratamientos con medicación genérica sea superior al abandono de tratamientos con medicación no genérica.
- Los médicos ahora formulan los mismos medicamentos, indistintamente, a todos los usuarios. Se plantea la duda de si esto se debe a la ausencia de alternativas terapéuticas, a limitaciones jurídicas, a coartaciones relacionadas con el ámbito laboral de los médicos o a la falta de conocimiento farmacológico de los profesionales.

P1: todo lo que yo te pueda decir es eh... resultado del sistema actual de salud. (*) Da lo mismo el paciente que va con el dolor acá que = para todo el mundo hay Acetaminofén y para todo el mundo hay Diclofenaco, indistintamente. (*) la medicación ahora es, genérica y la MISma para todo el mundo.

P3: que saca que a uno le den una ficha y... uno espera medio día y a la final le digan “NO usted no tiene nada y le den... CUATro pastillas ahí” Acetaminofén o... o otra que están dando... la otra ¿como es? NAPROxén. ¿Si o no? ((se ríe)) “¡no!, ¡es que usted no tiene nada!, ¡TÓmese esto y a ver como está! (voz de imitación) (*) Yo siempre voy a Unisalud y PUM el pinchazo primero! (*) el Voltarén o el Diclofenaco! ¿Si o no?

P8: Yo veo que en Unisalud, bueno, allá y en casi todo lado, tienden como a formularle a uno lo mismo, de pronto por eso es que uno no va mucho. Que si uno tiene un dolor de cabeza le dan Aspirina y de ahí no lo sacan ((sonríe, me río)) eso es así! Que si le dio gripa, pues una gripa que dure hartito porque si no uno no va, (*) que Ibuprofeno, Loratadina, siempre esas mismas cosas, entonces la causa, a uno el mal ya asimiló esas drogas y ya no le sirven. (*) O es que no hay más droga o a los médicos les dicen “aquí no se formula sino lo mismo”. Y eso hay mucha gente que dice lo mismo, uno se pone a hablar con otras

personas y dicen lo mismo, que dos, tres años enfermos de lo mismo y no les solucionan el problema y pues uno dice si lleva tanto tiempo y no se mejora, porque le siguen mandando lo mismo, cierto? (*). Loratadina me han dado de TODAS pero ninguna, o yo no se si serán todas de pronto tu si sabes porque yo no se de cuantas habrá, pero ninguna que me han dado me ha servido, pues de distinto color.

P11: todo es Diclofenaco y Diclofenaco, Diclofenaco, Acetaminofén. Naproxén, eh analgésicos, antipiréticos y ((se ríe)) eso ya... pues uno se llena de pepas ahí

P13: yo tengo un problema de columna, y generalmente estoy yendo al médico, (*) siempre lo mismo, siempre lo mismo: Diclofenaco, Acetaminofén, terapias, Diclofenaco, Acetaminofén, terapias, y así.

P19: eso es Ranitidina y Acetaminofén, uno ve en la fila, que un problema en el pecho, otro que el estómago, otro el brazo, y mira las fórmulas y todo es lo mismo, es como que los doctores, como que ellos tuvieran un revólver en la cabeza ((hace la mímica)) y les dijeran que solo pueden formular eso, o como si saliera del bolsillo de ellos. (*) Yo creo que hasta a las embarazadas les dan lo mismo, a todo el mundo lo mismo ((se ríe)).

P20: hay algunas drogas que, que se vuelven ... como de ... la baTAlla, si? eh no se que tan bueno será o que tan malo, pero ve uno es, el ... la cola para que le den la misma droga, la misma droga a todos, (*) antiguamente a TODOS nos daban Aspirina, si? esa, era para el dolor de cabeza, para el dolor de estómago, para tatata! ahora todo lo que hay de reflujo y de agrieras y todas esas cosas, entonces Omeprazol, OMEPRAZOL, OMEPRAZOL, (*) el Omeprazol parece que no es vitalicio, no? pero yo vuelvo y me vuelven a dar, yo no se si me está haciendo falta o no.

P24: a que voy si el tipo lo único que me va a dar es dizque Diclofenaco! ... para los dolores, no más, no dan más.

La calidad de los medicamentos es decisiva para que un proceso concatenado de eventos oportunos culmine en la percepción de un logro oportuno del resultado en salud. Los medicamentos “de batalla” según estos discursos incluirían: Acetaminofén, Diclofenaco, Naproxén, Loratadina, Ranitidina y Omeprazol.

Según evaluaciones de calidad que han indagado por el despacho completo de la medicación, ésta es una de las principales causas de insatisfacción de los usuarios afiliados al SGSSS. Este

problema también fue identificado en Unisalud, pero con baja frecuencia y asociado a coyunturas como el cambio de proveedores, lo que sugiere que su deficiencia es mayor en EPS y ARS que en Unisalud.

P23: un PROblema que está, que ha sido de siempre que hay cambio de, de operador logístico; (*) hace mas de 2 meses, 3 meses que se cambió el operador, (*) me formularon 3 medicamentos, me dieron uno, me dijeron “venga dentro de 8 días” - “pero si el médico me lo formuló es para que me lo tomara ya” - “ah pero es que no hay” - “no pero entonces remítame o algo” - “no es que no tiene más sucursales aquí en Bogotá”, (*) y llegué a los 8 días y “que pena pero no hay sino la segunda droga la otra toca que espere otro poquito” entonces, como así? (*) Si el médico se la formuló es para que se la tomara no pa ponerlo a descansar o a darle vacaciones, entonces eso es un problema que ha sido, que ha existido siempre que se ha cambiado de operador.

6.2.1.2.7 Estrategias de relación de los usuarios con los servicios

Mediante Observación Participante se identificaron estrategias de los usuarios para relacionarse con los servicios. Estas estrategias, de predominio verbal (callarse o expresarse), aparecieron de nuevo y con frecuencia en las narraciones, acompañadas de otras que operan afuera de los escenarios de contacto directo con los proveedores de servicios y que se relacionan con la calidad percibida en las diferentes experiencias de atención. Se identificaron, en orden de frecuencia, las siguientes:

ESTRATEGIAS DE RELACIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS	
ESTRATEGIA	DEFINICIÓN
Verbal	Replicar verbalmente (preguntar, explicar, gritar, callar).
Autoasistencia	Realizar actividades y tomar decisiones relacionadas con la salud sin recurrir a los servicios de atención médica. (Automedicación, autotratamiento, primeros auxilios).
Abandono	Alejarse del proveedor o incumplir una indicación terapéutica por decisión personal.
Experta	Estrategias de adaptabilidad DEL usuario derivadas de la experiencia de conocer los servicios y procesos.
Cuidado Alternativo	Recurrir a sistemas de cuidado diferentes a la medicina occidental.
Jurídica	Recurrir o amenazar con recurrir a Derecho de petición, Tutela, demanda.
Manifestación	Expresarse por vía escrita (carta, nota a buzón de sugerencias).
Regreso	Regresar al proveedor luego del abandono.

