

## **Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya<sup>1</sup>**

*Lupicinio Iñiguez, Pilar Monreal, Jordi Sanz, Arantza del Valle & Josep Fusté*

### **Palabras clave:**

agentes sanitarios;  
recursos  
sanitarios;  
procesos  
sanitarios; relación  
profesional-  
usuario;  
metodología  
cualitativa

**Resumen:** El incremento de la demanda sanitaria y la inclusión de nuevos aspectos en lo que culturalmente se considera "la salud y la atención sanitaria" provocan un gran desafío para el actual sistema de salud y su modelo de práctica sanitaria. Determinar las necesidades sanitarias y dar las respuestas adecuadas a las mismas no debe ser una tarea únicamente de expertos, sino que debe comportar la participación de los diferentes agentes que viven cotidianamente con y en el sistema sanitario. En este artículo se pretende dar a conocer la importancia de la percepción de los agentes implicados en la atención sanitaria para la planificación y la toma de decisiones en políticas de salud. Presentaremos una síntesis de los resultados relativos a la perspectiva integrada de las percepciones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre el sistema sanitario catalán. Entendemos por perspectiva integrada el análisis holístico y comparativo de las percepciones de ciudadanos, profesionales y gestores, que nos permite apreciar sus coincidencias, diferencias y discrepancias entorno a las dimensiones de la atención sanitaria que ellos mismos definen como relevantes: recursos sanitarios, los procesos sanitarios y la relación profesional-usuario.

### **Índice**

- [1. Introducción](#)
- [2. Marco teórico](#)
- [3. Metodología de la investigación](#)
  - [3.1 Muestra y métodos de recogida de datos](#)
  - [3.2 Recogida y análisis de la información](#)
- [4. Resultados](#)
  - [4.1 Los recursos sanitarios](#)
  - [4.2 Los procesos sanitarios](#)
  - [4.3 La relación profesional-usuario](#)

### [5. Discusión](#)

### [Agradecimientos](#)

### [Referencias](#)

### [Autores](#)

### [Cita](#)

---

1 Este artículo se ha desarrollado en el marco del proyecto "Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors, sobre els serveis de salut a Catalunya" (2005). UAB-UdG y Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya dirigido por Marga SÁNCHEZ-CANDAMIO y Lupicinio IÑIGUEZ.

## 1. Introducción

El incremento de la demanda sanitaria y la inclusión de nuevos aspectos en lo que culturalmente se considera "la salud y la atención sanitaria" provocan un gran desafío para el actual sistema de salud y su modelo de práctica sanitaria. Las políticas han de adaptarse a este reto y deben poder ofrecer alternativas y formas de afrontamiento adecuadas al nuevo escenario social, pero este proceso debe respetar los principios universales de la garantía universal en la atención y de la equidad en el acceso a los servicios. En consecuencia, determinar las necesidades sanitarias y dar las respuestas adecuadas a las mismas no debe ser una tarea únicamente de expertos, sino que debe comportar la participación de los diferentes agentes que viven cotidianamente con y en el sistema sanitario. [1]

El significado social de la atención sanitaria no es el mismo para todos los agentes implicados. Una amplia gama de elementos configuran las diferentes posiciones que miran y significan qué es, cómo se hace, y qué expectativas se crean en relación a la sanidad y al sistema sanitario. Existen diferentes cotidianidades que viven de manera diferente su relación con el sistema sanitario. La significación social de la atención sanitaria, será diferente dependiendo si nos interesamos en el ámbito de los colectivos profesionales, en el ámbito de la gestión o en el ámbito de los usuarios del Sistema. Dicho de otra manera, los profesionales de la atención sanitaria tendrán una cotidianidad diferente a la de los gestores y/o a la de los usuarios o usuarias. En consecuencia, la interacción entre estos tres ámbitos (ámbito profesional, ámbito de gestión y el ámbito de uso) configura el actual estado del Sistema sanitario que tiene su expresión en discursos, prácticas y políticas. [2]

