

LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS/AS: DOS OPINIONES EN COINCIDENCIA [1]

Mónica Petracci

Universidad de Buenos Aires

petracci@cedes.org

“El sociólogo no puede ignorar que lo propio de su punto de vista es ser un punto de vista sobre el punto de vista. No puede reproducir el punto de vista de su objeto... sino a partir de ese punto de vista tan singular (... tan privilegiado) donde es necesario colocarse para estar en condiciones de tomar (con el pensamiento) todos los puntos de vista posibles... y tomar así su punto de vista, es decir, comprender que si estuviera, como se dice, en su lugar, sería y pensaría sin duda como él”.

Pierre Bourdieu, *La miseria del mundo*

Resumen

La calidad de la atención en salud es un concepto dinámico y polisémico. La construcción de su sentido difiere si su enunciador es la comunidad científica, los profesionales, los usuarios/as de los servicios de salud o la opinión pública. También es un término multidimensional que incorpora, además de la calidad técnica, la relevancia de las dimensiones interpersonal y ambiental. Es un compromiso ineludible de las instituciones sanitarias y de sus equipos de salud. Es, también, un derecho de las y los usuarios que concurren a atenderse. El objetivo de la investigación es comprender qué piensan dos tipos de proveedores de salud – ginecólogos/obstetras/tocoginecólogos y clínicos/generalistas–

de hospitales públicos acerca de la calidad percibida por los usuarios/as de los servicios de salud. El diseño es cualitativo. El tipo de muestra es no probabilística y el tamaño es de 40 casos. Los profesionales de la salud, en coincidencia con los usuarios, evalúan positivamente la dimensión interpersonal de la calidad de la atención de los hospitales públicos. El eje argumentativo de la coincidencia es la vocación de servicio de los médicos como garantía de la calidad de la atención, dejando de lado la perspectiva de derechos y la posibilidad de construir ciudadanía, especialmente en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.

La calidad de la atención en salud es un compromiso ineludible de las instituciones sanitarias y de sus equipos de salud. Es, también, un derecho de las y los usuarios que concurren a atenderse. No obstante, es inusual que las instituciones discutan las perspectivas para pensarla, y fijen los mecanismos necesarios para que una atención de calidad sea implementada, asegurada y sistemáticamente evaluada.

Uno de los caminos posibles para que la calidad de la atención ponga en marcha su potencialidad para mejorar el sistema sanitario, promover el ejercicio de derechos, optimizar el tratamiento de la salud y los comportamientos preventivos, especialmente de la población con problemas de accesibilidad, es adoptar un modelo de calidad de la atención basado en las perspectivas de género y derechos; que ese modelo sea implementado en toda la organización a partir de sus máximas autoridades o bien sólo a nivel microinstitucional, en cada servicio o programa; y, además, que sea ajustado conforme las opiniones de las y los usuarios, relevadas a través de investigaciones sociales sobre la percepción subjetiva de la calidad.

Algunos trechos de ese camino han sido recorridos. Numerosos ejemplos dan cuenta de procesos de calidad y modelos de gestión implementados, de diseños para medir la calidad percibida y de resultados de esas mediciones. Ahora bien, en no pocas oportunidades, la presentación de esos hallazgos nos coloca en un lugar incómodo. Hicimos una investigación pensando que va a permitir aflorar la insatisfacción por los

innumerables problemas que, ciertamente, aquejan al sistema de salud y muy especialmente al hospital público [2], y nos decepciona encontrar que los usuarios/as tienen una positiva percepción de la calidad de la atención. Pienso que esa situación es un desafío interesante para revisar la teoría, el diseño, la formulación de las preguntas, de los instrumentos y el análisis de los resultados.

Este artículo busca, en primer término, encontrar ejes que contribuyan a la reflexión sobre el concepto y la producción teórica y empírica de la calidad de la atención. En segundo lugar, busca interrelacionar las opiniones de profesionales y usuarios a través del análisis de los resultados de un estudio empírico cuyas preguntas centrales fueron las siguientes: ¿qué piensan los profesionales sobre la calidad percibida por los usuarios? ¿Cuál es su concepción de calidad de la atención y derechos, especialmente de derechos sexuales y reproductivos? Fue estructurado en cuatro secciones: el concepto de calidad de la atención y el estado de la producción sobre el tema; el objetivo y los lineamientos metodológicos del estudio empírico; el análisis de los datos y, finalmente, la síntesis y las conclusiones.

Calidad de la atención: concepto y producción

Un concepto dinámico, polisémico y multidimensional

La calidad de la atención es un concepto dinámico y polisémico. Es dinámico porque articula ámbitos institucionales diversos: la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. La construcción de su sentido diferirá si su enunciador es el Estado, la sociedad civil, la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública. También es un término multidimensional tal como mostró A. Donabedian (1966) al incorporar, además de la calidad técnica, la relevancia de otras dos dimensiones: interpersonal y servicios. Donabedian fue uno de los primeros autores que destacó la relevancia de la calidad de la atención y elaboró una teoría que expandió los límites del paradigma biomédico, basado en la mejora física y fisiológica de las

condiciones individuales de salud y la aplicación adecuada de la ciencia y tecnología médicas.

Los ejes de la producción teórica y empírica [3]

La producción sobre este tema comprende, al menos, las siguientes cuatro dimensiones no excluyentes: el pasaje del concepto de Garantía de Calidad al de Calidad Total, los modelos teórico-conceptuales y las investigaciones empíricas sobre calidad percibida por los usuarios y la incorporación de la perspectiva de género y derechos en calidad de la atención.

Garantía de calidad

Se denomina Garantía de Calidad a la perspectiva de evaluación que reporta cuáles son los indicadores y/o índices que permiten acreditar si la atención brindada por un establecimiento a nivel general o alguno de sus sectores en particular reúne (o no) estándares de calidad (Arce 2001, 24 (3): 163-172; de Azevedo y Korycan 1999). Ejemplos de esta dimensión son los programas que tienen como objetivo aportar una metodología de evaluación del funcionamiento hospitalario, como el Programa Top 20 (García Eroles *et al* 2001) basado en el ordenamiento multidimensional de hospitales según indicadores que operacionalizan criterios de calidad, funcionamiento y eficiencia.

Calidad total: un proceso de mejora continua

Estrechamente relacionada con la dimensión anterior se encuentra la producción bibliográfica dedicada a establecer bases y líneas de acción para implementar una gestión de calidad. Esto es, de un esquema tradicional basado en el control, desde afuera y *ex post*, de la actividad de unas personas por otras se pasó a promover la calidad como una preocupación básica de todos y cada uno de los trabajadores de una organización para mejorar el desempeño y ofrecer un mejor producto/servicio.