Tabla 14

La estrategia verbal es la mencionada con mayor frecuencia por los entrevistados, y el contenido de los enunciados refleja tendencias similares a las descritas en la Observación Participante, con predominio de narraciones en que se tendió a expresarse abiertamente.

La Autoasistencia refleja la alfabetización de los usuarios en salud y a futuro podría explorarse más a fondo para identificar sistemas de creencias en salud.

P3: yo voy a hablar y si me dan las terapias para AHÍ me las hago y si no me las sigo haciendo como me las estoy haciendo en la CAsa, porque yo sinceramente, yo no puedo ir a ... a tanta terapia allá” y de todas maneras, con los ejercicios que me enseñaron (*) los he estado haciendo y me he sentido BIEN

P10: si es una gripa que ya se sabe que es como un virus (*), igual si viene acá o se queda en la casa se va a curar de eso, (*) tengo que estar muy, muy decaída para ir, pero si veo que es una gripa, una maluquera así, voy y me tomo un Distrán, un Sinutab, algo caliente y ya, me acuesto y al otro día amanezco bien.

P16: eh, si no es el dolor que yo YA no soporto, no voy al médico porque me da... primero pedir permiso ahí... el trabajo se me acumula, y que porque con mi niño yo tengo que pedir MUcho permiso, yo digo “yo me aguanto” o me tomo de pronto por ahí un calmante, y si YA es que YA NO DOY, entonces si voy al médico.

El abandono, entendido como un alejamiento del proveedor o el incumplimiento de sus instrucciones, parece ser un indicador indirecto de la calidad percibida y posiblemente de la calidad brindada a los usuarios.

P17: Me hicieron un análisis de parcial de orina y entonces salía proteína y lo único que el médico me decía es “tiene que ponerle cuidado”, yo le decía “¿y no me manda donde el especialista?” - “no, no, póngale cuidado, venga en seis meses”, (*) decidí que mejor me inscribía en prepagada (*) comenté que hacía como 1 año o 2 años no iba a la caja porque finalmente salían cosas pero nunca me decían nada, (*) volvió a salir el contenido de proteína alta, (*) me hicieron biopsia (*), conclusión: no hay cura, “la mitad de sus riñones está muerta y la otra mitad esta en proceso de muerte. ¿Porqué no le hicieron el examen antes?” entonces me vine a la caja, pedí la historia y se la llevé. Pues si durante... como año y medio, las tres veces se detectaba pero no me mandaron a especialista. Entonces yo a la caja no volví; ahí si que MÁS dije “no, no sigo”. Me hicieron el tratamiento, de todas maneras (*) el nefrólogo (*) me dijo que no servía hacer algo, (*) que la posibilidad de vida podía ser 1 mes o 6 meses pero que del año no pasaba.

Las estrategias derivadas de conocer el funcionamiento de los servicios resultan interesantes porque pueden ocultar fallas en la calidad de la atención, resueltas por las conductas de los usuarios.

P7: La transcripción de... de droga, esa si se demora, un poquito (*) siempre te dicen “en 20 minutos”, tu esperas los veinte, mh mh ((mueve la cabeza en señal negativa)) esperas otros 20 y mh mh, entonces = normalmente yo nunca espero los 20 porque ya me habían dicho que era mejor irse eh al otro día y efectivamente

P8: cuando los niños se han enfermado y uno ve que no es de gravedad pues se espera a las 5 y se va a la Country, así quede más lejos y así toque comprar la droga pero que se mejoren.

P13: Ay yo procuro NO IR al médico (*) para que no me incapaciten, (*) ya el jefe me ha pedido traslado (por motivo de) incapacidades y todo, (*) ahoritica estoy haciendo como se dice vulgarmente de tripas corazón para, para no ir (*) porque allá siempre “no, que toca dejarla quieta porque ... tiene ... inflamadas las vértebras, toca mucha quietud” que “toca mucha terapia”, por lo menos dos días, y así

P14: el horario es FUNDamental (*) cuando no se cumple un horario entonces a uno le da jartera entonces llega tarde y resulta que ya pasó el turno,

P18: PUES cuando son MUY, MUY, muy urGENTes uno se va pa otra clínica, (*) pues uno va allí para ciertas urgencias pero que no son TAN, tan urgentes, de resto me voy pa la clínica

P21: a no las experiencias de urgencias, muy demoradas! MUY demoradas, a mi me gusta llegar a las 7, porque a esa hora pues(*), termino saliendo como a las 9 y media

La estrategia jurídica es una estrategia poco mencionada y al parecer poco empleada, aquí se quiere destacar su uso como amenaza verbal ante la percepción de mala calidad .

P3: Y le recalqué “yo a usted puedo demandarla por haber sido tan irresponsable con el niño”, pero me fui a buscarla para decirle eso, para que al menos no cometa el mismo error cuando atienda otros niños.

También resulta interesante mostrar que pese a la mención de aspectos que generan insatisfacción en Unisalud, en las narraciones se nota que ello casi no se acompaña de

manifestaciones escritas. Valdría la pena verificar la posibilidad de que esto se relacione con el temor de represalias laborales.

P23: lamentablemente nosotros no tenemos la costumbre de escribir, (*) como esa cultura de, de que si no me atendieron bien, de que si me maltrataron, me ultrajaron, me discriminaron, entonces pongo la queja de inmediato y, y me hago valer, (*) entonces las cosas pasan desapercibidas y nunca, nunca pasa nada (*), nadie se atreve porque hay, hay, de pronto eh se dan de cuenta quien lo escribió y después lo tienen en cuenta para ((se ríe)) para cobrársela, para cobrársela después

7 CONCLUSIONES

Luego de analizar los contenidos de las entrevistas semiestructuradas realizadas a usuarios afiliados a Unisalud, se identificaron 32 características o atributos que desde su perspectiva son relevantes al valorar la calidad de la atención en salud durante sus experiencias de atención. Entre ellos, los más destacados, en orden de frecuencia son: oportunidad de la atención, trato, competencia profesional, accesibilidad organizacional, individualización, efectividad, disponibilidad, prontitud, no discriminación en la atención, flexibilidad. Al mismo tiempo, puede decirse que la respuesta al problema que motivó esta investigación, acerca de la necesidad de identificar los atributos de calidad percibida a partir de la voz de los usuarios de los servicios, es una respuesta que va más allá de la enunciación de un listado de atributos de calidad utilizables para diseñar futuras encuestas de satisfacción y se adentra en las relaciones entre atributos y entre éstos y otros conceptos que los usuarios conectan con el de calidad.

