Incorporación de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en el proceso de planificación sanitaria de Cataluña

Lupicinio Íñiguez-Rueda[a], Margarita Sánchez-Candamio[b], Jordi Sanz[c], Àngels Elias[d] y Josep Fusté[d]

[a]*Universitat Autònoma de Barcelona.* [b]*Universitat de Girona.* [c]*Autònoma de Barcelona.* [d]*Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona. España.*

Al enfoque tradicional técnico-político de la planificación sanitaria, se han sumado las perspectivas de las poblaciones que interactúan cotidianamente en el seno del sistema de salud: los ciudadanos, los profesionales y los gestores. En este artículo se presentan la metodología y una selección de resultados del estudio llevado a cabo a propósito del Mapa Sanitario de Cataluña con metodologías cualitativas (entrevistas individuales, grupos focales y relatos biográficos) con 254 participantes. Los resultados destacan aspectos relacionados con los recursos (estructurales e informales), la sobrecarga, la sobreutilización, la sobremedicalización, la definición de procesos, la variable tiempo, la coordinación, el conocimiento y la competencia de los profesionales, las condiciones y las posiciones clave de la práctica sanitaria (tanto de profesionales como de usuarios) o el papel de intermediario que ejerce el profesional en el sistema, entre otros. Este nuevo enfoque metodológico ha sido de gran utilidad para apuntar estrategias de orientación de los servicios.

Palabras clave: Servicios sanitarios. Metodología cualitativa. Procesos sanitarios. Conocimiento y competencia profesional. Relación entre profesional usuario.

The incorporation of the views of the public, professionals and managers in the healthcare planning process in Catalonia

The views of those populations that interact every day in the heart of the health system: the public, professionals and managers have now been added to the traditional technical-political approach to healthcare planning. This article presents the methodology of and a selection of results from a study carried out for the Health Map of Catalonia using qualitative methods (individual interviews, focus groups and biographical accounts) with 254 participants. The results highlight aspects related with, among others, resources (structural and informal), work overload, overuse, over-medicalisation, definition of processes, the time variable, coordination, the knowledge and competence of professionals, the conditions and key perspectives of healthcare practice (of both professionals and users), and the role of intermediary played by the professional in the system. This new methodological approach has been of great use for pointing out guidance strategies for services.

Key words: Health Services. Qualitative Research. Health Processes. Knowledge and Professional Competence. Professional-Patient Relationship.

Correspondencia: Dr. L. Íñiguez-Rueda
Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona
Edifici B. 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallés). Barcelona. España.
Correo electrónico: lupicinio.iniguez@uab.cat

Introducción

Tradicionalmente los procesos de planificación de servicios surgen de la Administración sanitaria o las aseguradoras y tienen un enfoque eminentemente técnico-político. En la elaboración del Mapa Sanitario Sociosanitario y de Salud Pública de Cataluña hubo un interés especial, desde el inició del diseño del proceso, en sumar a este enfoque clásico las perspectivas de las poblaciones que cotidianamente interactúan en el seno del sistema de salud: los ciudadanos en tanto que usuarios (pacientes y cuidadores), los profesionales y los gestores. Para ello se encargó a un grupo de investigadores de la Universitat Autònoma de Barcelona y de la Universitat de Girona la elaboración de un estudio con metodologías cualitativas.

El propósito del estudio era evidenciar y contrastar conjuntamente la visión que tiene la ciudadanía, los profesionales y los gestores del sistema de salud para orientar la planificación sanitaria en Cataluña, aportando una perspectiva metodológica cualitativa para generar información significativa socialmente y relevante para la práctica. A tal efecto, se identifican las experiencias, percepciones y valoraciones de los agentes implicados en la atención producida en los servicios de salud y que contribuyen a definir sus acciones. Asimismo, se detectan puntos fuertes y débiles del sistema de salud a partir de las visiones de gestores, profesionales y usuarios.

En este artículo no se hace una exposición detallada del conjunto de resultados que configuran el informe final del estudio[1,2] sino que se ofrece un resumen sucinto de algunos de ellos. Por una parte, se indican los resultados principales en cuanto al punto de vista específico de cada colectivo y, por otra, se presenta una síntesis de los resultados relativos a la perspectiva integrada de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre el sistema sanitario catalán.

Método y procedimiento

Se trata de una investigación realizada desde una perspectiva metodología cualitativa[3-5] cuyos objetivos generales fueron los siguientes:

– Identificar las experiencias, las percepciones y las valoraciones de los agentes implicados en la atención producida en los servicios sanitarios para contribuir a definir sus acciones.
– Indagar sobre los aspectos clave, las prácticas y los significados otorgados a la atención sanitaria desde la perspectiva de los agentes involucrados.