Dentro de esta categoría se incluye la bibliografía centrada en la noción de "calidad total". En ella se da cuenta del pasaje del concepto de Garantía de la Calidad al de Mejora Continua de la Calidad (de Azevedo y Korycan, *op.cit.*). El enfoque se convirtió

en un paradigma de gestión en la industria [4] e ingresó, con posterioridad, al ámbito de los servicios y las políticas públicas. Se desarrolló básicamente en el sector privado. En esta perspectiva influyeron los aportes de otras disciplinas como la consultoría organizacional, la planificación estratégica, la investigación operativa y el *benchmarking*.

Un caso de aplicación de un sistema de gestión de calidad ISO 9002 en un servicio de salud en la Ciudad de Buenos Aires fue el implementado en la Central de Emergencias del Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires (Peralta y Godoy 2001).

Calidad percibida: los diseños de investigación

Si la bibliografía incluida en la noción de mejora continua de la calidad apunta a sentar las bases para aplicar esa perspectiva, la producción sobre calidad percibida apunta a un aspecto de ese proceso: el diseño del modelo de investigación destinado a medir la percepción subjetiva de la calidad. También se incluyen en esta dimensión las investigaciones que buscan comprender qué es una atención de calidad y/o medir la calidad desde la perspectiva de los actores sociales directamente involucrados en el proceso de atención. Al tomar en cuenta la perspectiva de los sujetos involucrados, las dimensiones sociales y culturales de la atención médica –que evidenciaron ser un valioso aporte en el diseño de intervenciones eficaces para la salud pública (Helitzer-Allen y Kendall 1992; Pinto Días y Borges Días 1993; R. Yalour 2001)– se incorporan a la calidad de la atención.

Un modelo de medición es el Análisis Participado de la Calidad (D´Andrea, Quaranta y Quinti s/f). Es un procedimiento de evaluación de servicios públicos y sociales que toma las tres dimensiones de calidad (interpersonal, técnica, *confort*) y de evaluación de la calidad (estructura, proceso y resultado) de Donabedian [5] en una doble estructura matricial. Los indicadores de calidad del modelo –que también siguiendo a Donabedian (1990: 4) son considerados una “propiedad de” y un “juicio sobre” alguna unidad definible de la atención- son analizados tanto a partir del cálculo de distancias con respecto a estándares, disfunciones, eventos centinela [6] y situaciones particulares de calidad [7] como también a través de la

recopilación de opiniones, percepciones y representaciones de usuarios y personal del servicio de salud. Es un modelo participativo, que involucra a los actores intervinientes como sujetos de la información: usuarios y personal médico y no médico de un servicio.

Otro modelo de medición, cuyo origen no se encuentra en el campo de la salud pero cuyos conceptos fueron tomados en los diseños de investigación sobre calidad en el campo de la salud, parte de la teoría de la confirmación/ no confirmación de las expectativas. [8] Sostiene que las expectativas se forman antes de recibir un servicio y que, después de haberlo recibido, se produce la confirmación o la no confirmación de las expectativas iniciales. El desempeño proporciona una visión más estratégica ya que es un componente de la calidad percibida más tangible y fácil de trabajar que las expectativas. La confirmación/ no confirmación es el resultado de la comparación entre las expectativas previas y el desempeño real. Esta comparación es el componente central de la teoría. De esa comparación se pueden producir tres resultados: dos son de negación y otro de confirmación de las expectativas. Más específicamente: las expectativas individuales son confirmadas cuando el servicio se comporta de la manera esperada, o bien cuando las expectativas iniciales son positivamente confirmadas porque el servicio funciona mejor de lo esperado. La insatisfacción se produce cuando las expectativas son negativamente desconfirmadas (Parasuraman *et al* 1985; 1988/90; 1994, 1996). El cuadro siguiente ejemplifica lo antedicho:

q	Los resultados confirman las expectativas	Los resultados no confirman las expectativas
Satisfacción	El servicio cumple con las expectativas	El servicio supera las expectativas (negación positiva): se percibe que el servicio funciona mejor de lo esperado porque las expectativas eran bajas o el desempeño excepcionalmente alto.

Insatisfacción		El servicio cae por debajo de las expectativas (doble negación): se percibe que el servicio funciona peor de lo esperado porque las expectativas eran muy altas o el desempeño muy bajo. Es la peor situación.
----------------	--	--

A partir de estos modelos se desarrollaron estudios empíricos cuyas características principales son las siguientes: la mayoría se basa en las perspectivas de los usuarios y, en menor medida, en las perspectivas de profesionales y usuarios tomadas conjuntamente, el ámbito de realización es el servicio de salud y las muestras son no probabilísticas.

Calidad de la atención desde una perspectiva de género y derechos

En esta dimensión se incluye la producción ligada a la perspectiva de género y derechos, que define la calidad como un ingrediente básico del derecho a la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular. Según Zapata *et al* (1999: 8/9), "...El enfoque de género nos da elementos para entender mejor el proceso de salud y enfermedad y, a partir de ellos, dar una atención a la salud de calidad... la manera en que proveedores y proveedoras de servicios debieran considerar, para dar una mejor atención, los roles de género, sus consecuencias e impacto en la salud. Por estudios de diferentes autores y autoras se reconoce que muchas mujeres, a consecuencia del rol de género asignado culturalmente, tienen una baja autoestima, no tienen conciencia de sus derechos, no son asertivas y no ejercen autodeterminación respecto a su corporalidad, sexualidad, capacidad reproductiva, trabajo e, incluso, ciudadanía..." .

Por un lado, esa producción está representada por los documentos internacionales encargados de sentar las definiciones y el alcance de esta noción. Surge del abordaje de la salud sexual y reproductiva establecido en la Conferencia

Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, en la que se reconoce que la calidad es indispensable para el buen funcionamiento de los sistemas de prestación de servicios y para la salud de la población. En esa reunión, los gobiernos participantes signaron el compromiso de establecer condiciones propicias para la salud sexual y reproductiva, como promover la emancipación de la mujer y la igualdad y equidad de género, así como asegurar servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de alta calidad que salvaguarden el respeto a los derechos reproductivos. Estos acuerdos fueron reiterados en reuniones posteriores, como la IV Conferencia sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 (OPS 1996). A su vez, diversas organizaciones civiles, que impulsan la atención y la participación de las mujeres en un contexto de equidad de género y de respeto a los derechos humanos, realizaron acciones tendientes a fortalecer la atención a la salud sexual y reproductiva para, con ello, contribuir al cumplimiento de los compromisos.