Una segunda pregunta implícita en el problema planteado, se refería a cómo valorar o medir la calidad percibida sin imponer límites al concepto. Con los hallazgos recogidos queda claro que es útil recurrir a canales de comunicación entre prestadores y usuarios que complementen los mecanismos tradicionalmente empleados (encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias, oficinas de atención) y permitan un diálogo de saberes que retroalimente los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Lograr un diálogo de saberes como el propuesto, que parte de un tema construido y delimitado por los expertos y se acerca a las percepciones e interpretaciones de los usuarios de los servicios, implicó un descentramiento de la mirada investigadora, para tomar progresiva

distancia de los primeros y adentrarse en los saberes de los segundos. Ese descentramiento aportó mayor claridad para afirmar que la caracterización de la calidad percibida que se construye a partir de la perspectiva de los usuarios, está influida por sus particularidades individuales, familiares, sociales, educativas, económicas, de vínculo a la seguridad social, y por una diversidad de motivos, necesidades, deseos, expectativas, preferencias, maneras de interpretar, percibir e interactuar, que entran en juego en los escenarios de atención. La complejidad de estas dimensiones no se puede captar a partir de las perspectivas en que se sustentan las herramientas cuantitativas convencionales de investigación y hace que dentro del tema de la evaluación de la calidad resulte insuficiente centrarse sólo en encuestas y medición de indicadores y procesos de habilitación o acreditación que, aunque fundamentales, no logran acercarse a la dimensión humana y social, de los servicios.

Como se mostró, al relatar sus experiencias de atención, los usuarios tejen una red entre atributos de calidad percibida de modo que la valoración de unos influye en la manera de percibir otros, y el análisis de unos, termina llevando al de los otros en una interminable cadena de relaciones que integra todos los recursos que median su atención. Las variaciones de lo subjetivo en las afirmaciones de los usuarios son complejas y se relacionan con su formación, trayectorias, conocimiento y aspectos de la coyuntura de atención; eso no quiere decir que lo subjetivo sea inatrapable y que no se puedan desarrollar modelos para su comprensión, sino que se requieren más estudios de este tipo para empezar a comprenderlo mejor.

La multiplicidad de factores y las variadas connotaciones que estos toman al ser mirados a través del lente de experiencias concretas de atención, desborda las posibilidades de una evaluación cuantitativa; entonces hay dos opciones, diseñar las encuestas de satisfacción a partir de investigaciones cualitativas, o replantear las estrategias para conocer las voces de los usuarios.

Ante la primera posibilidad, diseñar una encuesta de satisfacción a partir de los atributos de calidad identificados en una investigación cualitativa como ésta, se pueden augurar resultados más aproximados a la calidad percibida por los usuarios. Sin embargo también es posible anunciar que seguirán apareciendo incongruencias entre los porcentajes de usuarios satisfechos y altos volúmenes de manifestaciones tipo queja, dada la persistencia de las limitaciones de las

encuestas. En esta investigación se tomó como ejemplo la oportunidad de la atención y se mostró que la evaluación de componentes o atributos de calidad percibida mediante encuesta solo capta porciones de aquello que desde la mirada del usuario y su proceso salud enfermedad es una unidad compleja.

Entonces optar por la segunda alternativa y diseñar evaluaciones cualitativas de la calidad percibida de la atención en salud, en cualquiera de sus fases y en cualquier población de usuarios, que no predefinan los aspectos que se deben valorar, resultaría definitivamente útil y apropiada. Algunos resultados de este estudio permitirían evaluar indirectamente la calidad percibida por los usuarios de Unisalud, porque en parte sus discursos acerca de lo que es importante para definir la calidad percibida, se centran en aspectos negativos de la empresa, cuyo mejoramiento les resulta relevante. Sin embargo sería útil para esta empresa, y afines, emprender una investigación semejante dirigida específicamente a evaluar su calidad.

En las observaciones se identificó una frecuente tendencia de los usuarios a evitar la expresión verbal de inconformidad al estar ante los funcionarios de la empresa, lo que se interpretó como una posible causa de resultados favorables de encuestas de satisfacción diligenciadas frente a algún funcionario, de manera que si se opta por encuestas de satisfacción en poblaciones de usuarios como la de Unisalud, pequeñas y con alta probabilidad de conocerse entre unos y otros, se sugiere evitar su diligenciamiento en compañía de funcionarios.

Una de las grandes ventajas de recurrir a investigaciones cualitativas en Salud Pública es que el tradicional análisis de cifras cobra profundidad y se aproxima más a la visión de las poblaciones a las que se dirigen las estrategias de atención. Además, esta experiencia de investigación probó que la planeación y ejecución de este tipo de estudios no solo es útil y relevante dentro del terreno teórico y práctico para la caracterizar y evaluar la calidad, sino que además, si se cuenta con personal capacitado, es absolutamente viable. Se resalta la necesidad de contar con personal capacitado, para dejar claro que esta conclusión se emite luego de un proceso de reflexividad y aprendizaje que no fue fácil, que no ha finalizado sino que debe continuar, y que exige una aproximación respetuosa y libre de improvisaciones al terreno de las ciencias sociales. Finalizando este proceso investigativo, se detectó la ausencia de la accesibilidad cultural dentro de las categorías de análisis de las entrevistas; este concepto no se excluyó por

desconocimiento sino por la interpretación que, desde su propia realidad, le dio la investigadora, lo cual ilustra claramente que la reflexividad no es un proceso terminado sino que se va construyendo día a día, depende de la experiencia de vida del investigador, de su proceso académico, del contacto con las realidades investigadas y con su propia realidad cambiante.

Al identificar los atributos o características de la calidad que son mencionados por diferentes planteamientos expertos, se identificó la falta de homogeneidad entre unos y otros. De otro lado, en las entrevistas se resalta la mirada articuladora de una multiplicidad de elementos que los usuarios relacionan con el concepto de calidad de la atención, y que pueden ser considerados o no como atributos de calidad dentro de los diferentes planteamientos expertos. Entonces este trabajo pone en relieve algunas parcelaciones del conocimiento experto que operan por consenso y fragmentan lo que los usuarios ven integralmente.

Centrarse en atributos de calidad, como se hizo en esta investigación, puede imponer restricciones al concepto e implica el riesgo de perder la mirada integral del mismo, en la forma como es construida y expresada por las voces de los usuarios. Igualmente, al agrupar bajo el manto de atributos de calidad elementos que pueden ser trabajados de manera separada por el saber experto (por ejemplo la discriminación y la equidad, o componentes del derecho a la salud como la libertad de elección), se puede percibir una interrupción del diálogo de saberes. Pero a la vez, esta integración de conceptos alrededor de la calidad percibida implica reunir y hacer explícitos los diferentes y numerosos aspectos relevantes para los usuarios en su mirada integral de la calidad y de este modo puede permitir un avance hacia la exigibilidad y la garantía de los mismos.