Adoptar como perspectiva la metodología cualitativa implica la realización de una investigación que está definida por los siguientes principios básicos que orientan y sostienen el diseño y la ejecución de la investigación:

– Asume que la realidad que se estudia es dinámica, múltiple y debe ser analizada globalmente mediante las versiones que construyen los agentes en sus interacciones.
– Implica el análisis y la interpretación del significado que las personas dan a sus acciones y las acciones de las otras.
– Tiene como propósito principal identificar temas, expresiones y repertorios argumentativos en su manifestación espontánea y contextualizada.
– Comporta una sensibilidad investigadora respecto a las dimensiones históricas, culturales, políticas y contextuales en la definición del objeto de estudio y los procedimientos.
– Tiene un carácter netamente participativo, puesto que implica las personas en los procesos sobre los que se quiere actuar.

Los fundamentos teóricos, epistemológicos y las características de esta metodología la hacen no sólo pertinente para desarrollar esta investigación, sino que además la convierten en una herramienta privilegiada para acceder a los procesos y las prácticas que se han analizado. La posibilidad de una profundización comprensiva e interpretativa[6] mayor de los procesos estudiados, así como su análisis específico y pormenorizado hacen que esta metodología complemente de forma sustanciosa métodos más extensivos y agregados de tipo cuantitativo. Aunque esta metodología exija la concentración en ámbitos delimitados contextualmente y que no permiten la universalización y/o extensión generalizada, posibilitan un estudio más detallado y explicativo. Fundamentalmente, esto se debe a 2 razones: *a)* esta metodología respeta y presta una especial atención al lenguaje propio de usuarios, los profesionales y los gestores[7], y *b)* la utilización de métodos cualitativos permite comprender cómo se construyen versiones e imaginarios del sistema sanitario, conglomerados de significados colectivos que dan cuenta de sus contextos cotidianos de los sujetos de estudio en relación con éste[8].
Las técnicas para la generación de datos utilizadas fueron las entrevistas individuales en profundidad[9-11], los grupos focales[12-14] y el relato biográfico[15,16].
Los sujetos de la investigación se consideraron según 6 perfiles de informantes establecidos teniendo en cuenta su distribución en 4 redes de atención (primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental), y su ubicación geográfica:

– Informantes sistémicos: personas clave que por su trayectoria profesional y/o posición en el sistema sanitario tienen un conocimiento profundo y global.
– Usuarios actuales de los diferentes servicios sanitarios.
– Cuidadores: personas que tienen a su cargo una o más personas usuarias habituales del Sistema Sanitario.
– Profesionales que intervienen en procurar la atención a las personas.
– Gestores/as: personas encargadas de la gestión de los diferentes tipos de centros de las redes.
– No usuarios: personas que en los últimos 2 años no han empleado ninguno de los servicios sanitarios en Cataluña.

El tipo de muestreo que se realizó fue de carácter intensivo por representatividad teórica teniendo en cuenta los criterios muestrales de inclusión establecidos y especificados detalladamente para los diferentes tipos de informantes. El procedimiento para construir esta muestra fue el llamado *de bola de nieve*. En la tabla 1 se presentan las características principales de la muestra utilizada.
La elaboración de los registros se realizó, principalmente, a partir de las grabaciones de audio y las transcripciones literales constituyendo un *corpus* único de datos. Además, se contó con los registros de las observaciones llevadas a cabo durante la realización del trabajo de campo y de los grupos de discusión.
El análisis de los datos textuales se desarrolló utilizando como procedimientos analíticos el análisis del discurso[17] y el método de comparaciones constantes derivado de la *grounded theory*[18,19]. Para su análisis se ha utilizado la herramienta informática para el análisis cualitativo de datos textuales Atlas/TI[20,21]. El análisis se ha llevado a cabo mediante la codificación del *corpus* de datos mediante un etiquetado de conceptos con el texto que el investigador considera de potencial relevancia para los objetivos del proyecto de investigación. La descripción sintética de las fases que se han seguido para la realización del análisis puede verse en la tabla 2.

Resultados

Con el objetivo de que el lector pueda tener una aproximación general a los resultados del estudio y discutir sus implicaciones en un proceso de planificación sanitaria, en este artículo se exponen, inicialmente y de forma muy sintética, los resultados principales referidos a los puntos de vista específicos de cada colectivo analizado. En la segunda parte, se presentan los resultados desde la perspectiva integrada de las 3 visiones.