De forma generalizada, los procesos de planificación de servicios sanitarios se llevan a cabo de forma jerárquica de la administración hacia la ciudadanía. A saber, desde la administración sanitaria que implementa a la población que recibe ciertos servicios que pueden o no dar respuesta a sus necesidades cotidianas de salud. Sin embargo, en la elaboración del Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña hubo un interés especial, desde el inicio 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 (DEPARTAMENT DE SALUT 2008). Para ello el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la Universitat Autònoma de Barcelona y la Universitat de Girona suscribieron un convenio de colaboración que dio lugar al estudio que sustenta el presente trabajo. [3]

El propósito de este estudio es evidenciar y contrastar conjuntamente la percepción 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. De esta forma, se interesa por como piensan los ciudadanos, los profesionales y los gestores la atención sanitaria en Cataluña y aporta, en consecuencia, información relevante para orientar la toma

de decisiones en la planificación de los servicios de salud. Se identifican de forma específica las experiencias, las percepciones y las valoraciones de los agentes implicados en la atención producida en los servicios sanitarios y se nos permite generar información substantiva sobre los aspectos clave, las prácticas y los significados otorgados a la atención sanitaria desde la perspectiva de los agentes involucrados con la finalidad de sistematizar el compendio de puntos fuertes y débiles del sistema de salud a partir de las percepciones de gestores, profesionales y usuarios. [4]

En este artículo no se hace una exposición detallada del conjunto de resultados que configuran el informe final del estudio (ÍÑIGUEZ et al. 2007) sino que se centra en las conclusiones del mismo donde se ponen en relación el magma de significados que les son propios a gestores, profesionales y ciudadanos sobre el sistema sanitario catalán. Se pretende dar a conocer la importancia de la percepción de los agentes implicados en la atención sanitaria para la planificación y la toma de decisiones en políticas de salud. Así mismo, reflejar la utilidad de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. Presentaremos una síntesis de los resultados relativos a la perspectiva integrada de las percepciones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre el sistema sanitario catalán. Entendemos por perspectiva integrada el análisis holístico y comparativo de las percepciones de ciudadanos, profesionales y gestores, que nos permite apreciar sus coincidencias, diferencias y discrepancias entorno a las dimensiones de la atención sanitaria que ellos mismos definen como relevantes. En este caso, nos referiremos a los recursos sanitarios, los procesos sanitarios y la relación profesional-usuario. Finalmente, se discute la importancia del concepto de participación del usuario de los servicios sanitarios como quehacer constitutivo de la política de planificación e implementación de servicios sanitarios. [5]

## **2. Marco teórico**

El estudio de la realidad social a través del lenguaje es una aproximación analítica y metodológica que se ha extendido en diferentes disciplinas que van desde la sociolingüística hasta la etnometodología y la psicología social. Su potencial radica en el hecho de que aquello que se dice deviene uno de los sustentos de la construcción social de la realidad. En este sentido, el lenguaje se puede entender, en términos discursivos, como un acto de habla a través del cual los constructos simbólicos devienen "reales". Los actores sociales usan estos constructos, no sólo para dar sentido a su realidad sino para darle una forma en particular. Por lo tanto, a pesar de lo dispares que puedan parecer las diferentes aproximaciones al análisis de la realidad social a través del lenguaje, nuestro estudio recoge de todas ellas el interés por la construcción de la realidad social mediante el uso cotidiano de dispositivos lingüísticos y simbólicos. [6]

A partir de este axioma, el marco teórico de este estudio se podría definir como ecléctico dentro de las disciplinas atentas al lenguaje como mecanismo de acción social. Por motivos de extensión, en este apartado no elucidaremos el marco teórico en toda su extensión pero sí aquellos conceptos nucleares para este

artículo: el concepto de *imaginario social* (CASTORIADIS 2006), el concepto de *metáfora* (LIZCANO 2006) y el concepto de *frame* (GOFFMAN 2006; LAKOFF 2007). [7]