Al evaluar calidad percibida, es importante que las empresas identifiquen los referentes de buena o mala calidad de sus usuarios, porque la comparación con tales referentes influirá en sus valoraciones de buena o mala calidad. En Unisalud, en términos generales los usuarios identifican buenos niveles de calidad en la atención, pese a la mención de diversas fallas susceptibles de mejoramiento; esa valoración está influenciada por la comparación de la atención que reciben como afiliados de Unisalud, con la atención que reciben los afiliados a otras entidades aseguradoras. De manera preocupante, los discursos permiten identificar

asociaciones entre el concepto de “mala calidad” y otros conceptos como “ley 100”, “Sistema de salud”, “Instituto de Seguros Sociales” y “medicamentos genéricos”. El concepto de “buena calidad” se vincula a los conceptos de “pago particular”, “Universidad Nacional”, “medicamentos no genéricos”.

De igual forma, en los usuarios de esta empresa se identificó el temor a la desaparición del régimen especial que regula a esta entidad; probablemente si no existiera ese temor los resultados de sus evaluaciones de calidad percibida se modificarían. Lo anterior, aunado a otro temor, el de hacerse notar y en consecuencia exponerse a represalias laborales, podrían estar influenciando el volumen de manifestaciones tipo queja que recibe la entidad y el perfil de los usuarios que se manifiestan.

La percepción de prestigio, pertenencia, respaldo institucional y de agradecimiento hacia la empresa, también puede influir en la manera de interpretar experiencias de atención en salud y modificar los resultados obtenidos en las evaluaciones de calidad percibida, por lo que su reconocimiento es igualmente útil y necesario. Las experiencias previas de atención en salud, también mediarán la manera de valorar y relacionarse con los proveedores en los siguientes encuentros de atención.

Acercarse a las diversas voces de los usuarios del SGSSS permitiría diagnosticar y comparar los niveles de calidad percibida por diferentes poblaciones, para ahondar en la caracterización de formas de discriminación e inequidad percibidas en el contacto cotidiano con el Sistema de Salud. Esto a su vez permitiría ampliar el campo de saber académico o formal relacionado con los temas de calidad y calidad percibida. Entre los aspectos identificados por las dos estrategias de investigación empleadas; se destaca el trato diferencial a usuarios docentes y no docentes o a usuarios conocidos y no conocidos, que puede ser percibida como una manera de discriminación que aminora los niveles de calidad percibida en la atención.

Los usuarios se relacionan de diferentes maneras con los servicios de salud; al interactuar con los funcionarios pueden tender al silencio, a “ir por las buenas” o a expresarse abiertamente, y cada una de estas opciones parece relacionarse con la percepción de rigidez o flexibilidad en los procesos de atención. Percibir flexibilidad en los procesos de atención implica considerar

que la calidad de éstos depende del desempeño de los funcionarios y que hay posibilidades de variar dicho desempeño en beneficio propio mediante las estrategias de interacción mencionadas.

De acuerdo a los hallazgos de la Observación Participante, la idoneidad no es necesariamente el criterio para seleccionar el terapeuta; este elemento puede pasar a segundo plano si se considera inherente a los profesionales, o se piensa que el problema de salud no es complejo y que cualquier profesional lo puede resolver. En las entrevistas se resaltaron relatos que reflejaron la percepción de heterogeneidades en la competencia profesional y el trato a los usuarios, entonces la selección de terapeuta puede estar influenciada primordialmente por la complejidad percibida en el problema de salud y por las condiciones de acceso y libre escogencia del sistema.

Al explorarse la opinión de una población específica de usuarios, los resultados no serán extrapolables a la población general. De hecho, una de las mayores limitaciones de esta investigación es que se concentra en una población asegurada y por lo tanto dejarán de aparecer elementos relacionados con acceso a aseguramiento, que posiblemente sean muy importantes para otras poblaciones colombianas.

Otra limitación de este estudio es que aunque se propuso un enfoque etnográfico, su duración, el tiempo de contacto con cada entrevistado, el direccionamiento de las conversaciones hacia un tema concreto, el tipo de análisis propuesto, y el perfil de la entrevistadora, no permiten aproximarse a comprender maneras de ver el mundo de los entrevistados. Quiere decir que la perspectiva etnográfica aportó el enfoque para aproximarse a un campo de saber, pero no para adentrarse en toda su profundidad y complejidad.

Finalmente, hacer una lectura de los discursos de los usuarios desde la posición de profesional de la salud, lleva a concluir que sería ideal extender este diálogo de saberes hacia los escenarios de formación del personal involucrado con la atención en salud. No solo para que la voz de los usuarios sea re-conocida por este otro grupo de actores que participan de la cotidianidad de la atención, también para buscar retroalimentaciones que aporten nuevos avances.

ANEXO 1

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

A continuación se presentan los hallazgos del análisis realizado a la información recolectada mediante observación participante. Cada categoría se ilustra con extractos de texto correspondientes a las diferentes descripciones y, para identificar su fuente, a cada observación se le ha asignado un número del 1 al 6 como se resume en el siguiente cuadro.

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES REALIZADAS			
N°	FECHA	HORA	LUGAR
1	27/04/05	6:49 - 8:10 am	Pasillo del primer piso frente al Laboratorio
2	27/04/05	8:11 - 9:18 am	Zona intermedia del pasillo del primer piso
3	27/04/05	9:19 – 11:05 am	Sala de espera del primer piso
4	05/05/05	8:30 - 9:35 am	Sala de espera del segundo piso
5	05/05/05	11:05 – 12:00 m	Asignación de citas médicas. Primer piso.
6	16/05/05	9:15 – 10:00 am	Asignación de citas médicas. Primer piso.

Se identificaron las siguientes categorías:

- **Estrategias de relación de los usuarios con los servicios de salud**
- **Interacción entre usuarios**
- **Alfabetización de los usuarios en salud**

Cada una se presenta a continuación junto con las subcategorías identificadas en su interior.

8 Estrategias de relación de los usuarios con los servicios de salud

Son estrategias identificadas en los usuarios para relacionarse con la prestación de los servicios, es decir para:

- **Relacionarse con los funcionarios de la empresa**
- **Lograr la atención.**

Las características identificadas dentro de éstas dos subcategorías se amplían a continuación.

1.1 Estrategias de los usuarios para relacionarse con los funcionarios de la empresa.

Al observar a los usuarios que interactúan con funcionarios de la empresa durante los procesos de prestación de servicios, se identificaron tres tendencias en la manera de relacionarse de los usuarios: *tendencia al silencio*, *tendencia a “ir por las buenas”*, *tendencia a expresarse abiertamente*.

3.3.1 Tendencia al silencio

O tendencia a decir “ah bueno”, se observa en usuarios que asumen una actitud predominantemente silenciosa, de paciencia y aceptación ante la atención, obedeciendo instrucciones e involucrándose en los procesos sin llamar la atención bien sea porque los conocen de antemano, bien porque recurren a la imitación. Incluso guardan silencio cuando no parecen estar de acuerdo con los procesos o se ven afectados por los mismos.