Por otro, integran esta dimensión los modelos y las investigaciones realizadas para describir la calidad de la atención desde una perspectiva de género y derechos. Un ejemplo en este sentido es el modelo elaborado por Judith Bruce (1990) sobre los servicios de salud reproductiva. El modelo define aspectos para mejorar la calidad de la atención en los programas de planificación familiar: elección entre diversos métodos anticonceptivos; información; conocimiento técnico; relación interpersonal con el proveedor del servicio; seguimiento y continuidad de la atención y adecuada variedad de servicios. En base al modelo de Bruce, ya sea para el diseño o para la formulación de recomendaciones, fueron realizados otros estudios (Mensch 1993; Matamala *et al.* 1995; Matamala 1998; Londoño 1995; Pizarro 1995; OPS 1996; Consorcio Mujer 1998; Langer *et al.* 1998; Reyes Zapata 1999; IPPF 2000; Petracci, Ramos y Romero 2002; Programa Ciudadanía y Sexualidad 2003; Petracci, Ramos y Szulik 2005).

En cuanto a los hallazgos, los estudios concluyen que la mayoría de los usuarios se encuentra muy o bastante satisfecho con la atención recibida. Respecto de las dimensiones de la calidad de la atención, la dimensión

interpersonal es mejor evaluada que las dimensiones técnica y ambiental. Con relación a la dimensión interpersonal, el trato es mejor evaluado que la información ofrecida. El tiempo de espera desde el ingreso al hospital hasta recibir atención es el atributo peor evaluado. La mayoría de los entrevistados no registra problemas de privacidad. Que los usuarios, al optar por las categorías de respuesta de un instrumento, efectúen una evaluación positiva de la calidad de atención no significa que desconozcan o nieguen las deficiencias o que dejen de formular quejas.

La totalidad de las mujeres y de las proveedoras entrevistadas en un estudio realizado en Chile muestra que una buena relación interpersonal fue uno de los aspectos más significativos en la calidad de la atención (Araya *et al.* 1997). Un estudio cualicuantitativo cuyo objetivo fue medir la calidad percibida por las usuarias de tres servicios de ginecología –un servicio público del Gran Buenos Aires, un servicio público y uno privado de la Ciudad de Buenos Aires– concluyó que la mayoría de las usuarias, en los tres servicios, manifestaron una evaluación positiva y un alto nivel de satisfacción con la atención recibida. El nivel de satisfacción general con la calidad recibida no presentó diferencias según edad, nivel educativo, situación ocupacional en los últimos treinta días, cobertura de salud y antigüedad en el servicio entre las mujeres entrevistadas dentro de cada servicio. Las principales diferencias en la evaluación no se encontraron entre los subsectores privado y público, sino dentro de este último (Petracci, Ramos y Romero 2002). Según Necchi (2003), “los usuarios... se muestran satisfechos en general aunque algunos de los que concurren al hospital muestren su disconformidad”.

Un estudio que evaluó la calidad de la atención del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires encontró que el 95% de las mujeres manifestó estar muy o bastante satisfecha con la atención recibida y el 96% recomendaría el servicio a otra mujer (Programa Ciudadanía y Sexualidad 2003). Un estudio cualitativo sobre satisfacción en cuidados paliativos encontró que los pacientes tienen un alto nivel de satisfacción –mayor a la esperada- con

respecto a la atención recibida (Manzelli *et al.* 2004).

Los usuarios entrevistados en el Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires evaluaron positivamente la calidad de la atención general y específica. Esto se expresó, en consonancia con los datos sobre la relación entre las expectativas y el servicio recibido, en un alto grado de satisfacción. Una gran mayoría (90%) optó por las categorías positivas de la escala de evaluación de la calidad de la atención, en especial los usuarios más antiguos y los de menor nivel educativo. No se registraron diferencias significativas según sexo. Además de la evaluación anteriormente descrita, se indagó cuáles eran las expectativas al concurrir a atenderse. El 6% opinó que la atención recibida era mejor de la esperada. Para la mayoría (60%) –en especial los usuarios cuya atención se inició antes de 2002 (73%)– la atención recibida coincidió con sus expectativas. El 34% la consideró peor de lo esperado. En sintonía con esos resultados, la mayoría (86%) está “muy” (41%) o “bastante” (44%) satisfecha con la atención recibida. El nivel de satisfacción no registra diferencias significativas según sexo, nivel educativo y antigüedad en el Programa. Los datos muestran que existe una asociación positiva entre el nivel de satisfacción y la calidad percibida: los usuarios más satisfechos (86%) evalúan positivamente la calidad de la atención recibida en el PMIG y consideran que esa atención coincidió o fue mejor de la que esperaban recibir (94%). De las tres dimensiones analizadas se destacan los atributos referidos a la dimensión interpersonal: el trato y la información recibidos. La privacidad durante la consulta no fue señalada, a diferencia de la opinión del equipo médico, como un problema (Petracci 2003; Petracci y Mejía 2004).

Objetivo y metodología

Objetivo

Comprender qué piensan dos tipos de proveedores de salud – ginecólogos/obstetras/ tocoginecólogos y clínicos/generalistas– de hospitales públicos acerca de la calidad percibida por los usuarios/as [9] de los servicios de salud.

Metodología

El tipo de estudio fue cualitativo. Se adoptó ese diseño por su adecuación para comprender procesos subjetivos –en este caso, la opinión de los/as profesionales sobre la opinión de los usuarios/as– y complementar los hallazgos de estudios cuantitativos –mayoritarios en esta temática–.

La técnica de relevamiento fue una entrevista semiestructurada con consentimiento informado. Primero se formulaba la consigna de la entrevista y, a posteriori, el consentimiento informado, que consistió en informar y solicitar el permiso de los sujetos para ser entrevistados. El texto utilizado fue el siguiente:

La información que usted nos brinde es totalmente anónima y confidencial, es decir, su nombre no aparecerá en ningún lugar. Es más, tampoco hace falta que nos dé su nombre verdadero, puede inventar un nombre falso. Si hay alguna pregunta que lo incomoda o no quiera contestar, no es preciso que lo haga. No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo que nos interesa conocer son sus opiniones y sus experiencias sobre estos temas, no estamos haciendo una prueba o evaluación. Si no es una molestia, preferiríamos grabar la entrevista para que el análisis, después, nos resulte más simple. ¿Está de acuerdo con lo que le leí anteriormente y con realizar esta entrevista?

