

## **Atención en salud en la ciudad de Medellín: evidencias desde diferentes actores<sup>1</sup>.**

López-López MV, Arango-Tamayo G, Múnera-Gaviria H

### **Resumen**

Se destacan resultados de una investigación que indaga las percepciones de médicos(as), enfermeros(as) y usuarios(as) acerca de la atención en instituciones públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud en Medellín-Colombia. La metodología se basó en la estrategia etnográfica, se entrevistaron 50 personas entre profesionales y usuarios, de los resultados emergen tres grandes categorías: la lógica de la atención, la incidencia que en la atención tiene el nuevo contexto de Seguridad Social en Salud y el escenario de relaciones que se tejen en la atención en salud. Los hallazgos aportan a la reflexión acerca de la articulación entre la técnica, la infraestructura, la demanda de servicios y la necesidad de fortalecer la comunicación entre profesionales de la salud, entre estos y los usuarios y entre las instituciones.

Palabras clave

Cuidado a la salud, Seguridad Social en salud

### **Abstract**

We highlight the results of the research that explores the perceptions of physicians, nurses and users about the care in public and private health service providers in Medellín, Colombia. The methodology was based on ethnographic strategy, interviewed 50 people, including professionals and users, from the results emerge three main categories: the logic of care, the impact on care in the new context of Social Security in Health and stage of relationships that weave in health care. The findings contribute to the debate about the relationship between technology, infrastructure, demand for services and the need to strengthen communication between health professionals, among them, and users and between institutions.

Keywords

Health care, social security health

---

<sup>1</sup> Esta ponencia es producto de: la investigación. Atención en salud en la Ciudad de Medellín: evidencias desde diferentes actores. Autora: López MV y cols Financiada por el CODI-U de A. realizada en Medellín Colombia 2006-2008. mvlopez@tone.udea.edu.co

En el marco de la Constitución Política Colombiana de 1991 y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), se ha reconocido formalmente la salud como un servicio y, un derecho fundamental de la población. Esta investigación busca complementar el conocimiento disponible sobre la atención en salud en las instituciones de la ciudad de Medellín, el cual ha privilegiado la mirada de los servicios desde los gestores de los mismos, poniendo el énfasis en la eficiencia y la eficacia de los servicios, en una perspectiva claramente racional. El conocimiento anterior se complementa y confronta con las percepciones de diferentes actores sociales (usuarios, médicos (as) y enfermeros (as)), tratando de superar la excesiva parcialización que se origina cuando el recorte del objeto de investigación se circunscribe a uno de ellos, y recuperando una visión integral a partir de las diferentes voces.

Las percepciones acerca de la atención en salud por parte de estos actores, se lograron en instituciones, públicas y privadas, prestadoras de atención en la ciudad de Medellín. Las percepciones se entienden como la interpretación que los actores construyen sobre el mundo, las preguntas que se formulan de la realidad y las respuestas que obtienen, todo lo cual, está marcado por los conceptos que emplean<sup>1</sup>. La atención en los servicios de salud, siguiendo a los teóricos del constructivismo social<sup>2</sup>, se entiende como parte de la realidad social en la medida en que, la vida cotidiana, condensa la manera como los sujetos idean e implementan soluciones a las problemáticas diarias a través de la interrelación comunicativa en este caso la salud es analizada mediante evidencias obtenidas de usuarios de servicios de salud, profesionales de la medicina y de enfermería.

La metodología implementada es descriptiva y exploratoria mediante una estrategia de investigación etnográfica<sup>3,4</sup> se utilizaron como técnicas de investigación, la observación focalizada, la entrevista semiestructurada y la revisión documental. Para la presente ponencia, teniendo en cuenta las limitaciones de espacio, las evidencias textuales

desde los actores se reemplazan por la interpretación de los investigadores, tratando de ser fiel a las voces originales. Se recurrió a la triangulación: de informantes, de técnicas y con pares académicos de diferentes disciplinas propiciando una mirada desde la pluralidad de enfoques. Se realizaron 50 entrevistas a 14 médicos(as), 18 enfermeras(os) y 18 usuarios(as) con las cuales se obtuvo el criterio de saturación entendido como el momento en que la información recolectada con los participantes, se torna reiterativa dejando de aportar algo nuevo en las percepciones expresadas<sup>5 2</sup>.