Perspectivas específicas de ciudadanos, profesionales y gestores. Resultados principales

La visión de los servicios sanitarios que tienen los ciudadanos en su condición de usuarios, siguiendo sus discursos, se organiza en 8 ejes temáticos: *a)* información, comunicación e interacción; *b)* conocimiento y competencia de los profesionales; *c)* recursos sanitarios; *d)* desigualdades en la red asistencial; *e)* procesos de salud: itinerarios, temporalidad y coordinación; *f)* estrategias de los usuarios en el sistema sanitario; *g)* el usuario como agente social de derechos, y *h)* el papel de la participación.

TABLA 1

Descripción de la muestra

	Informantes sistémicos	Profesionales	Gestores	Usuarios	Cuidadores principales	No usuarios
Grupos de discusión		11		9	3	1
Entrevistas individuales	11	7	13	21	5	1
Relatos biográficos					2	
Total participantes	11	98	13	93	31	8
Número total de participantes: 254						

Las visiones de los profesionales suponen una mirada original en la medida en que se perciben situados en el punto de intersección donde se cruzan las demandas de los usuarios y las disposiciones del sistema. Se han identificado 6 ejes que vertebran el discurso de los profesionales: *a)* la calidad de la asistencia; *b)* el trabajo en equipo y la coordinación como filosofía y método; *c)* la idiosincrasia de la interacción con los usuarios; *d)* las expectativas y la praxis de la atención en salud; *e)* el tiempo como analizador de la actividad, y *f)* la atención y la plantilla.

En la población de gestores analizada, es posible identificar 4 ejes que organizan su discurso: *a)* las características de la gestión; *b)* las conductas y las características relacionadas con los profesionales; *c)* las conductas y las características relacionadas con los usuarios, y *d)* las carencias.

En las tablas 3-5 se presentan de forma resumida los resultados más importantes en cuanto a las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores, respectivamente.

TABLA 2

Fases del proceso de análisis

Fases	Tareas específicas
Segmentación	Selección de unidades de información comprensibles por sí mismos y que contienen una idea o una proposición en relación a episodios o informaciones relativas al ámbito que se estudia. Han de preservar su significación contextual
Codificación abierta	Se aplican códigos abiertos sobre cada segmento informativo y se construyen categorías que los mismos participantes utilizan. Con esta codificación se identifican los grandes temas y ejes temáticos que articulan los discursos
Clasificación e interrelación de códigos	A partir de la lista o inventario de los códigos se procede a su puesta en relación
Codificación focalizada	Consiste en la construcción de subcategorías dentro de un mismo código con una comparación constante entre ellas con la finalidad de construir una coherencia interna dentro de cada código. Con este procedimiento se clasifican los segmentos de un código inicial en diferentes tópicos temáticos emergentes para cada selección de unidades de información. La finalidad de este proceso es convertir los códigos iniciales en códigos axiales o fundamentados
(Re)contextualitzación	Consiste en explorar e identificar las relaciones entre códigos axiales para crear una línea argumentativa que permita definir su fundamento y su carácter distintivo
Mapas conceptuales	Elaboración de una visión de conjunto que constituya una guía conceptual de los resultados
Redacción de resultados	Constituye la parte final del proceso de análisis y se realiza a partir del trabajo de organización y sistematización de los códigos axiales obtenidos, ilustrando la argumentación y la interpretación con segmentos de transcripciones

TABLA 3

Resultados principales relacionados con los puntos de vista de los ciudadanos

- Reconocen aspectos positivos del comportamiento de los profesionales (compromiso, responsabilidad, competencia, consideración, buena disposición, confianza, empatía), pero en la interacción de los dos también perciben carencias (disimetrías, deslegitimación, trato diferencial).
- Demandan información comprensible sobre su estado de salud y sus consecuencias, el proceso asistencial y la organización de los servicios
- Mencionan que los itinerarios que hay que seguir a menudo son demasiados complejos y poco explicitados
- Detectan problemas de carencia de escucha por parte de los profesionales y el sistema
- Destacan el alto nivel de recursos tecnológicos ante la escasez de otros, como por ejemplo déficit estructurales y de profesionales
- Aprecian que la duración de los procesos es demasiado larga y mencionan que hay una diferencia entre el tiempo de los usuarios y el tiempo del sistema
- Perciben deficiencias en la coordinación entre redes y profesionales
- Hacen un uso sistemático de los servicios de urgencias como alternativa a otros servicios
- Muestran una necesidad creciente de tener competencia y amplias estrategias de enfrentamiento como usuarios, para conseguir la atención adecuada
- Utilizan las relaciones informales y la propia experiencia como herramientas principales en sus contactos con el sistema
- Reclaman derechos (a la información, a ser bien atendidos, a discrepar, a no ser discriminados, a ser respetados, a una atención adaptada a sus especificidades, etc.)
- Muestran una tendencia creciente a tomar parte activa en las decisiones que afectan a su salud

Perspectiva integrada de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores del sistema sanitario catalán