El tamaño de la muestra fue de 40 casos. El tipo de muestra fue no probabilística por cuotas. Las cuotas se fijaron según las siguientes variables: sexo, edad (hasta 40 años/ 41 años y más) y especialidad profesional (médicos/as ginecólogos/obstetras/ tocoginecólogos; médicos/as clínicos/ generalistas). La decisión de trabajar con profesionales de la salud en el campo de la tocoginecología/obstetricia y ginecología se debió a su relevancia en la salud sexual y reproductiva y, por otro lado, a la posibilidad de dar continuidad a una línea de trabajo sobre la transición ideológica por la que atraviesan las opiniones de esos médicos iniciada en 1999 (Ramos, Gogna, Petracchi, Romero y Szulik 1999). La decisión de trabajar con clínicos y generalistas se debió, después de una experiencia de trabajo

en calidad, al interés demostrado por estos profesionales en el tema calidad de la atención para mejorar la práctica cotidiana en el servicio (Petracci 2003; Petracci y Mejía 2004).

El trabajo de campo fue realizado durante los meses de marzo a junio de 2003. Los profesionales fueron contactados a través de la técnica “bola de nieve”. Para realizar cada entrevista fueron necesarios, en promedio, dos encuentros con los/as profesionales. Una vez establecido el contacto inicial, la realización de la entrevista no presentó problemas de comprensión. Tampoco hubo rechazos.

El análisis del material cualitativo consistió en los siguientes pasos: 1. División de las entrevistas en los ocho grupos [10] resultantes conforme las cuotas fijadas para la muestra: médicos varones y mujeres ginecólogos, obstetras y tocoginecólogos (GOT) hasta 40 y 41 años y más; médicos varones y mujeres clínicos y generalistas (CG) hasta 40 y 41 años y más; 2. Lectura completa de cada una de las entrevistas; 3. Elaboración de categorías mediante el criterio de saturación; 4. Análisis, a través del armado de una grilla, de esas categorías para cada uno de los ocho grupos.

Análisis de los datos

Composición de la muestra

Tal como puede observarse en el cuadro siguiente, el promedio de edad de los profesionales entrevistados es 43 años. La mitad reside en la Ciudad de Buenos Aires y el 50% restante reside en el Gran Buenos Aires. Más de la mitad de la muestra (64%) trabaja en la actividad pública y en la actividad privada. Sólo uno de cada diez entrevistados se desempeña únicamente en el sector público.

Cuadro 1. Composición de la muestra según variables sociodemográficas.

	Total de la muestra
	%
Mujeres	54
Varones	56

Ginecólogos, obstetras, tocoginecólogos	54
Clínicos, generalistas	46
Hasta 40 años	43
41 y más	57
Promedio	43
Reside en la Ciudad de Buenos Aires	51
Reside en la Provincia de Buenos Aires	49
Sólo actividad pública	12
Sólo actividad privada	24
Actividad pública y privada	64

La opinión de los profesionales sobre la evaluación de la calidad de la atención de los usuarios

Se formuló la siguiente pregunta: un tema de especial interés en la actualidad en el campo de la salud es la calidad de la atención. Los hallazgos reportados por las investigaciones indican que, no obstante los problemas de todo tipo por los que atraviesan los hospitales públicos, la mayoría de los usuarios/as se encuentra muy o bastante satisfecha con la atención recibida. *¿Por qué cree Ud. que los usuarios/as se encuentran muy o bastante satisfechos?*

Las y los profesionales, de los dos grupos de edad y especialidades consideradas, coinciden con la evaluación positiva de la calidad formulada por los usuarios. El argumento central de esa coincidencia está basado en la figura del médico, y especialmente en un atributo: la vocación de servicio de ese profesional. Bronfman *et al.* (1997) sostienen "... cómo la vocación de curar aparece como "incuestionable" en la investidura profesional del médico y se convierte en una condición suficiente, desde la perspectiva de muchos médicos, para garantizar la calidad de la atención". Acompañando a la vocación de servicio, también son mencionadas otras cualidades y acciones: la buena atención de la salud de los pacientes, la amabilidad en el trato [11], la contención y la

información suministrada y, dependiendo de cada grupo, la resolución de problemas y la igualdad de trato en los sectores público y privado. El buen trato es mencionado a través de variadas acciones: *abrazar, contener (verbo más mencionado), escuchar, atender, asistir, educar, compadecer, bien atender, atender personalmente*. A modo de ejemplo se citan las expresiones de los entrevistados de cada uno de los grupos considerados para el análisis:

Si bien el sistema de salud tiene muchas falencias, el médico en el hospital público tiene muchos elementos para abrazar, contener a las pacientes. Detrás viene lo académico y la práctica médica (Varón GOT hasta 40)[12].

Porque las pacientes se sienten escuchadas, atendidas y asistidas (Varón GOT hasta 40).

Porque los profesionales se preocupan por atenderlas adecuadamente, aun sin los medios (varón GOT 41 y más).

Y es por esfuerzos personales de algunos profesionales que ya no pueden más (Varón CG hasta 40).

Por la calidad profesional y humana, no obstante las políticas de salud que son malas y los niveles de conducción de los hospitales que están basados en lo político y económico personal y no en lo que pasa en el país (Varón CG 41 y más).

Por la calidad humana de la gente que trabaja. No tiene que ver con la precariedad del hospital. La gente recibe contención, educación y compasión en base a la voluntad personal y no a la estructura (Varón CG 41 y más).

Algunos profesionales contienen mucho al paciente, es decir la parte psicológica y humana, y los ayudan con la medicación en lo posible dándoles muestras gratis (Mujer GOT hasta 40).

El médico está consciente del medio social. Trata de ayudar al paciente y no complicarlo ya que la carencia económica es el principal enemigo en la concreción de un tratamiento (Mujer GOT hasta 40).

Porque encuentra un lugar de contención y atención personalizada (Mujer GOT hasta 40).

Porque el médico del hospital público abarca todo, sabe de todo. Es un médico de vocación. Quiere aprender constantemente y se brinda al paciente con amor (Mujer GOT 41 y más).

Un aspecto, ya mencionado, por el cual los profesionales coinciden con las usuarias en la evaluación positiva de la calidad de la atención es la capacidad de resolución de problemas. Esa capacidad, expresada por el entrevistado en términos de poder, fue mencionada por un médico varón del grupo de menor edad:

El médico tiene el poder de resolverle el problema a alguien que viene a buscar una solución, entonces por qué no dárselo (Varón GOT hasta 40).