En el desarrollo del proyecto se tuvieron en cuenta consideraciones éticas indicadas para la investigación social tales como: consentimiento informado, compromiso voluntario y consciente de los participantes. La transferencia de conocimientos de la Universidad a los participantes y las instituciones, manejo confidencial de la información y el respeto por las fuentes y derechos de autor.

## **RESULTADOS**

La interpretación de las percepciones de los participantes evidencia tres grandes categorías emergentes con diferente sentido según tipo de actor: la lógica de la atención en salud, la incidencia que en la atención significa el nuevo contexto de la Seguridad Social (Ley 100 de 1993) y finalmente, el escenario de relaciones configurado en el proceso de la atención.

### **Lógica de la atención**

Para los participantes el acceso y la calidad de la atención se constituyen en referentes centrales del sistema actual.

Para los usuarios el acceso se materializa en “atención sin barreras”, estas se concretan en demora en la atención (por falta de personal adecuado, condiciones geográficas, institucionales o económicas), copagos y tramites; circunstancias que inciden en la oportunidad de obtener una atención en salud con calidad. La presencia de estos obstáculos, según los usuarios, se manifiesta externamente en agresividad, inquietud y silencios como consecuencia de la dificultad para acceder a la atención la

cual integra tomas de muestras, remisiones, decisiones por parte del personal de salud, citas con especialistas, trámites y requisitos.

Para los profesionales de salud (médicos y enfermeras) independientemente del tipo de institución (pública o privada) o del rol profesional se encuentran dos tendencias opuestas. Mientras para algunos el actual sistema significa un avance en cuanto a conocimiento, capacidades institucionales y recursos para asegurar atención con calidad sin exclusiones; para otros, los mayores cuestionamientos se identifican en relación con el acceso, la tecnología y el cuidado humanizado.

Con respecto a las actividades administrativas, seguimiento, control y planes de mejoramiento en función de la calidad de atención son reconocidas como exigencias de acreditación y viabilidad institucional preocupación expresada fundamentalmente por los médicos, ya que los profesionales de enfermería se sienten marginados de este proceso.

Los recursos tecnológicos inciden en el estatus de la organización de salud, en la exactitud del diagnóstico, en sistematización de la información y en la tranquilidad del paciente, aspecto este último en el cual coinciden los usuarios con los profesionales participantes en el estudio. La deshumanización de la relación médico-paciente, como en el caso anterior, es lugar común en las percepciones de los participantes, pero privilegiado por usuarios y profesionales de enfermería.

### **Incidencia del contexto de la Seguridad Social**

Para los usuarios el encuentro con los agentes de salud en los servicios requiere “buen trato” lo que se concreta en amabilidad, llamar al usuario por su nombre y disponer de espacios apropiados para la atención donde se escuche y se den las explicaciones necesarias). La diferencia de regímenes contributivo y subsidiado representa diferencias en la atención así lo plantea un usuario, *“...es muy diferente la atención, si usted llega a un hospital, usted ahí mismo entra y de una lo van atendiendo, en cambio si usted es del SISBEN [régimen subsidiado], que espere que enseguida lo llamamos que hay mucha gente...”*

Los profesionales de la salud hacen una contrastación entre el actual sistema (SGSSS) y el anterior (Sistema Nacional de Salud) e identifican cambios en cuanto al rol del Estado por la financiación y el papel de los profesionales. Algunos participantes expresan que esta ley significa una transformación importante en los servicios de salud; por el aumento en el número de personas afiliadas al sistema, lo que no significa acceso efectivo y mucho menos a servicios de calidad, ni transformación de los servicios. La meta de ampliación de cobertura planteada desde la reforma del sistema indicaba también la posibilidad de tener acceso real a los servicios; sin embargo, médicos(as) y enfermeros(as) señalan que existen deficiencias institucionales que afectan la prestación de los servicios lo que trae consecuencias negativas en la salud de los usuarios por causa de la demora ocasionada por la cantidad de trámites, las trabas para tener autorizaciones a tiempo y la exigencia jurídica (tutelas) para lograr la atención.