Entendemos por perspectiva integrada el análisis holístico y comparativo de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores que nos permite apreciar sus coincidencias y discrepancias en torno a las dimensiones de la atención sanitaria que ellos mismos definen como relevantes. Éstas se refieren, principalmente, a los recursos sanitarios, entre los que destacan aspectos relacionados con los recursos informales,

TABLA 4

Resultados principales relacionados con los puntos de vista de los profesionales

- Consideran que la asistencia al sistema sanitario catalán es de mucha calidad, a pesar de la percepción de carencia de recursos. Ven un paralelismo entre la calidad, el desarrollo profesional y la formación
- Reconocen que los usuarios buscan entre los profesionales los interlocutores del sistema que les resultan más accesibles (a menudo las enfermeras/os)
- Consideran fundamentales en la interacción con los usuarios la receptividad hacia la demanda, la atención y la escucha
- Encuentran divergencia entre los criterios de evaluación del sistema y los de los profesionales. Distinguen entre criterios cuantitativos (predominantes) y cualitativos (más relacionados con la práctica profesional)
- Interpretan que las prioridades que marca el sistema a menudo interfieren en su tarea asistencial
- Consideran que el aumento del tiempo disponible para la consulta es capital para transformar una asistencia que se caracteriza por una actividad tecnológica en una actividad de atención
- Mencionan que el envejecimiento y la inmigración generan presión añadida sobre la práctica cotidiana
- Manifiestan que la presión asistencial crea tensión entre la práctica profesional y las demandas. También condiciona el trabajo en equipo
- Califican la provisionalidad, la rotación y la precariedad laboral como elementos que generan disfuncionalidades
- Consideran causas de la rotación en el lugar de trabajo la carencia de reconocimiento profesional y la baja remuneración

TABLA 5

Resultados principales relacionados con los puntos de vista de los gestores

- Perciben carencias de recursos, tanto económicos como humanos
- Destacan como punto problemático las diferencias de prioridades y valores entre gestores y profesionales
- Ponen énfasis en la necesidad de reorientar el modelo de gestión, ubicando al usuario como prioridad
- Resaltan la necesidad de adaptación del sistema a las nuevas necesidades y tendencias de futuro
- Destacan la coordinación como un elemento central del sistema
- Creen que los profesionales tendrían que ser más conscientes del gasto que comportan las formas de práctica. Hay que trabajar en red y evitar duplicidades
- Ponen de manifiesto la importancia de las competencias de los profesionales de acuerdo con unos usuarios más «exigentes» y con nuevas «demandas»
- Piensan que se deben aclarar los límites de la oferta y que hace falta «formación» de los usuarios en relación con la cultura de la inmediatez

la sobrecarga y la sobreutilización, la definición los procesos sanitarios y la coordinación, el conocimiento y la competencia de los profesionales, las condiciones de la práctica sanitaria y la relación profesional-usuario.

Recursos sanitarios

Recursos informales. Los 3 agentes del sistema sanitario hacen invisibles los recursos de tipo informal que aportan los ciudadanos en la asistencia sanitaria y los cuidados de salud. Sólo las cuidadoras principales de pacientes con alta dependencia y una parte del personal de enfermería de los recursos de salud mental y sociosanitarios reconocen la complementariedad entre sistema de recurso formal e informal como garantía de calidad en la atención sanitaria.

Sobrecarga. Usuarios, profesionales y gestores coinciden en la necesidad de incrementar los recursos sanitarios en términos de personal y prestación de servicios. En su especificidad, los gestores comparten esta idea, pero la ven irrealizable, ya que la estructura general del sistema tiende a reducir el expendio en sanidad. En consecuencia, estos 3 agentes consideran que el principal efecto de este déficit en gasto sanitario es la sobrecarga de los recursos sanitarios ya existentes.
En su delimitación, los usuarios expresan esta sobrecarga en términos de *a)* tiempo de espera en recibir atención sanitaria; *b)* complejidad de los itinerarios en el proceso de búsqueda, y *c)* dificultad de conciliación entre atención de salud y vida laboral.
Los profesionales no siempre reconocen la sobrecarga que experimentan los usuarios sino que la asocian a la presión sistémica de tener que trabajar más y en peores condiciones.
Los gestores vinculan la sobrecarga a la obligación sistémica de control y gestión eficiente del gasto que ellos deben ejercer en su cotidianidad profesional. Basan su propuesta de solución en 2 acciones concretas: *a)* presionar-persuadir a los usuarios y profesionales para que controlen activamente sus agendas, y *b)* ampliar el papel de los profesionales ya contratados para que asuman nuevas funciones y evitar excesiva contratación de recursos humanos. Para el personal médico, esta ampliación de papel profesional se asocia a una pérdida de identidad profesional y de intrusismo. Por el contrario, el personal de enfermería ve en esta medida una posibilidad de mejora en su estatus, autonomía y desarrollo profesional.