En primer lugar, el concepto de "imaginario social" necesita ser matizado dado que no es el uso habitual (referido más bien al conjunto de representaciones sociales) el que conviene para entender el presente artículo. Es justamente en esta línea, definiéndolo en negativo (a partir de lo que no es), cómo se le aproxima el mismo autor del concepto que aquí nos sirve como referencia: Cornelius CASTORIADIS (2006). Este teórico prefiere hablar de él en forma de magma de significaciones imaginarias sociales: un tejido de sentidos, o de significaciones simbólicas que penetran toda la vida de la sociedad, la dirigen y la orientan (CASTORIADIS 1989). [8]

En segundo lugar, siguiendo a LIZCANO (2006), consideramos que el análisis sistemático de las metáforas es una vía privilegiada para la comprensión del imaginario social dada su indefinición que deja lugar sólo a su alusión por referencias indirectas, por analogías, por metáforas. La metáfora es aquella tensión entre dos significados, el percibir uno como si fuera el otro pero sin acabar de ser lo. Por lo tanto, la metáfora constituye el punto de conflicto entre significados, resultando así muy útil para comprender como se constituye el imaginario. Éste se encuentra en movimiento, promoviendo a la vez que delimitando la generación de imágenes. Es en este proceso dinámico dónde aparecen las metáforas, las cuales, a medida que se vaya consolidando la idea que representan, irán perdiendo esta dualidad o punto intermedio entre significados, para pasar a ser ideas consistentes que, a su vez, pasarán de ser una perspectiva hacia las cosas, a ser las cosas per se. Las metáforas pueden considerarse un tipo de marco interpretativo que forma parte del discurso de una cultura y que constituye un elemento básico para participar de forma competente en una cultura. Análogamente, las metáforas son organizadoras de la experiencia, los valores y las creencias (LAKOFF 1987, citado en FISHER 1997). [9]

Finalmente, *frame* es un término que en su día trató de definir GOFFMAN (2006). Los marcos son estructuras cognitivas básicas que guían la percepción y la representación de la realidad como resultado de todo proceso de interacción social. Esto incluye creencias, imágenes o símbolos compartidos por una sociedad, entendiendo que cada sociedad tiene un rango limitado de esquemas con los que dotar de significado al mundo (TRIANDAFYLLIDOU & FOTIOU 1998). No obstante, la discusión y reflexión a su alrededor abre, todavía hoy en día, algunas de las posibilidades de comprensión que aquí se persiguen (DAVIS 1975; DURHAM 2001). A menudo se han destacado más las derivaciones de su concepto de frame y no tanto la acepción clara y delimitada de éste. Sin embargo, una de las definiciones más destacadas (y operativas a nuestro entender) es la que propone LAKOFF (2007, p.17):

"Los marcos son estructuras mentales que conforman nuestra manera de ver el mundo. Como consecuencia de esto, conforman las metas que nos proponemos, los planes que hacemos, nuestra manera de actuar y aquello que cuenta como el

resultado bueno o defectuoso de nuestras acciones. En política nuestros marcos conforman nuestras políticas sociales y las instituciones que creamos para llevar a cabo dichas políticas [...]. Los marcos de referencia no pueden verse ni oírse. Forman parte de lo que los científicos cognitivos llaman el 'inconsciente cognitivo' – estructuras de nuestro cerebro a las que no podemos acceder conscientemente, pero que conocemos por sus consecuencias: nuestro modo de razonar y lo que se entiende por sentido común. También conocemos los marcos a través del lenguaje. Todas las palabras se definen en relación a marcos conceptuales. Cuando se oye una palabra, se activa en el cerebro su marco". [10]

En este sentido, resulta muy útil, para los objetivos de este estudio, la definición de los marcos de interpretación como entidades simbólico-interpretativos que superan la capacidad cognitiva del individuo y ubican su potencial de acción en el actor social entendido como aquello colectivo e interaccional. [11]