La igualdad de atención en los sectores público y privado, expresada como por la entrevistada ausencia de discriminación, fue mencionada por una mujer mayor de 40 años:

Porque el profesional atiende de la misma manera en un sanatorio privado que en un hospital público; no hay discriminación (Mujer CG 41 y más).

Hay consenso en los atributos incluidos en el buen trato y la atención de la salud de los médicos hacia los usuarios. No ocurre lo mismo con la información. Una médica del grupo de clínicos/generalistas resalta la dificultad de los médicos de mayor edad para informar sobre temas referidos a la sexualidad y la contracepción:

Noto mucha diferencia. Por ejemplo en el caso de la salud reproductiva entre el profesional joven de 40 y el mayor. El mayor es reticente a prestar atención en temas de esa índole (Mujer CG hasta 40).

La segunda línea argumental, presente en todos los grupos menos en el de médicos varones ginecólogos, obstetras y tocoginecólogos de 41 años y más, está centrada en el hospital público como instancia para atender la salud de la población

con problemas de accesibilidad. También, dentro de esta perspectiva, se hace referencia al Estado y los programas. A modo de ejemplo se citan las expresiones de los entrevistados:

Porque el hospital público es un bien de la población y cualquiera puede venir. El que viene acá es porque no tiene nada (Varón GOT hasta 40).

... la única atención a la que pueden acceder es la hospitalaria pública, lo único que tienen es bueno para ellos (Varón CG hasta 40).

Porque las pacientes encuentran que el hospital es su lugar (Varón CG 41 y más)

Porque hay un programa provincial (Mujer CG hasta 40).

La gente, por lo general, no se queja de la atención humana que le brinda el médico pero eso no alcanza. El sistema de salud no es accesible para todos hoy en día (Mujer CG 41 y más).

Cabe señalar que dentro de esta línea argumental aparecieron algunos comentarios aclarando que si bien es cierto que los usuarios están satisfechos con la atención brindada, es necesario prestar atención a la localización geográfica del servicio evaluado dado que la situación institucional y social de la Ciudad de Buenos Aires era mejor que la del Gran Buenos Aires.

La argumentación centrada en el hospital no es opuesta sino complementaria de la anterior. En síntesis, para los profesionales entrevistados, los usuarios están satisfechos con la calidad de la atención porque el hospital público es su única vía de acceso al sistema de salud y los hospitales, a través de la buena atención de los médicos como resultado de su misión y vocación de servicio, cumplen con el ofrecimiento de una buena calidad de la atención.

La tercera línea argumental, minoritaria, está centrada en el usuario de los servicios de salud. Por un lado se hace hincapié en que la buena evaluación de los usuarios proviene de su sabiduría institucional. Por el otro, si bien se acepta que la evaluación es buena, se la corrige:

Porque si se generan dificultades, el paciente sabe (Mujer CG hasta 40)

Puede que la evaluación sea considerada satisfactoria... pero no excelente (Varón CG hasta 40).

El desacuerdo con la opinión de los usuarios es minoritario. Por un lado, se expresa un liso y llano desacuerdo sin formular ningún tipo de argumentación. Por el otro, el desacuerdo desacredita la opinión de los usuarios porque, según el entrevistado, esa evaluación no se corresponde con la atención ofrecida:

No estoy de acuerdo. Ni a nivel oficial ni en las prepagas. Al paciente se lo hace girar sin darle diagnóstico (Mujer CG 41 y más).

Una profesional tocoginecóloga mayor de 40 años argumenta que la evaluación positiva de los usuarios de la atención recibida es una consecuencia del desconocimiento de sus derechos.

La opinión de los profesionales sobre calidad de la atención, derechos y derechos sexuales y reproductivos

La preocupación de la medicina por las características que debe reunir el médico para brindar una atención adecuada a sus pacientes la podemos encontrar en Los Tratados Médicos de Hipócrates. La preocupación por la calidad de la atención, a través del pasaje de la garantía de la calidad a la calidad como un proceso continuo señalado en la segunda sección, es más reciente y reúne algunos aspectos de la relación médico-paciente con otros propios de las instituciones hospitalarias. Finalmente, considerar la calidad de la atención como un derecho, especialmente en salud sexual y reproductiva, es más reciente aun. Podemos ubicar su inicio en la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994.

Teniendo en cuenta esas consideraciones y la experiencia de un estudio anterior (Petracci 2004d), el supuesto de partida fue que la noción de derechos de los usuarios no iba a ser mencionada espontáneamente. Por tal motivo, se incluyó la siguiente pregunta guiada sobre derechos sexuales y

reproductivos en la guía de entrevista: *¿Está de acuerdo o desacuerdo con la frase "Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos"?*

Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con la frase planteada excepto dos que no contestan y uno que desacuerda. Esa respuesta, de una médica perteneciente a la especialidad ginecología, obstetricia y ginecología mayor de 40 años, es representativa de las opiniones de los sectores más conservadores de esta sociedad:

Dudo. Considero que no está claro porque en dicha expresión no se considera el amor. Puede favorecer el libertinaje (Mujer GOT 41 y más).

El principal argumento de acuerdo con la frase está centrado en el ejercicio de la libertad individual, ya sea como referencia a la libertad en general o a la vida sexual y reproductiva en particular. Esta perspectiva está presente en todos los grupos menos en dos grupos de varones: los ginecólogos/ obstetras y tocoginecólogos de 41 y más y los clínicos/generalistas menores de 40 años. Algunos testimonios son los siguientes:

Cada uno está en libre elección de ejercer su sexualidad y reproducción (Varón GOT hasta 40).

Está dentro de la lista de derechos que una persona tiene por elegir su vida sexual. Hasta un cura tiene derecho a elegir y elige el celibato (Varón GOT hasta 40).

Es algo personal y privado (Varón GOT hasta 40).

Porque son derechos humanos que tiene cada persona (Varón GOT hasta 40).

Son derechos de las personas (Varón CG 41 y más).

Porque es parte propia de todos los individuos (Mujer CG hasta 40).

Yo diría que son derechos de las personas. Humano es algo más filosófico, persona es algo más material. Es decir, incluye también algo físico: el cuerpo (Mujer CG hasta 40).

Cada uno debe disponer de su vida, su sexualidad y su cuerpo (Mujer CG 41 y más).

Porque son parte de la vida de un individuo (Mujer CG 41 y más).