Sobreutilización. Los usuarios, los profesionales y los gestores comparten su visión en significar la sobreutilización de recursos en términos de pruebas diagnósticas y en el uso de los servicios de urgencias. Específicamente, los usuarios lo asocian a una forma de gestionar la incertidumbre en el no saber cuál es su problema de salud; por consiguiente, lo conciben como una práctica de buena atención sanitaria. Para los profesionales, éstos reconocen la excesiva prescripción de pruebas diagnósticas pero destacan que, paradójicamente, son un punto de fuga a las presiones de los usuarios (necesidad de saber cual es su problema de salud). Asimismo, las conciben como una forma de mejorar la atención sanitaria ya que consideran que un rápido diagnóstico es parte de su obligación como profesionales. Finalmente, los gestores difieren en estas concepciones ya que creen que el sobreuso se debe a una práctica defensiva y tecnocrática del personal médico.

Procesos sanitarios

Definición de procesos. Usuarios, profesionales y gestores coinciden en afirmar que los procesos implicados en la atención sanitaria deben tener una clara definición, deben ser fáciles de entender y deben ser conocidos por todos los agentes del sistema sanitario.
Los usuarios abogan por procesos sanitarios integrales, fáciles de gestionar y diseñados en concordancia con sus necesidades. La complejidad actual de los itinerarios y los procesos hace que sea necesaria la orientación por parte de un profesional, que sepa dar respuesta a la incertidumbre intrínseca a su problema de salud y a la generada por el mismo sistema en la complejidad de obtener atención sanitaria adecuada. Estas expectativas implican que el sistema debe poner a disposición de los usuarios equipos de profesionales que sepan gestionar casos complejos y que los propios usuarios tengan la oportunidad de aprender a gestionar su propio itinerario de salud.
Los profesionales muestran sus preferencias de forma ambivalente respecto a la configuración de los procesos sanitarios. Por un lado, coinciden con los usuarios en que los procesos deben ser estandarizados para evitar la excesiva burocratización en el quehacer cotidiano, y por otro, quieren mantener cuotas de autonomía y espacio para la decisión a partir de su criterio como profesionales.
Los gestores consideran que los procesos sanitarios deben guiarse por principios como optimización y eficiencia. Creen importante adaptar los procesos sanitarios a las necesidades profesionales (en especial énfasis las del personal médico) como forma de incrementar la calidad de la atención sanitaria y dar respuesta a las necesidades de los usuarios.

Coordinación. Profesionales y gestores reducen la noción de coordinación entre procesos sanitarios a una vinculación entre sistemas de información y a la gestión de casos con criterios claros de derivación entre niveles asistenciales. La perciben así asociada a una estandarización de prácticas y relaciones entre servicios mediante la implementación homogénea de protocolos de práctica clínica.
Para los gestores, coordinación significa compartir información clínica y financiera para evitar duplicidades (insisten en pruebas diagnosticas y complementarias). Para los profesionales, su visión de la coordinación implica poder compartir de forma endógena información clínica y procedimientos de actuación validados científicamente. Se muestran partidarios de compartir cierta información con los usuarios para evitar tener que dar continua respuesta a sus temores, aumentar su adherencia terapéutica y socializarlos en las normas de uso de los servicios sanitarios.
Finalmente, los usuarios entienden que existe coordinación cuando no hay vacíos en la atención sanitaria. En términos «informacionales», la perciben cuando diferentes profesionales muestran conocer las particularidades de su caso. Los usuarios no quieren ser los únicos que conozcan de forma continua y global su problema de salud.

Conocimiento y la competencia de los profesionales

Protocolos y experiencia. Los profesionales conciben de forma ambivalente su conocimiento y su competencia profesional entre el conocimiento homogéneo de protocolos científicos y el conocimiento tácito de su experiencia como profesional. Los protocolos les proporcionan celeridad y automatismo en la toma de decisiones, mientras que el conocimiento basado en su experiencia como profesional les permite afrontar la complejidad y diversidad que configuran los problemas de salud particulares y relativos a cada paciente. En la primera forma de conocimiento, muestran su interés por la evidencia científica que tiene como interlocutores a grupos de expertos y la industria farmacéutica. En la segun-

da forma de conocimiento, consideran imprescindible aquellos conocimientos específicos que permiten construir cada caso. A tal efecto, creen necesario considerar como fuente válida de conocimiento la experiencia y perspectiva del usuario (lo que el paciente les relata).
En su especificad, los usuarios expresan que la principal fuente de conocimiento para garantizar una buena atención sanitaria es aquella que los profesionales pueden sonsacar de su caso concreto, de su experiencia como paciente. Esta afirmación no invalida el conocimiento experto y científico (más general) pero lo posiciona como complementario. Consideran que no se puede ofrecer una buena atención sino se tiene en cuenta lo que los pacientes saben. Tampoco si se basan exclusivamente en formas de recogida de información que clasifica y considera todos los casos clínicos por iguales.