Este marco teórico tiene su utilidad en la difícil tarea de construir y desarrollar políticas de salud que se correspondan con las necesidades que la población manifiesta. Más específicamente, la limitada cantidad de recursos económicos que se destinan al sistema sanitario en el marco societal actual se contraponen a la creciente demanda de atención sanitaria ya sea como un fundamento propio del estado del bienestar o como un valor personal. Diferentes criterios y modelos pueden ser utilizados en este proceso de establecer prioridades en materia de salud y sus consiguientes políticas. Si existe, sin embargo, un aspecto común este es la importancia del conocimiento en todo este proceso. Tal es el caso que una revisión bibliográfica sobre el tema específico nombra a este proceso medicina basada en la evidencia (ROSENBERG & DONALD 1995; TOMLIN, HUMPHREY & ROGERS 1999). Este modelo de generación de conocimiento se caracteriza por ser un proceso de decisión clínica basada en el conocimiento científico y académico. Se intenta romper, en consecuencia, que la práctica clínica se guíe exclusivamente por la formación del personal sanitario o experiencias individuales de unos pocos pacientes. Se pretende convertir la producción académica y científica en un instrumento útil para las decisiones médicas cotidianas de los profesionales sanitarios (SACKETT & ROSENBERG 1995; STRAUS & SACKETT 1998; BUCHAN 2003). [12]

Un segundo aspecto que la revisión bibliográfica pone de relieve es la necesidad de llevar a cabo una política sanitaria que tenga como centro al paciente (LAINE & DAVIDOFF 1996; BENSING 2000; WEINER 2004). De esta forma, se construye como necesario incluir las preferencias de los usuarios del sistema sanitario en todo el dispositivo de conocimiento que genera la evidencia científica (JAESCHKE, GUYATT & SACKETT 1994; KASSIRER 1994). La importancia de este esfuerzo de inclusión de la perspectiva del usuario radica en el hecho de que genera beneficios para el propio usuario como paciente (JAMES, COWAN & GRAHAM 1998), se ejerce una política sanitaria más cercana a los usuarios al conocer sus preferencias en cuanto al uso de los servicios sanitarios (DAVEY et al. 2004), se establece como mecanismo de eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios (STEWART et al. 2000) y se producen procesos de empatía con los mismos servicios (MEAD, BOWER & HANN 2002). Sin embargo, no son

los usuarios el único actor social que la literatura enfatiza como colectivo a tener en cuenta en la generación de conocimiento sanitario. Se genera de esta forma un interés por la comprensión del sanitario acerca de su práctica como profesional, no en términos de conocimiento experto y disciplinar, sino como práctica social compartida con los usuarios del sistema (HAYNES, DEVEREAUX & GUYATT 2002). [13]

Existe un tercer término que justifica el uso de este marco teórico para el estudio específico del sistema sanitario: este es el concepto de decisiones compartidas entre profesionales y usuarios del mismo sistema (FROSH & KAPLAN 1999). Tal y como se apunta en diferentes estudios (CHARLES, GAFNI & WHELAN 1997; GWYN & GWYN 1999), se constata el deseo explícito de los usuarios a ser consultados en relación a sus preferencias y decisiones de salud. Los profesionales sanitarios ven como su práctica deviene más compleja, al tener que prestar atención a aspectos considerados no médicos en un sentido más técnico. La interacción social en el campo de la salud tiene que ver con significados sociales, aspectos que se alejan de aquella medicina entendida como quehacer puramente tecnológico. [14]