En algunos casos, en lugar de la noción de individuo, los derechos humanos son asociados con el "ser humano" tal como puede observarse:

Son los principios básicos del ser humano: nacer, crecer, reproducirse, morir (Varón CG 41 y más).

Porque son condiciones humanas (Mujer GOT 41 y más).

Estoy absolutamente de acuerdo porque todo ser humano debe tener la absoluta libertad de lo que quiere hacer con su vida y con su cuerpo (Mujer CG 41 y más).

El otro argumento se basa en la obligación del Estado de garantizar los derechos. No obstante la postura a favor de la garantía de los derechos, y aun tratándose de profesionales que se desempeñan en los hospitales públicos, no se incluyen en la línea argumental como agentes de la promoción de esos derechos. El Estado aparece como una figura externa. Es una posición minoritaria y representada por mujeres. Un ejemplo en ese sentido es el siguiente:

... es el Estado el que debería encargarse de todos esos aspectos de la salud (Mujer CG 41 y más).

¿Qué hacer con los derechos sexuales y reproductivos?

Todos los entrevistados opinan que los derechos sexuales y reproductivos deben ser informados y promovidos. No obstante, los argumentos esgrimidos para fundamentar esta respuesta presentan matices. Apuntaron, por un lado, más a la información que a la promoción y, por otro, más a la salud que a la salud sexual y reproductiva. También la promoción está más orientada a los comportamientos de cuidado de la salud y a mejorar la accesibilidad que a la salud sexual y reproductiva. Algunos testimonios en ese sentido son los siguientes:

Porque para que la gente pueda optar y acceder a un método o tratamiento se le debe informar. Promover para que sean adquiridos por una mayor cantidad de personas (Mujer CG hasta 40).

Porque es una forma de cuidar a la población... (Mujer CG hasta 40).

Porque tiene que ver con la calidad de vida, con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades

(Mujer CG 41 y más).

Porque primero hay que brindar la información al usuario y luego divulgar y hacer campañas para concientizar a la gente (Varón CG hasta 40).

Informar es educar y promover es llevar a cabo una tarea en conjunto, tanto el profesional como el paciente (Varón CG 41 y más).

Prevenir también es curar. Informar es prevención (Varón CG 41 y más).

Porque la información sola no alcanza y la promoción sin información no sirve (Varón CG 41 y más).

Porque por el hecho de informar estás educando. Podés promover cambios en salud y prevenir ciertas actitudes en cuanto a la salud (Mujer GOT hasta 40).

Los centros de salud fundamentalmente deberían trabajar en prevención. Es atención primaria (Mujer GOT hasta 40).

Porque la información es un derecho de las pacientes.

Promover porque educo (Mujer GOT 41 y más).

Una entrevistada aclara por qué no se realiza la promoción de derechos:

Muchas veces no se hace por la falta de tiempo y por la cantidad de pacientes (Mujer CG41 y más).

Síntesis y conclusiones

Uno de los hallazgos de los estudios sobre calidad de la atención es la evaluación positiva y el alto nivel de satisfacción expresado por los usuarios sobre la atención recibida en los servicios de salud. Esa evaluación positiva, de acuerdo a las dimensiones planteadas por Donabedian, se basa más en la dimensión interpersonal de la calidad de la atención que en las dimensiones técnica y ambiental. Los médicos entrevistados coinciden con la evaluación de la calidad de la atención de los usuarios. Resultados similares fueron hallados en otro estudio realizado en un hospital público del Gran Buenos Aires (Petracci 2004d). Los argumentos que justifican esa coincidencia están centrados en tres figuras: el médico, como consecuencia de su vocación de servicio; el hospital público, como consecuencia de

la presencia del Estado para garantizar la atención de la salud a la población con problemas de accesibilidad; y finalmente, el usuario. Este último, como consecuencia de la sabiduría que otorga la experiencia, estaría en condiciones de realizar una evaluación acorde al servicio recibido.

La primera línea argumental tiene consenso en todos los grupos de profesionales. Da cuenta de la relevancia que tiene la dimensión interpersonal de la calidad tanto para los proveedores cuanto para los usuarios. Dentro de esa dimensión, los atributos vinculados al buen trato tienen más consenso que los referidos a la información, aspecto sobre el cual se señala la dificultad para informar sobre salud sexual y reproductiva de los médicos de mayor edad.

La segunda línea argumental está presente en todos los grupos menos en el de médicos varones ginecólogos, obstetras y tocoginecólogos de 41 años y más. El único quiebre se presenta en el señalamiento de una diferenciación entre las realidades sociales e institucionales de la ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense. No es opuesta sino complementaria de la anterior: la vocación de servicio de los profesionales y la trayectoria del hospital público para los sectores más pobres de esta sociedad justifican la evaluación positiva de la calidad de la atención de los usuarios.

La tercera, escasamente mencionada, corresponde a un único grupo: médicos clínicos/generalistas. Tampoco se opone a las anteriores.

En todos los casos, más que argumentaciones opuestas, aparecen señalamientos dentro de cada línea argumental como es el caso de la información y la ubicación geográfica.

Los médicos entrevistados están de acuerdo con la frase: los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Dos son los argumentos básicos para justificar esta postura: el primero está centrado en el ejercicio de la libertad individual y tiene presencia en casi todos los grupos menos en dos grupos de varones, mientras que el segundo, minoritario y femenino, está centrado en la necesidad de que el Estado los garantice. La promoción de derechos no es mencionada espontáneamente.

Todos los entrevistados están de acuerdo que los derechos sexuales y reproductivos deben ser informados y promovidos. No obstante, la justificación de las respuestas apunta más a informar para la prevención de enfermedades y las conductas de cuidado que a la promoción de derechos. Aparece una fuerte asociación entre derechos, promoción y prevención que está más cerca de la salud que de la salud sexual y reproductiva.

La calidad de la atención es un concepto con capacidad para que los profesionales y los usuarios de los servicios de salud puedan construir ciudadanía. Dicho en otros términos: la calidad de la atención es un derecho que debe ser promovido (debe asegurarse que los ciudadanos y ciudadanas conozcan los derechos que poseen y la forma de hacerlos valer), protegido (el Estado debe establecer las leyes que habiliten los mecanismos para prevenir su violación) y garantizado (el Estado debe tomar todas las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y judiciales para lograr el cumplimiento).