Formación. Usuarios, profesionales y gestores muestran su coincidencia en el hecho de considerar la formación de los profesionales como necesaria para una mejora en la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, ésta también se utiliza como una panacea a cualquier problema actual o futuros cambios en el sistema sanitario. Las diferencias más significativas entre los 3 agentes se concretan en los ámbitos competenciales que la formación debe contemplar.
Los usuarios creen que los profesionales deben aprender a escuchar al paciente y aprender a relacionarse mejor. Creen que esta competencia permitirá al profesional conocer mejor la especificidad de cada caso clínico.
Los profesionales afirman que los usuarios deberían conocer mejor el funcionamiento del sistema y sus procedimientos e, incrementar así la autogestión. Los gestores deberían conocer de forma más exhaustiva la práctica clínica para que puedan, de esta forma, diseñar procesos adaptados a sus necesidades cotidianas.
Respecto a las necesidades de formación de los propios profesionales, se aprecian divergencias entre el personal médico y el de enfermería. El personal médico reclama una formación basada en la evidencia científica y los continuos avances en tratamientos. El personal de enfermería se muestra interesado por la formación especializada en la atención de las personas con enfermedades crónicas, con dependencia y citaciones de especial dificultad. Se interesan por nuevos yacimientos de especialización que supongan menos subordinación al personal médico.
Finalmente, los gestores creen conveniente que los usuarios aprendan a gestionar por si mismos su itinerario de salud. A los profesionales, les piden que sean más conscientes del gasto que supone sus prácticas cotidianas así como que incrementen el trabajo en red para evitar duplicidades en los procesos clínicos.

Condiciones de la práctica sanitaria

Práctica de profesionales y usuarios. Usuarios, profesionales y gestores aprecian como las condiciones en las cuales acontece actualmente la atención sanitaria generan «incomodidad» a los profesionales sanitarios. Este hecho dificulta la calidad en la atención misma. Sin embargo, se diferencian en su posición cuando distinguen entre los profesionales con vocación y aquellos que no la tienen. Los usuarios, por su parte, comprenden que determinantes sistémicos obstaculizan una muy buena práctica de los profesionales. Aun así, este hecho no explica porque algunos profesionales les atienden mejor y otros peor. Asocian a esta «vocacionalidad» las diferencias individuales de cada profesional.
En segundo lugar, una primera parte del personal médico y de enfermería ven como las condiciones estructurales del sistema sanitario justifican algunas malas prácticas por parte de los usuarios para recibir atención (uso de las urgencias como forma de gestionar el tiempo de espera) y la no implicación de los profesionales en su lugar de trabajo. Una segunda parte de estos profesionales intenta mantener una forma de práctica clínica que consideran aceptable y posible. Es decir, movilizan todos los recursos cotidianos que tienen a su alcance en la práctica cotidiana para maximizar la calidad asistencial que los usuarios requieren. Cualquiera de las 2 posiciones implica una tensión constante entre las constricciones cotidianas del lugar de trabajo y las exigencias vocacionales de prestar una atención sanitaria de calidad.
Finalmente, los gestores reconocen que las condiciones sistémicas generan no implicación y malestar en una parte importante de los profesionales. No obstante, consideran este fenómeno como un efecto colateral a la ampliación de la cobertura sanitaria y a un intento de mejora respecto su eficiencia. A tal efecto proponen resolver la desmotivación profesional mediante políticas de incentivos en los centros hospitalarios.

Sobremedicalización. Usuarios, profesionales y gestores afrontan de diferente manera la tendencia a la sobremedicalización de problemas que no son estrictamente sanitarios. Los usuarios no consideran que se esté construyendo como problemas de salud gran parte de los malestares vitales. Tampoco creen que sea perjudicial individual y colectivamente demandar asistencia sanitaria para aquellas situaciones que se requiere ayuda. Por lo contrario, sí describen como problema el hecho que los profesionales redefinan en las consultas sus demandas como a «invenciones personales», y no se contemplan como problemas objetivos-reales y, finalmente, categorizarlas como objeto de atención psicológica.
En segundo lugar, los profesionales insisten en que la sobremedicalización debe considerarse un problema clave en su práctica profesional. Responsabilizan indirectamente a los usuarios por su poca capacidad de contención en sus demandas y el poco conocimiento del sistema. Esta creencia se transforma en una medicina «defensiva», que gravita entre el intentar derivar aquellos casos más complejos o insistentes y en intentar limitar las expectativas de los usuarios. Finalmente, los gestores consideran las demandas de los usuarios como un problema grave para el funcionamiento sistémico de salud. Consideran que los usuarios colapsan en ciertos casos el sistema y, como contrapartida, promueven formas de atención que inhiban la hiperfrecuentación.