Finalmente, el interés manifiesto de incluir las preferencias de los pacientes en la generación de conocimiento que sustenta la política sanitaria genera un espacio idóneo para el uso de la metodología cualitativa aplicada a la salud (GREEN & BRITTEN 1998; BARBOUR 2000). El interés por lo que piensa el actor social, como significa sus vivencias, se relaciona plenamente con el estudio de la semántica social que concierne al sistema sanitario. Estudios empíricos revisados integran la metodología cualitativa como forma específica y válida en una medicina basada en la evidencia (POPAY & WILLIAMS 1998; FORD, SCHOFIELD & HOPE 2003). Se utilizan conceptos como percepciones, opiniones o preferencias, que en su versión más teórica (y no tan aplicada) evolucionan directamente de conceptos de la teoría social como imaginario social, metáfora o marco interpretativo. [15]

### **3. Metodología de la investigación**

Siguiendo la tradición interpretativa weberiana en las ciencias sociales, la investigación cualitativa sobre la que se desarrolla este artículo se basa en comprender la concepción del "mundo" desde el punto de vista de los participantes en el estudio marco mencionado en la introducción. Su supuesto inicial es bastante generoso: que los actores sociales son actores que significan sus acciones de forma cambiante dependiendo de los imperativos contextuales que (im)posibilitan tales acciones. Y siguiendo a GOFFMAN (1961, pp.ix-x), en sus investigaciones en hospitales psiquiátricos así lo refleja: así: "Cualquier grupo de personas ... desarrollan una forma de vida en si misma que adquiere significado razonable y normal cuando nos acercamos a ella"<sup>2</sup>. [16]

---

2 Las traducciones al español de citas literales en inglés son propias.

El estudio de la producción de significado e imaginarios sociales ha determinado la adopción de una metodología cualitativa (BOGDAN & BIKLEN 1992; DENZIN & LINCOLN 1998, 2000). Los fundamentos teóricos, epistemológicos y las características de esta metodología, la hacen no únicamente pertinente para desarrollar esta investigación, sino que la convierten en una herramienta privilegiada para acceder a los procesos y prácticas que se han analizado. La posibilidad de una profundización comprensiva e interpretativa (ENRIQUE ALONSO 1998) mayor de los procesos estudiados, así como su análisis específico y pormenorizado hacen que esta metodología complemente de forma substancial a 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 dos razones: (a) que esta metodología respeta y presta una especial atención al lenguaje propio de usuarios, profesionales y gestores (HOLLIDAY 2004); y (b) que la utilización de métodos cualitativos nos permite comprender como se construyen los imaginarios sobre el sistema sanitario, los conglomerados de significados colectivos que dan cuenta de los contextos cotidianos de los participantes en relación con el objeto de estudio (VALLÉS 1997). [17]

Por lo tanto, la aproximación pragmática realizada a la metodología cualitativa ha sido flexible. La metáfora que nos sirve para ilustrarlo es el término francés "bricoleur" (LEVI-STRAUSS 1966). Se trata de una aproximación que permite utilizar y adaptar métodos de investigación a las necesidades emergentes del proyecto de investigación (DENZIN & LINCOLN 1998). El objeto de estudio de este artículo como extensión de su proyecto marco pervierte la lógica lineal y planificada de investigación, enfatizando el movimiento entre perspectivas teóricas o la recolección de información de forma oportunística en el desarrollo de la misma. Sin embargo, de forma sintética, caracterizamos la investigación cualitativa de este estudio de la siguiente forma. En primer lugar, se interesa por la 'naturalidad' de las situaciones que los mismos agentes sociales expresan mediante el lenguaje que les es propio. DENZIN (1971) usa el término 'naturalistic behavior' para describir una aproximación empírica al estudiar el mundo social en su propia lógica. La investigación social es deudora de su causa a las rutinas cotidianas de los participantes en la investigación llevando a su fin el intento de comprender su perspectiva y entonces reproducir de una forma enriquecida y detallada las experiencias, pensamientos y lenguajes de los participantes en el estudio. Por consiguiente, se interesa cuales son los efectos pragmáticos de aquello que se dice en su complejidad manifiesta de lo literalmente enunciado. La lengua no solo deviene un instrumento vehicular entre actores sociales, sino que su análisis nos invita a descubrir lógicas simbólicas ancladas y centrales para entender cualquier fenómeno social (ÍNIGUEZ 2003). Finalmente, BRYMAN (1988) sugiere otras dos características de la metodología cualitativa que hemos acogido en esta investigación: descripción y proceso. Por descripción este autor entiende una tendencia hacia al detalle y la profundidad en la generación de la información. Una descripción detallada permite al investigador delinear el contexto social más amplio de ciertas prácticas que podrían apriorísticamente pensarse como individuales. El énfasis en el contexto social