La contra-referencia de los pacientes entre una institución y otra, es según los participantes especialmente los médicos(as) uno de los asuntos más complejos y problemáticos en el funcionamiento del sistema. Cambios de actores y de intencionalidades dificultan la atención. Antes el ingreso era un proceso que decidían los médicos y ahora, lo hace el ente administrativo con otra lógica; las limitaciones para el acceso se describen por: aspectos administrativos relacionados con las regulaciones en las relaciones inter e intra-institucionales formalizadas a través de los contratos; por limitaciones propias de la afiliación de los usuarios que se refieren al tipo y tiempo de cotización al sistema.

### **Relaciones que se tejen en el proceso de atención**

Las instituciones de salud se constituyen en un espacio de relaciones entre actores que se tejen con armonía o que expresan tensiones que inciden en la situación de salud por la cual se consulta. La relación entre profesionales de la salud y pacientes se reconoce como aspecto de gran importancia dado que influye en el desarrollo del proceso de atención y una de las principales limitaciones es el tiempo de consulta porque aleja a los

actores y obstaculiza una atención con calidad. Para los profesionales, especialmente de enfermería la relación con sus pares, con los usuarios y con las instituciones se afecta por las formas de contratación temporal vigente a través de Empresas de Trabajo Asociado. La visión de gremio se desdibuja y hay una sensación de pérdida en el cumplimiento de los roles. Para las(os) enfermeras(os) las exigencias en el cumplimiento de tareas de igual o mayor complejidad no corresponden a las necesidades de recursos humanos especializados y contratados en número suficiente, además la lógica de la privatización de los servicios de salud se traduce en sobrecarga laboral, en la medida que se busca atender más población con menos personal de salud.

Esta exigencia se traduce en mayor adaptabilidad a las labores realizadas, para ello, se requieren trabajadores de la salud con capacidad de asumir los cambios y disponibles a aceptar las condiciones fluctuantes del mercado laboral -nuevas tareas, duración de la jornada laboral, tipos de contrato flexible y bajos niveles de remuneración, entre otras. No obstante la incidencia en el rol profesional de los cambios consignados, la combinación de funciones administrativas y del cuidado, la adaptación a dichos cambios a través de nuevas formas de contratación, la variación en los horarios y tareas genera confusiones e insatisfacciones con respecto al desempeño profesional.

El uso de tecnologías ha disminuido el contacto directo con el paciente, esto lleva a los profesionales a asumir roles operativos y a minimizar el carácter humano que en su concepto debe acompañar el proceso de la atención. Lo que se observa es que con el predominio de individualismo se evidencia un desconocimiento del valor de la organización profesional y una desconfianza en cualquier forma organizativa como gremio. La tendencia a reducir la participación en organizaciones sindicales, además, redundando negativamente en el reconocimiento de las conquistas históricas del sindicalismo, basadas en un trabajo estable, bien remunerado y con beneficios para las familias de los trabajadores, las cuales han sido resultado de procesos históricos de luchas de las organizaciones. El tipo de contratación y la falta de conciencia colectiva

que permea a los trabajadores, disminuye las posibilidades de acción grupal dentro del espacio de trabajo.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

El trabajo deja ver la pertinencia que tiene la percepción los usuarios y de profesionales de medicina y enfermería sobre el quehacer en las instituciones de salud, como espacios en los que se concretan saberes y prácticas profesionales así como, anhelos y expectativas personales. El reconocimiento de las percepciones de los actores involucrados en el proceso de atención en salud, supera la fría visión que desde las estructuras normativas se presenta, pues la percepción manifiesta la manera como en la vida diaria y en sus relaciones los actores construyen sus propias normas. Siguiendo lo planteado por Merhy<sup>6</sup> es importante partir del presupuesto que el trabajo en salud es siempre relacional, porque depende de trabajo vivo que se configura en el acto mismo de atención en la interrelación entre sujetos trabajadores y usuarios, individuales y colectivos.