Profesionales como intermediarios. Usuario, profesionales y gestores reconocen la posición intermedia de los profesionales que desarrollan su práctica condicionados por las demandas (a veces irreconciliables y paradoxales) de usuarios y gestores. Los usuarios reconocen que una parte de los profesionales se muestran partidarios de realizar una atención sanitaria más cercana a sus intereses. De la misma forma, reconocen su frustración a que éstos no la pueden realizar al no tener suficiente cuota de poder. Por su parte, los profesionales reconocen la incompatibilidad entre las demandas de los usuarios y gestores. Consideran que no pueden mantener una posición mediadora entre ambas posiciones y deben ejercer estratégicamente su práctica profesional: trasmiten a los usuarios que comparten gran parte de sus intereses y demandas pero, al mismo tiempo, prosiguen con las regulaciones impuestas por gestores. En último lugar, los gestores consideran que con bastante frecuencia los profesionales se encuentran enrocados en posiciones burocratizadas y maximalistas que no quieren incorporar las limitaciones de un sistema de salud público.

Relación entre profesional y usuario

Los usuarios se muestran partidarios de que los profesionales valoren la información que los mismos usuarios les puedan dar en la consulta. Desean conocer su problema de salud, la solución específica que el profesional ha contemplado para su caso así como lo que el profesional espera de ellos. En consecuencia, se trata de una relación profesional-usuario que no se limita a la comprensión puntual de información. Requieren ser atendidos de forma continua y con la oportunidad de asegurarse y confirmar las decisiones tomadas para lograr sus objetivos. Para ellos, la relación con los profesionales es lo que constituye una atención sanitaria satisfactoria. De la relación surgen otros valores de la atención sanitaria como pueden ser el buen diagnóstico y la eficacia en el tratamiento.

Usuarios, profesionales y gestores conciben el hecho de poner límites a la relación asistencial entre profesional y usuario como equivalente a poner límites al tiempo de la relación. La diferencia se puede apreciar en que para los gestores este límite se hace necesario mientras que para los usuarios no.

Discusión

Los 3 puntos de vista (ciudadanos, profesionales y gestores) claramente coinciden en señalar el déficit de recursos y como consecuencia sobrecarga de responsabilidad y un tiempo de espera largo. Igualmente existe coincidencia en la apreciación de que los procesos han de estar bien definidos, ser fáciles de entender y conocidos por los diferentes agentes. Finalmente, hay un amplio acuerdo en que sería necesaria la colaboración con participación del usuario en la toma de decisiones y complementariedad en la realización de la atención.

Por el contrario, los temas donde emergen posiciones diferentes, cuando no confrontadas, de los 3 agentes analizados son: la sobrecarga; la coordinación; la tendencia a la sobremedicalizacion y, finalmente, los procesos y las rutinas.

La manifestación de los ciudadanos tendente a una mayor implicación en la toma de decisiones y diseño del sistema, a partir de su experiencia asistencial como usuarios, así como los aspectos relacionados con las habilidades de comunicación de los profesionales o la capacidad de articulación de las necesidades de los pacientes, coinciden con los resultados de alguno de los trabajos publicados recientemente[22].

El estudio corrobora la importancia de factores críticos destacados en otras investigaciones que han analizado las perspectivas de pacientes, profesionales y gestores, principalmente en cuanto a la relación entre pacientes y profesionales[23], la confrontación de las culturas de profesionales y gestores[24], la sobrecarga como causa de tensión e insatisfacción[25],el dilema de la posición del profesional, entre la organización y el ciudadano[26], las competencias de comunicación de los profesionales[27] y la necesaria implicación de los profesionales en la discusión y formulación de las políticas sanitarias[28].

De los resultados del estudio se derivan una serie de implicaciones de gran valor para el proceso de planificación, principalmente en la definición de líneas estratégicas de orientación de los servicios[29]. En este proceso de incorporación de la visión de ciudadanos, profesionales y gestores en la formulación de políticas públicas de salud, podemos citar como implicaciones surgidas precisamente por esta vía las referidas a los aspectos relacionales entre pacientes y profesionales; la información comprensible y relevante; la simplificación y agilización de itinerarios asistenciales; la necesidad de orientación, acompañamiento y gestión de casos; el aprendizaje en el funcionamiento del sistema; la sobrecarga de pacientes/cuidadores y profesionales como un condicionante de la sostenibilidad, o entre otros aspectos, la evaluación de la práctica asistencial con un enfoque más cualitativo.