No se enfrenta o contradice a quien les atiende y parece subyacer la idea de que no hay mucho por decir, porque la modificación de los procesos es ajena a (la capacidad, el deseo o la voluntad de) los funcionarios.

En las áreas en que los funcionarios profesionales de la salud circulan con frecuencia, las descripciones de las observaciones hacen variadas alusiones a sus actividades, pese a haberse explicitado desde un principio el propósito de enfocarse en los usuarios. Al tratarse de una observadora que es profesional de la salud, la mirada se pudo desviar “inercialmente” hacia miembros del gremio; sin embargo esto también puede ser reflejo indirecto de la tendencia mayoritaria de los usuarios a guardar silencio y escuchar instrucciones de funcionarios que asumen un rol más activo, que llama más la atención.

TENDENCIA AL SILENCIO	OBS.
Funcionaria de laboratorio da indicaciones en voz alta para al grupo y no hay respuesta verbal de los usuarios.	1
A una mujer que solicita atención le indican que “los miércoles no toman este examen”, su acompañante (esposo?) replica en voz alta a la funcionaria: “pero ahí dice de lunes a viernes”; <u>la paciente</u> y la funcionaria le responden casi al tiempo y <u>tranquilas</u> “pero hoy no viene”. Luego de unos segundos la pareja sale del área en silencio, <u>ella calmada</u> , él con aire de disgusto.	1
9:20. Una señora está siendo atendida en el mesón de enfermería. Sale unos minutos, regresa y sigue esperando de pie ante el mesón junto con dos nuevos usuarios. 10:42, está ruborizada y tiene expresión de disgusto. Se sienta en las sillas más cercanas del lado derecho de la sala. Una enfermera la llama, le entrega un papel y le dice: “él pidió una cita...” – “yo no sé” – “él pidió una cita...”. La enfermera escribe algo en otro papel y le dice a la señora con gesto de pena y sonriente “muchas gracias por su espera”. La señora corresponde la sonrisa y se va más tranquila.	3

Un señor mayor llega a tomar turno, no hay, entra despacio al área, mira las ventanillas, mira el dispensador, se sienta en la mitad de la segunda fila, espera sentado y lee un papel. Llega una señora y pasa directo a ser atendida. El señor observa lo anterior y se levanta, va a las ventanillas y lo atienden.	5
--	---

En una de las observaciones, en la sala de espera del primer piso, se observó un notable fenómeno de *inasistencia*, es decir, de incumplimiento de citas por parte de los usuarios o de usuarios que no respondieron al llamado en sala; en menos de una hora se escucharon 23 llamados sin respuesta y fue un fenómeno tan llamativo que tras los dos últimos, las personas que esperaban en la sala rompieron el silencio para responder al unísono “no está!”.

3.3.2 Tendencia a “ir por las buenas”

O con prudencia. Aunque se puede identificar un motivo de inconformidad (el proceso no se adapta al usuario o el usuario no se adapta al proceso), hay discordancias entre el mensaje verbal y el gestual del usuario que está ante un funcionario, lo que sugiere que se evita confrontar abiertamente al personal de la empresa.

En esta tendencia, la idea que parece subyacer es que si el principal objetivo es solucionar una necesidad de atención, generar conflicto puede poner en riesgo esta o futuras atenciones.

Adicionalmente, de éstas dos primeras tendencias surge una hipótesis: si los usuarios prefieren el silencio o si evitan expresarse ante los funcionarios, es probable que aporten una cuota importante a resultados favorables de las encuestas de satisfacción si se diligencian ante (o con la mediación de) un funcionario de la empresa, independientemente de los factores evaluados en las mismas y del grado real de satisfacción.

TENDENCIA A “IR POR LAS BUENAS”	OBS.
A remisiones llega un señor (40 años?): “ <u>Buenos días. Hágame el favor Don K, buenos días.</u> Que a esta orden le hace falta un sello y... (le responden algo desde la ventanilla)... si yo le expliqué allá pero dice que ...” – “¿cuándo tiene la cita?” – el señor responde y hablan dos frases más, el señor se despide: “sí, bueno, gracias, yo creo que de allá ya llamaron acá porque eso dijeron”.	2
A remisiones llega una señora (45 años?): “dice el doctor Reyes que solo le hicieron la mitad del examen, que le faltan las velocidades, ¡que cosa tan eterna!”. Está sonriente y calmada, pero habla con tono enérgico. Entrega su cédula, la atienden en seguida.	2

3.3.3 Tendencia a expresarse abiertamente

O sin prudencia. Se identifica una comunicación abierta y directa del usuario ante los servicios y sus prestadores. Hay concordancia gestual y verbal al expresarse. Parece que el usuario busca “hacerse sentir” para que su solicitud sea resuelta. Al igual que en la tendencia anterior, parece identificarse una creencia de fondo en estos usuarios: los procesos no son estándar sino que dependen del desempeño de los funcionarios; entonces se puede recurrir a estas estrategias de relación para intentar que los funcionarios varíen dichos procesos en beneficio del usuario.

TENDENCIA A EXPRESARSE ABIERTAMENTE	OBS.
Un señor llega a la ventanilla de autorizaciones: “un problema en Unisalud... Y entonces que! Porque la doctora siempre está en reunión. Cuando vengo o que!?. Es que yo no trabajo aquí, si trabajara aquí... ¿Entonces con esto que hago?” Le responden algo y él continua: “Bueno, gracias”. Le preguntan algo, “Es que la que vino fue mi señora, espere”.	2
Al pasar por Remisiones escucho a un señor decir: “ay dios! Otro viaje!, cada tercer día otro viaje. Señorita, puedo llamar? Señorita, llevo desde... (la señorita le habla, no escucho) y si se cumple la cita ...O el lunes, como es día de pago. Con permiso”. Se va a retirar de la ventanilla pero de allí le hablan y responde: “En la Unidad Médica Country me dieron unos teléfonos que no existen, existe una comunidad médica Country” yo llamé y tampoco. Por favor déme otro teléfono o el de J A o cualquier cosa de esas”.	3

1.2 Estrategias de los usuarios para lograr la atención

Se observó que los usuarios se articulan de diferentes maneras a los procesos de atención de la empresa y se identificaron tres tendencias que permiten resumir estas estrategias de acercamiento para lograr su objetivo de atención: *tendencia a la imitación, tendencia a la anticipación, tendencia a la notable tranquilidad.*

3.3.4 Tendencia a la imitación

La mayoría de usuarios se acerca a los servicios con una actitud tranquila y se dejan llevar por las instrucciones verbales, por la señalización de cada área o por la imitación de lo que hacen los otros usuarios, sin destacarse de los demás.

Esta tendencia deja la sensación de estar ante una empresa que funciona como una máquina en la que cada usuario se articula a los procesos conociendo muy bien los pasos que debe dar, eso parece ser reflejo de una población de usuarios antiguos (expertos) en una empresa igualmente antigua y conocida.