Los profesionales de la salud, en coincidencia con las y los usuarios, evalúan positivamente la dimensión interpersonal de la calidad de la atención de los hospitales públicos. Esa coincidencia se produce porque, para los profesionales entrevistados, es la vocación de servicio de los médicos la que asegura el mantenimiento de una adecuada calidad de la atención a pesar de todos los obstáculos atravesados por el hospital público. Ese aspecto, ligado a la misión profesional, no toma en cuenta la perspectiva de derechos ni la posibilidad de construir ciudadanía informando a los usuarios sobre sus derechos, especialmente en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Los derechos son considerados instrumentos estáticos, en lugar de normas sociales dinámicas que promuevan la capacidad de las y los usuarios de verse a sí mismos como sujetos activos, con derecho a ser informados, a tomar decisiones sobre su vida y su salud, especialmente su salud sexual y reproductiva, y asumir responsabilidades por los resultados de esas decisiones.

Bibliografía

- Araya, C., Díaz, S., Miranda, P., Sánchez, S., Schiappacasse, V. y Tijero, M. 1997. "La importancia de las relaciones interpersonales", *Revista Mujer Salud*, número 4, 43-49. Santiago de Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (REMLAC).
- Arce, H. 2001. "La gestión de calidad en salud", *Medicina y Sociedad*, 24 (3): 163-172.
- Bourdieu, P. 2002/1993. *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bronfman, M y colaboradores. 1997. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Mario Bronfman y colaboradores. *Salud Pública en México*. Noviembre-Diciembre 1997. Volumen 39. Número 6.
- Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", *Studies in Family Planning* 21, N° 2, March-April.
- Consortio Mujer. 1998. *Calidad de atención en la salud reproductiva: una mirada desde la ciudadanía femenina*, Lima.
- Deming, E. 1989. *Out of The Crisis*. Madrid: Díaz de Santos.
- Donabedian, A. 1996. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*.
- Donabedian, A. 1966. "Evaluating the quality of medical care", *Miltbank Memorial Fund Quarterly*.
- Donabedian, A. 1990. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública, Méjico: Instituto de Salud Pública.
- D´Andrea, L.; Quaranta, G.; Quinti, G. s/f. *Manual técnico del Análisis Participado de la Calidad. Síntesis*. CERFE, Laboratorio di scienze della cittadinanza – ASDO, Coordinación Operativa.

- De Azevedo, A. y Korican, T. 1999. *Transformar las organizaciones de salud por la calidad*. 2da. Edición. Chile: Ed. Parnassah.
- García-Eroles, L., Illa, C., Arias, A. y Casas, Mercé. 2001. "Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones. *Revista Calidad Asistencial* 16: 107-116.
- Helitzer-Allen, D. y Kendall, C. 1992. "Explaining Differences between Qualitative and Quantitative Data: A Study of Chemoprophylaxis during Pregnancy", *Health Educational Quarterly*, vol. 19(1).
- Langer, A. et al. 1998. "Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and provider's perception of the quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial". *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 12, supplement 2, October.
- Londoño, M. L. 1995. "Servicios de Salud para la Mujer: Enfoque humanista", presentado en la Conferencia "Género y Calidad de la Atención en Salud Reproductiva", OPS, San Salvador.
- IPPF, International Planned Parenthood Federation. 2000. *Manual para evaluar la calidad de la atención desde una perspectiva de género*.
- Manzelli, H., Bertolino, M., Gutiérrez Taddío, M., Pecheny, M., Farías, G. y Cullén, C. 2004. "Satisfacción en cuidados paliativos. Un abordaje cualitativo". En *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. 2004. Cerrutti, M., Manzelli, H., Necchi, S., Pecheny, M. y Petracci, M. "Calidad de atención en salud", Seminario V- 2004, CEDES (www.cedes.org).
- Matamala, M. et al. 1995. *Calidad de la atención. Género ¿Salud Reproductiva de las mujeres?* Santiago de Chile: COMUSAMS-ACHNU.
- Matamala, M. 1998. Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services, *Reproductive Health Matters*, Vol. 6, N° 11,

May 1998.

- Mensch, B. 1993. "Quality of Care: A Neglected Dimension", in Koblinsky, M.; Timyan, J. and Gay, J. (edits.) *The Health of Women. A Global Perspective*. San Francisco: Westview Press, Inc.
- Necchi, S. 2003. "Los ciudadanos y el derecho a la atención de la salud". En *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. 2004. Cerrutti, M., Manzelli, H., Necchi, S., Pecheny, M. y Petracchi, M. "Calidad de atención en salud", Seminario V- 2004, CEDES (www.cedes.org).
- Organización Panamericana de la Salud. 1996. "Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género", *mimeo*, Washington, D.C.
- Outlook*. 1999. *Mejorar la interacción con los/las clientes: clave para lograr servicios de alta calidad*. PATH: Volumen 17, número 2.
- Parasuraman, A.; Berry, L. y Zeithaml, V. 1988. "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40. Citado en Parasuraman et al. 1994.
- Parasuraman, A.; Berry, L. y Zeithaml, V. 1990. "Guidelines for conducting service quality research", *Marketing Research*, (December), 34-44.
- Parasuraman, A.; Berry, L. y Zeithaml, V. 1994. "Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research", *Journal of Marketing*, January, Volume 58, Number 1.
- Parasuraman, A.; Berry, L. y Zeithaml, V. 1996. "The behavioral consequences of service quality", *Journal of Marketing*, vol. 60: 31-46.
- Peralta, H. Y Godoy, D. 2001. "Resultados a un año de la implementación de un sistema de calidad ISO 9002 en la

Central de Emergencias Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires", Internet.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V. y L. Berry. 1985. "A conceptual model of service quality and its implications for future research", *Journal of Marketing*, 49 (Fall), 41-50.

Petracci, M. 1998a. "Observatorio de la gestión pública desde la ciudadanía". Cuaderno INAP.

Petracci, M. 1998b. "La medición de la calidad y la satisfacción del ciudadano- usuario de los servicios públicos privatizados". Cuaderno INAP.

Petracci, M. 1998c. "La evaluación de la calidad de los servicios públicos privatizados por parte del ciudadano- usuario". Cuaderno INAP.

Petracci, M.; Ramos, S. y Romero, M. 2002. "Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico uterino", Informe de investigación, PATH.

Petracci, M. 2003. "Calidad total en la atención de la salud y satisfacción de usuarios/as y personal del servicio de salud", Informe Final Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2002 otorgada por la Comisión Nacional de Investigaciones Sanitarias, CONAPRIS.

Petracci, M. y Mejía, R. 2004a. Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios (en prensa).

Petracci, M. 2004a. "Calidad de atención en salud". En *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. 2004. Cerrutti, M., Manzelli, H., Necchi, S., Pecheny, M. y Petracci, M. "Calidad de atención en salud", Seminario V- 2004, CEDES (www.cedes.org).