Asimismo, el abordaje de puntos críticos del sistema de salud, como pueden ser el aumento de la demanda, la sobremedicalización y la gestión del tiempo, deben realizarse teniendo en cuenta que las percepciones, experiencias y valoraciones son distintas entre ciudadanos, profesionales y gestores. Las acciones a desarrollar para alcanzar una mejor adecuación de la atención deberán adaptarse a las diferentes perspectivas y contextos culturales.

Finalmente, cabe destacar que el trabajo realizado ha permitido reflejar la utilidad del empleo de metodologías cualitativas en la investigación sanitaria. A su vez, incorpora valor a un proceso de planificación de servicios de salud, obteniendo resultados de gran significación para la definición de líneas estratégicas de orientación de los servicios con una perspectiva de futuro, sobre la base de una visión plural y diversificada de la realidad de la atención sanitaria y del sistema de salud.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas, asociaciones, instituciones y organismos que han hecho posible esta investigación, ya sea como informantes o facilitando el contacto de éstos. La confidencialidad no nos permite nombrar a todos los participantes. Les estamos muy agradecidos de todas formas. También queremos reconocer la colaboración y orientación a Pilar Brugulat, Olinda Ania y Hortensia Aguado, integrantes de la comisión de seguimiento del estudio, y a Maria Luisa de la Puente por el apoyo directivo facilitado.

Antes de finalizar la redacción de este artículo falleció Marga Sánchez-Candamio, una de las coautoras y persona que iluminó el estudio. Su trabajo queda entre nosotros con la satisfacción que de él se derivan actuaciones de largo recorrido e impacto.

Declaración de conflicto de intereses

Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2007.
2. Íñiguez L, Sánchez-Candamio M, Camps S, Maestres B, Muñoz J, Sanz J, et al. Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. Informe Final. Bellaterra: Unitat de Psicologia Social. Departament de Psicologia de la Salut i de Psicologia Social. Universitat Autónoma de Barcelona; 2006.
3. Bogdan R, Biklen SK. Qualitative research for education: an introduction to theory and methods. London: Allyn and Bacon; 1982.
4. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London: Sage Publications; 1994.
5. Denzin NK, Lincoln YS. Strategies of qualitative inquiry. London: Sage Publications; 1998.
6. Enrique Alonso L. La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa. Madrid: Fundamentos; 1998.
7. Holliday A. Doing and writing Qualitative Research. London: Sage Publications; 2004.
8. Vallés SM. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociología; 1997.
9. Mark Benney E, Hughes C. Of sociology and the interview: editorial preface. Am J Sociol. 1956;62:137-42.
10. Steinar K. InterViews: an Introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publications; 1996.
11. Holstein JA, Gubrium JF, editors. Inside interviewing: new lenses, new concerns. London: Sage Publications; 2003.
12. Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ. 1995;311:299-302.
13. Kreuger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. London: Sage Publications; 1988.
14. Morgan DL, Spanish MT. Focus groups: a new tool for qualitative research. Qualitative Sociology. 1984;7:253-70.
15. Yin RK. Case study research: design and methods. London: Sage Publications; 2002.

16. Merriam SB. Qualitative research and case study applications in education. Manchester, San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
17. Íñiguez L. El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. En: Íñiguez L, editor. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Barcelona: EDIUOC; 2003. p. 83-123.
18. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.
19. Strauss G, Corbin J. Grounded theory methodology: an overview. En: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. London: Sage Publications; 1994. p. 273-85.
20. Mühr T. Atlas/ti user's manual. Berlin; 1997.
21. Muñoz J. Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas/ti; 2001 [citado 14 de julio de 2008]. Disponible en: http://psicologiasocial.uab.es/juan/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1&Itemid=
22. Artells JJ, Jovell A, Navarro MD. El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2008.
23. Pincock S. Patients put their relationship with their doctors as second only to that with their families. BMJ. 2003;327:581.
24. Atun RA. Doctors and managers need to speak a common language. BMJ. 2003;326:655.
25. Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ. 2001;322:1073-4.
26. Ania O, Brugulat P. Els ciutadans i les professions sanitàries. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut; 2003. (revisar)
27. Cleries X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson Elsevier; 2006.
28. Brugulat P, Séculi E, Fusté J, Juncà S, Martínez V, Medina A, et al. La opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de Salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. Gac Sanit. 2003;17:52-8.
29. Moreu F, Bohigas L, Fusté J. Líneas estratégicas de orientación de los servicios de salud con una perspectiva de futuro. Med Clin (Barc).