TENDENCIA A LA IMITACIÓN	OBS.
Los usuarios que van llegando al laboratorio (cuando aún está cerrado) se organizan en fila uno a uno.	1
A las 7:20 el tablero del laboratorio llama el turno 20 mientras las personas con los números 21 y 22 ya han ingresado.	1
Ingresa una señora con bastón (>70 años?), toma su turno, lo mira y pide al señor que la acompaña (>60 años?) que se lo lea (aunque seguramente sabe que su visión es limitada, sigue la secuencia de pasos de los usuarios que ya conocen este proceso). Esperan juntos la atención frente a la puerta.	1
Ingresa usuaria (que reconozco como docente de la Facultad de Medicina) y antes de llegar al mesón da una mirada a la primera puerta a la derecha. En el mesón pregunta por un servicio y la enfermera la atiende: “para quién, ¿para usted?” – “sí” – “me permite el carné? y los exámenes”. Luego le indica que espere en las sillas y ella se sienta. Un doctor la llama por su nombre, parece no conocerla; ella acude tranquila (desde que ingresó actuó como paciente al punto que llegué a dudar de su identidad).	3
Del fondo delantero del pasillo viene una niña vestida de rojo de aprox. 10 años, toma un turno, se acerca al mesón y habla a la enfermera. Acuerdan una próxima cita y la niña se sienta en las sillas frente a la enfermera. Mas tarde la misma enfermera la llama y la niña va al consultorio de pediatría.	4
Llega un señor, toma el turno número 752 y se sienta en la primer fila de sillas mirando hacia el tablero de turnos. No hay personas esperando en la sala, el funcionario ve al señor y cambia el tablero de turnos del 750 al 751. El señor sigue esperando y así que el funcionario le dice. “siga por favor” y lo atiende.	5
Se acaban los turnos en el dispensador. Llega una mujer, no encuentra turnos, se sienta a esperar y tras ella otra hace lo mismo.	5
Un joven llega a tomar turno: “ups!” y se sienta en la primera fila a esperar. Llega un señor mirando hacia los lados como queriendo entender cómo funciona el área. El joven lo mira con cierto recelo, se para y se adelanta hacia las ventanillas. Son atendidos en orden de llegada.	5
9:50 am, turno 644. En el momento hay en la sala tres usuarias sentadas y una en ventanillas, dos hombres que esperan de pie (uno mira el turno, el otro mira sus documentos). Cuando llega el turno 645, el hombre de pie que miraba el turno pasa a ser atendido y el otro dice “ah! Ya! Estoy más perdido!” y se sienta a esperar. Cinco minutos después es atendido con el turno 648.	6

Llamó la atención lo que parece una tendencia atípica a la imitación entre los usuarios del consultorio 12 del segundo piso. Durante la observación se nota que éstos repiten la actividad de abrir la puerta del consultorio y asomarse, a veces ingresan unos segundos y vuelven a salir,

a veces desde adentro les indican que esperen afuera. Es posible que por ser un consultorio de examen visual a algunos usuarios les apliquen midriático antes del examen; eso podría explicar que la mayoría se anuncie, pero en todo caso, la rutina de interrumpir en este consultorio lleva a inferir que el usuario se articulará a los procesos independientemente de su funcionalidad; es decir, que la disciplina puede incluir indisciplina.

3.3.5 Tendencia a la anticipación

Se observó en usuarios que muestran una preferencia por tomar iniciativas y anticiparse o prepararse para las diferentes etapas de cada proceso. Igualmente se incluye la realización de actividades para ocuparse, alistarse y tal vez, acortar el tiempo de espera (buscar, ordenar o releer papeles, revisar la presentación personal).

Específicamente en el área de asignación de citas del primer piso, también se hace referencia a la tendencia a saltarse pasos en la atención, principalmente omitir la toma de turno e ir directamente a la ventanilla de atención.

TENDENCIA A LA ANTICIPACIÓN	OBS.
Llega una mujer con una joven (madre e hija?) y entran al área de toma de muestras del laboratorio, <u>la mayor</u> , que luce un poco ansiosa, toma dos turnos y lleva a la otra de regreso al pasillo donde le habla en secreto por unos segundos y la deja sentada cerca de mí mientras va al fondo del pasillo. Minutos después la mujer regresa y se vuelven a ir juntas por el pasillo. vuelven minutos después a sentarse junto a mí; la señora mayor se levanta, toma un nuevo turno y me mira con recelo, luego se sienta e indica con mímica a la joven que debe abrir y cerrar la mano “para que te salga sangre”. en el turno 47, ingresan a la toma de muestras, la mayor va a paso rápido, la menor entra despacio y tranquila.	1
Llega una pareja de adultos mayores, <u>él toma el turno 38 y regresa a preguntarle: “¿tiene el carné listo?”</u> ella asiente. Cuando el tablero marca el turno 37 él la hace ir al laboratorio diciéndole: “ <u>ya, ya, ya!</u> ”.	1
Una señora mayor llega a la sala de espera y se sienta en las sillas de adelante hacia la izquierda, saca un peine pequeño, se peina, saca unos polvos y se maquilla las mejillas, alista un pañuelo y lo guarda en el bolsillo exterior de su cartera, se peina de nuevo. Otra señora que espera sentada, abre su cartera, busca en ella, saca una billetera y empieza ordenar los papeles que contiene. Luego guarda todo. Otra señora que también espera sentada, saca un pequeño documento de su cartera (carné? cédula?), se pone gafas y lo lee.	4
Dos puestos que quedan libres en la segunda fila son ocupados por una mujer y un niño que estaban inmediatamente detrás; otra mujer que les acompaña dice: “hay que estar pendiente”. Mas tarde, la mujer y el niño se pasan a dos lugares que quedan vacíos en la primera fila.	6

3.3.6 Tendencia a la notable tranquilidad

Se trata de un acercamiento notablemente calmado a la prestación de los servicios, independientemente de las circunstancias de prestación. Se formularon dos posibles explicaciones para esta tendencia: los usuarios no centran toda su atención en la prestación de los servicios -quizá ésta no ocupa un lugar central en sus preocupaciones- , o creen que sus necesidades serán resueltas sin contratiempo y sin afanes.