Petracci, M. 2004b. "Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios". En *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. 2004. Cerrutti, M., Manzelli, H., Necchi, S., Pecheny, M. y

Petracci, M. "Calidad de atención en salud", Seminario V-2004, CEDES (www.cedes.org).

Petracci, M. 2004d. "Cáncer cervical: calidad de la atención ofrecida por el equipo de salud y prevención a través de los medios de comunicación", Informe Final PATH.

Petracci, M., Ramos, S., Szulik, D. 2005. "A Strategic Assessment of the Reproductive Health and Responsible Parenthood Programme of Buenos Aires, Argentina", *Reproductive Health Matters 2005; 13(25): 60-71*.

Pinto Días, J. C. y Borges Días, R. 1993. "La necesidad de investigación social y económica para las acciones de control de las enfermedades tropicales", en Briceño, L. y Pinto Días, J. C. (eds.) *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.

Pizarro, A. 1995. "La experiencia de Sí Mujer Nicaragua", presentado en la Conferencia "Género y Calidad de la Atención en Salud Reproductiva". OPS, San Salvador.

Programa Ciudadanía y Sexualidad. Manual para organizaciones de la sociedad civil (en colaboración con Maffía, D.; Kohen, B.; Moreno, M.; Bodnar, P.; Hernández, C.; Ramos, S.; Szulik, D.; Aizenberg, L. y del Río Fortuna, C.), Buenos Aires, Defensoría del Pueblo - CEDES, 2004.

Reyes Zapata, H., Cuevas Miguel, L., Robledo, C. y Tolbert, K. 1999. *Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género*. Méjico: Population Council. Documento de trabajo 29.

Romano Yalour, M. 2001. "¿Cómo perciben la atención de su salud los pacientes de hospitales públicos en la República Argentina? Hacia una definición operacional de calidad. Reunión de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), Washington DC, Setiembre 6-8 2001.

[1] Este artículo fue elaborado con el apoyo de la Programación Ubacyt 2001-2003/4 (PR_ID: S050 – "La construcción social del cuerpo: análisis de las representaciones sociales de salud

sexual y reproductiva desde la opinión de médicos/as y pacientes”).

[2] La crisis económica de 2001 repercutió duramente en los hospitales públicos. Según Zeballos (2003: 59) “... la interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la crítica pérdida de ingresos económicos de la población por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media y otros factores incidieron en un notable aumento de la afluencia de pacientes a los establecimientos públicos de asistencia médica, en busca de atención... Esto se tradujo en un súbito y enorme aumento de la demanda de servicios hospitalarios, casi todos los cuales ya venían funcionando en forma deficitaria antes del colapso financiero. Las autoridades de salud nacionales, provinciales y municipales, así como el personal técnico y administrativo tuvieron que desarrollar acciones casi heroicas para mantener a los establecimientos funcionando en las precarias condiciones prevalecientes, o para ofrecer al menos los servicios más esenciales, ante la súbita escasez y costo prohibitivo de muchos insumos hospitalarios y medicamentos que ya no podían ser provistos a los pacientes impedidos de adquirirlos”.

[3] Esta sección se encuentra en proceso de revisión. La bibliografía citada no es exhaustiva.

[4] La Calidad Total se inicia cuando las ideas de Deming fueron volcadas a la industria japonesa de posguerra. Para ese autor, la calidad como meta puede ser alcanzada a partir de una dinámica de cambios organizacionales consistente en aplicar un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, en el mejoramiento de la calidad de vida laboral y en la promoción de la satisfacción (calidad percibida) del cliente/usuario.

[5] Este autor, además de operacionalizar las dimensiones de la calidad de la atención, incorporó tres perspectivas interrelacionadas para visualizar el desempeño de los servicios: i) estructura, indicador en el cual incluye la misión y los valores institucionales; los recursos y el financiamiento; la relación costo-efectividad; la organización del trabajo y la competencia profesional; en suma, los atributos materiales y organizacionales relativamente estables en un servicio; ii) proceso, indicador que comprende las relaciones interpersonales (comunicación, modos de atención, respeto a los derechos individuales, involucramiento del paciente y de su entorno familiar); y, finalmente, iii) resultado, indicador que se refiere a los niveles de salud y bienestar; al mejoramiento y mantenimiento de la salud, a la habilidad en el autocuidado; en suma, aquello que se logra para el paciente en términos de salud y de conocimiento, cambios en los comportamientos preventivos y aumento en los niveles de satisfacción.

[6] Un evento que no debiera ocurrir. Es un hecho que, incluso cuando ocurre una sola vez, puede considerarse como un síntoma de una grave disfunción dentro del servicio que se está evaluando.

[7] Se trata, a diferencia de los eventos centinela, de

acontecimientos que demuestran una atención específica tendiente a la mejora de la calidad pero que no está contenida en una norma.

[8] Dos son las teorías que explican la formación de las expectativas: la teoría de la consistencia interna y la teoría de asimilación del efecto de contraste. La teoría de la consistencia indica que las expectativas son más importantes que el verdadero desempeño del producto/servicio ya que las personas evitarán, a toda costa, las inconsistencias con sus creencias y ajustarán sus percepciones del desempeño de los productos para que se igualen a las expectativas que tenían previamente. Según esta teoría, aunque la calidad de un producto/servicio mejore, la evaluación será negativa si los sujetos parten de una baja expectativa. Vis a vis, evaluarán positivamente a un producto/servicio si su expectativa es alta aunque el desempeño sea malo o no sea el esperado. En cambio, los partidarios de la teoría del efecto de contraste afirman que si las expectativas son irreales y demasiado altas y el desempeño real no las cumple, el efecto de contraste hará que el sujeto evalúe al producto/servicio como peor de lo que realmente es.

[9] El análisis de la información recogida para dar cuenta de este objetivo general tomó en cuenta a las usuarias y los usuarios. En algunos tramos de la escritura no se usó la terminación "os/as" para facilitar la lectura.

[10] Se considera grupo a cada conjunto de entrevistados conformado según las cuotas prefijadas.

[11] Según un Informe de Outlook (1999), los administradores de programas y las personas a cargo de dictar las políticas concuerdan cada vez más en que el éxito de los programas de salud reproductiva radica principalmente en que los usuarios perciban que sus necesidades son satisfechas y que reciben un trato amable.

[12] La caracterización de las expresiones de los entrevistados es la siguiente: sexo, especialidad y edad.