De esta manera se complementa el uso del instrumental en exámenes y medicamentos, con el reconocimiento de que los usuarios además de presentarse con un problema de salud, traen consigo determinado origen social, relaciones sociales y familiares, una subjetividad que se expresa también a través de la enfermedad y que es importante reconocer.

Los usuarios desde sus experiencias destacan dificultades que se presentan en el momento de acceder a los servicios, deterioro de la relación agente de salud-usuario y evidencian diferentes maneras de resolver la multiplicidad de dificultades que se presentan para poder superar las barreras que surgen en un modelo de atención en salud privatizador. Contrasta esta mirada, con la de los gestores de la política, los cuales sustentan la atención de los servicios mediante el aumento de coberturas y afiliación, y en una política de calidad más centrada en la optimización de los recursos y la rentabilidad, las condiciones locativas de los hospitales y por la estandarización de los procesos y procedimientos de las Instituciones de salud.

Para los profesionales el sentido de la universalidad, calidad y cuidado humanizado es un referente del deber ser de la atención en salud, sin embargo existen trabas de orden estructural y organizativo que es necesario intervenir para enfrentar desde lo general y lo particular en los servicios de salud.

En la base, la investigación ayuda a entender la atención en salud como un servicio que requiere verse en el contexto del derecho; siguiendo el derrotero constitucional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su anclaje con el título primero de la Constitución, cuando se preocupa por la vida como derecho fundamental<sup>7</sup>. La consideración de la salud como derecho, apoya la superación de su tratamiento tradicional de necesidad básica y orienta a brindar posibilidades a las personas y las comunidades para generar organizaciones que propendan por su reconocimiento.

Finalmente, consideramos importante dejar constancia de la importancia de que este tipo de investigaciones acerca de la calidad de los servicios de salud, se involucre a los diferentes actores, dejando de ser parcelaciones que en la medida en que se concretan en uno sólo de los mismos, no permite visibilizar las relaciones y en alguna medida aproximarse a una visión de la totalidad, se trata de reconocer la multidimensionalidad del fenómeno. De igual manera, si bien estos actores, se analizan en la interacción, es necesario reconocer la importancia del estudio su contexto, en este caso en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se considera fundamental que en otros acercamientos a la temática, esta sea analizada a la luz de las consecuencias que en la prestación de los servicios tienen los procesos de internacionalización y globalización de la atención en salud.

---

## Referencias

<sup>1</sup> Cuff, Pyne et al, 1985, citado por Bonilla y Rodríguez 1997. 34 p.

<sup>2</sup> Berger P. y Luckmann T. La construcción social de la realidad. Argentina: Amorrortu. 2003. 34-63.

<sup>3</sup> Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. Colección Contus. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Junio 2003 p. 188

<sup>4</sup> Martínez M.. La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico 3ª ed. México:Trillas. 1998 (reimpresión 2007) pag 30

<sup>5</sup> Bertaux, D. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. En: Historia oral e historias de vida, Cuadernos de Ciencias sociales. No 18 Costa Rica. FLACSO. 1998

<sup>6</sup> Merhy -Emerson E y Franco, T. Por una Composición Técnica del Trabajo en Salud centrada en el campo relacional y en las tecnologías leves. Señalando cambios para los modelos tecnoasistenciales. Saúde debate, v.1, p1-17, 1976.

<sup>7</sup> Corte Constitucional. Sentencia 116 de 1993, 076 de 1994, 192 de 1994, 10 de 1999 y 304 de 1998