TENDENCIA A LA NOTABLE TRANQUILIDAD	OBS.
Tres señoras se sientan a mi izquierda. La mas joven inicialmente <u>se lima las uñas</u> y luego <u>se pone a leer</u> mientras acompaña a la mayor, que a la vez <u>recibe indicaciones</u> de la tercera quien luego de diligenciarle un bono informa que tiene que cumplir una cita (a las 8:00) “para terapia” que tiene en la facultad de medicina, la mayor le pregunta: “¿y eso cuanto se demora?” - “eso dura media horita”. La que espera a es atendida. Son las 7:50 y la mujer que tiene cita para terapia (a las 8) se despide mientras las otras dos se van hacia la sala de espera del fondo del pasillo.	1
Una señora se acerca al mesón y dice algo sobre una cita a la enfermera que le responde: “dos cero cinco”. la señora responde “no!” – “sí!” – “y yo esperando!” – “era en el primer piso” – “y qué hago?, voy al primero y digo?” – “sí, y coménte a M.” (j). la señora regresa caminando tranquila, saluda a una usuaria que está sentada en la sala y le dice: “yo leí cero cinco y creí que era hoy y era dos cero cinco osea dos de mayo (hace tres días)” y se va sonriente hacia la salida.	4
La sala está casi vacía. entra un hombre de corbata caminando recto y con la cabeza en alto (profesor?), toma su turno, se sienta a la izquierda en la última fila, cruza la pierna, se pone gafas, busca en una bolsa de papeles, saca una revista carrusel, la abre y la lee; cuando ocurre cambio de turno sigue leyendo, no mira el tablero.	6

9 Usuarios docentes y no docentes

Es posible hacer algunas diferenciaciones entre usuarios según su vínculo con la universidad nacional, específicamente entre docentes y no docentes. Uniformes, prendas con logotipo, chalecos, batas, carnés visibles, cascos, baldes, libros, escobas, carteras, maletines, expresiones verbales coloquiales o refinadas, caminares desparpajados o solemnes y otros aspectos que cualquier observador cotidiano apreciaría, fueron útiles para identificar tipos de usuarios.

Útiles pero no certeros, porque con frecuencia, la observadora tuvo dificultades para diferenciar usuarios o se llevó sorpresas cuando un usuario fue identificado por otros como docente o no docente pese a suponer lo contrario. Para la presente investigación interesa

destacar que los funcionarios y usuarios de la empresa suelen hacer la diferenciación y llamar a los docentes “profe” ó “profesor (a)”, en tono alto, amable y respetuoso. Tal diferenciación es susceptible de interpretaciones variadas, desde la distinción por justos méritos hasta la discriminación entre usuarios, y por ende puede influir en la calidad percibida por unos y otros.

10 Interacción entre usuarios

Se observó la forma en que los usuarios circulan por los escenarios observados y se relacionan unos con otros; se encontró que en general interactúan poco entre sí y predomina la tendencia al silencio. Es frecuente que en las zonas de circulación se encuentren usuarios que se conocen y crucen unas pocas palabras antes de seguir su camino. Esto se puede ilustrar recurriendo a una clasificación que define tres tipos de interrelación entre usuarios:

- **Búsqueda del propio espacio.**
- **Frases funcionales.**
- **Conversar entre sí.**

1.1 Búsqueda del propio espacio

Como se mencionó, la mayoría de usuarios no inicia conversaciones con los demás, independientemente de su estrategia de relación con los servicios. Esto aunado a la preferencia por ocupar filas de sillas vacías, dejar sillas entre usuarios, lo que sugiere que se busca mantener una distancia mínima personal que limite el propio espacio; es decir, se identifica una motivación más personal que relacionada con algún tipo de rechazo hacia los demás.

BÚSQUEDA DEL PROPIO ESPACIO	OBS.
Hay 8 personas en la sala y no hay una sola fila de sillas ocupada en su totalidad; parece que cada quien se sienta en filas de sillas que estén vacías.	4

10.3 Frases funcionales

Se refiere a usuarios que intercambian unas cuantas palabras al encontrarse con otros (conocidos o desconocidos) y con un fin concreto (saludo, informarse).

Es esperable que en un escenario como este, de prestación de servicios, no destinado para la integración o socialización y al que las personas acuden con fines específicos, predominen el silencio y las frases funcionales. Entonces, se identifican usuarios centrados en sus asuntos.

FRASES FUNCIONALES	OBS.
Una señora llama al doctor aparte solicitándole alguna información: “¿la van a operar?” – “si mire! yo ya tengo otras terribles!” – “¿y qué le dijeron?” – “que esté tranquila”. El añade algo y ella se despide dando las gracias.	2
Se encuentran dos hombres en el pasillo y mientras cada uno sigue su camino uno dice al otro: “Luchito: que el Médico lo recupere!”	2
De un consultorio sale un señor y saluda a otro (profesores?) y que le dice: “te veo bien” – “vengo por una gripita” – “yo también”. Cambian de tema (la familia, el trabajo) y luego se despiden.	3
El hombre que hace un rato había ojeado la sala regresa con su brazo derecho descubierto y flexionado (le tomaron una muestra de sangre). Dice a una mujer: “estoy por allí. Me toca ir a desayunar y volver. Es para que me la vuelvan a tomar en dos horas” - “y qué más?, bien?”- “bien, ahí vamos”.	6

10.4 Conversar entre sí

Con poca frecuencia se identificó este tipo de interacción, de usuarios que toman la iniciativa de conversar con otros (conocidos o desconocidos) ubicados en la misma zona de atención, acerca de temas relacionados o no con la prestación, es decir, no limitados al intercambio funcional de información.

En áreas como la de asignación de citas del primer piso, donde los usuarios permanecen por poco tiempo y deben estar atentos a la atención, no hay condiciones propicias para conversar por lo que no se puede descartar una subestimación de esta categoría.

CONVERSAR ENTRE SÍ	OBS.
Un señor que va a averiguar por un servicio en Remisiones recorre el pasillo, saluda a otras personas, se sienta frente al laboratorio y empieza narrar historias relacionadas con la salud con frases sueltas e inconclusas (alguien que le escucha mira permanentemente hacia el tablero de turnos y retroalimenta tímidamente las historias). Luego cambia hacia otros temas (el presidente Uribe y la movilización del próximo lunes). Habla con familiaridad al funcionario de Remisiones que lo atiende y luego salen de Unisalud a tomar café con otro usuario. Cuando regresan el que antes se destacó por ir hablando y saludando a todas las personas continúa la misma actividad por el pasillo unos minutos antes de partir	1

definitivamente.	
<p>Una de las mujeres de la primera fila habla a otra: “es más bien aquí porque por teléfono es difícil” – “mhmh” (la otra asiente con un sonido, mueve la cabeza y mira al frente) - “eso es marque y marque y no” – “mhmh”. En los dos lugares que quedan vacíos en la primera fila se sienta la mujer mayor que empezó en la última fila, y luego pasó a la segunda junto con un niño. la mujer que antes intentó iniciar otra conversación le dice: “le toca ya ahoritica?” – “mhmh”. Llega un señor a la sala y la mujer que intenta conversar le dice: ”qué hubo, qué cuenta”. él le da la mano y se sienta detrás, en la segunda fila. Ella le dice “vine porque eso por teléfono no. eso marque y marque y no”.</p>	6

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, Ángel. **Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural.** Editorial Boixareau Universitaria. 1995.
2. Aguirre, Héctor. **Calidad de la Atención Médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo.** Conferencia interamericana de seguridad social. Noriega Editores y Secretaria General Comisión Americana Médico Social. México. 2002.
3. Amezcua M, Carricondo A. **Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud.** Index de Enfermería (Gran) 2000; 28-9:26-34
4. Ballén, M. Pulido, R. Zúñiga, F. **Abordaje hermenéutico de la investigación cualitativa. Teorías, proceso, técnicas.** Universidad la Gran Colombia. Ediciones Grancolombianas. 2002.
5. Bibeau, Gilles. **¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo.** En: *Cultura y Salud en la construcción de las Américas.* ICAN. 1993.
6. Calderón Carlos. **Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS) apuntes para un debate necesario.** Rev. Esp. Salud Pública. N° 5 septiembre – octubre 2002.
7. Conrad K. **Antropología cultural. Espejo para la humanidad.** Editorial Mc Graw – Hill. España. Cap 2. 1997.
8. Castillo E, Vásquez M. **El rigor metodológico en la investigación cualitativa.** Universidad del Valle, Cali. Colombia Médica. 2003.
9. Castaño, Ramón. Arbeláez, José. **Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud.** CEPAL. 2001.
10. Carpenter, RHS. **Neurofisiología.** Editorial El Manual Moderno. 1998.
11. Centro de Gestión Hospitalaria – Fundación Ford. **Los hospitales colombianos en el contexto de Latinoamérica y el caribe.** 2002.
12. Díaz, Ma del P. **El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto.** Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Salud Pública. 2002.
13. Donabedian, Avedis. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** Oxford University Press. 2003.
14. Donabedian, Avedis. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica.** Instituto Nacional de Salud Pública. México. 1992.

15. Donabedian, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** Oxford University Press. 2003.
16. Donabedian, A. **La definición de calidad. Una exploración conceptual.**
17. Evans, Barer y Marmor. **¿Porqué alguna gente está sana y otra no?.** Madrid. Ed. Díaz de Santos. 1996.
18. Garay U, Ana, y cols. **Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña.** Revista Española de Salud Pública. N° 5. 2002; 76: 437-450.
19. Geertz, C. **Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura.** En: Bohannan, P. Glazer, M. *Antropología, lecturas.* Segunda edición. Editorial Mc Graw – Hill. 1993.
20. Giraldo V, Juan C. **Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios.** Defensoría del Pueblo. Colombia.
21. Gómez, A. Ardila, A. **Evaluación de la Calidad en los Servicios de Salud.** Documento sin editar, disponible en la Biblioteca de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. 2002.
22. Guber, R. **La etnografía: método, campo y reflexividad.** Editorial Norma. 2001
23. Hernández, Mario. **Reforma sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia.** En: Cad. Saude Pública. 18(4). 2002.
24. ICONTEC. **Guía Básica para la Acreditación en Salud.** 2004.
25. Kerguelén, C. **Calidad en salud ¿...qué es...?.** Centro de Gestión Hospitalaria. 2003.
26. Maturana H. **Realidad: la búsqueda de la objetividad o la búsqueda de un argumento convincente.** En: *La realidad: ¿objetiva o construida?.* *Fundamentos Biológicos del conocimiento.* Tomo II. Anthropos. Barcelona. 1996.
27. Mejía, Carlos. **Estudio de satisfacción de los usuarios de Unisalud.** Resumen ejecutivo. Unisalud. Bogotá. 2004.
28. Mejía Villegas, Darío. **Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las EPS. Índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento.** Defensoría del Pueblo. Colombia. 2003.
29. Merdinger-Rumpler, Caroline. **La satisfaction du patient hospitalisé : de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation.** Universidad Robert Schuman. Francia. 2002.
30. Ministerio de Salud (hoy Protección Social). **Decreto 2309 de 2002.** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS. Colombia.

31. Ministerio de Salud (hoy Protección Social). **Informe Final Encuesta a Usuarios.** Proyecto: evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del SGC para las IPS. Centro de Gestión Hospitalaria, Canadian Council on Health Services Accreditation, Qualimed. 2000.
32. Ministerio de Salud. (hoy Protección Social). **Decreto 2174 de 1996.** Sistema obligatorio de garantía de la calidad. Colombia. (derogado).
33. Ministerio de Salud. (hoy Protección Social). **Resolución 5261 de 1994.** Manual de Actividades y Procedimientos del POS. Colombia.
34. Múnera, Juan M. Tono, T. **Qué quieren los usuarios.** Revista Vía Salud. N° 15. Primer trimestre de 2001.
35. OPS – OMS. **Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.** La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud: componente decisivo de las reformas del sector de la salud. México 2000
36. OPS. **Instrumento de medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública.** 2001.
37. Orjuela de Deeb, N. **Humanice la prestación de sus servicios de salud.** Centro de Gestión Hospitalaria. 2001.
38. Oxman, C. **La entrevista de investigación en Ciencias Sociales.** Editorial Universitaria de Buenos Aires. 1998.
39. Paganini, José M. **Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria.** OPS, OMS. Washington, D.C. Serie HSS/Silos - 30, 1996.
40. Páramo José E. **Auditoría en Salud.** Biblioteca jurídica DIKE. 2002.
41. Páramo José E. **ISO 9001:2000. Guía de interpretación y aplicación para IPS.** ICONTEC. 2002.
42. Passos N, Roberto. **Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud.** OPS. 1997.
43. República de Colombia. **Ley 100 de 1993.**
44. Romano, M. Alvarez, D. Grünhut, Y. **Estado del arte de las encuestas de satisfacción.** Instituto universitario Isalud. Argentina. 2000.
45. Sanabria, Helena. **Enfoque antropológico sobre el riesgo institucional de morbimortalidad perinatal en el Instituto Materno Infantil.** Tesis de Grado. Universidad de Los Andes. Bogotá. 1990.

46. Unisalud. **Perfil Demográfico Unisalud 2003 – 2004.** Área de Epidemiología y Calidad. Bogotá. 2004.
47. Unisalud. **Informe ejecutivo 2004.** Atención al usuario. Bogotá. 2004.
48. Unisalud. **Estructura orgánica.** En: Informe de Gestión 2003 – 2004. Bogotá.
49. Unisalud. Carpeta de Manifestaciones de los usuarios de noviembre a diciembre 2004. Atención al usuario. Bogotá.
50. Unisalud. **Guía del usuario.** Gerencia Nacional. 2003.
51. Valles, Miguel. **Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional.** Editorial Síntesis. España. 3º Reimpresión, 2003.
52. Velasco Carmen y cols. **Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia.** Revista Panamericana de Salud Pública. 5 (6). 1999.
53. Mejía V, Darío. **Evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS.** Defensoría del Pueblo. Colombia. 2003.
54. Wooley, Luis. Escobar, Jorge. **El lenguaje del administrador en salud.** Universidad del Valle. 1994.