permite a este autor dar importancia al proceso social. El proceso social lo entiende como el despliegue en espacio y tiempo de ciertos fenómenos sociales que los participantes de los mismos utilizan para darles sentido. [18]

### **3.1 Muestra y métodos de recogida de datos**

Una de las fases más importantes en cualquier investigación es la de establecer quienes van a ser los participantes de la misma. En métodos más cuantitativos, la selección se establece mediante un muestro probabilístico sobre una población determinada para un nivel de confianza fijado previamente. En su vertiente más cualitativa, las decisiones muestrales para reclutar a los participantes no siguen criterios azarosos sino más bien contingentes y/o intencionales. Según PATTON (1990, p.182), la finalidad del muestreo cualitativo es "incluir aquellos casos con suficiente información como para realizar un estudio en profundidad". [19]

Para lograr este objetivo, y siguiendo a este autor, se han utilizado tres técnicas diferentes de muestreo: muestreo de casos típicos, muestreo político y bola de nieve. [20]

El primer muestreo se realizó por casos típicos generados por consenso en tres sesiones de trabajo entre los diferentes investigadores del equipo de investigación. Con objeto de poder incluir todo el abanico de posiciones típicas que se construyen y circulan sobre el Sistema Sanitario Catalán, se consensuó una muestra típica que pudiera ser característica y distintiva de los diferentes agentes implicados en el Sistema. Por esta razón se consideraron 3 perfiles básicos:

- Usuarios/usuarias actuales de servicios del Sistema Sanitario Público y no usuarios/usuarias actuales. Se consideran cuidadores/as: personas que tengan a su cargo una o más personas usuarias habituales del Sistema sanitario.
- Profesionales que intervienen al procurar atención a las usuarios/arias de los servicios sanitarios. Se consideraron 6 perfiles típicos de profesionales: medicina, enfermería, psicología, trabajo social y educación social.
- Gestores/oras: funcionarios de la administración de centros implicados en las diferentes Redes del Sistema Sanitario Catalán. [21]

El segundo tipo de muestreo, el político, se realizó con la finalidad de validar los cuatro perfiles básicos generados por consenso. Se entiende por muestreo político (PATTON 1990, p.180) el acto de "escoger de forma política aquellos casos relevantes como estrategia para incrementar las probabilidades de que el proyecto llame la atención o que sus resultados sean aplicados". [22]

Para el muestreo político se realizaron 11 entrevistas individuales a personas con un conocimiento extenso del Sistema Sanitario Catalán – de ahora en adelante informantes sistémicos. Para la selección de estos se atendió principalmente el

criterio de visibilidad, notoriedad, prestigio y crédito dentro del Sistema o en relación con él que contarán con un amplio conocimiento de la red de salud catalana. Los once informantes sistémicos validaron los perfiles consensuados por el equipo de investigación, aunque matizaron que se deberían introducir criterios muestrales más específicos por cada tipo de informante típico que resumimos en la tabla 1.

Perfiles de informantes	Criterios muestrales de selección de participantes
Usuarios/as	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de servicio del que hacen uso en la actualidad (según el catálogo de servicios definido por el Servicio Catalán de la Salud). Se consideran agrupados en cuatro redes y su titularidad: Atención Primaria. Hospitalaria, Sociosanitaria y Salud Mental</li> <li>• Situación de salud: Crónica/aguda</li> <li>• Con/sin dependencia</li> <li>• Recursos activos para la cura informal y el acompañamiento</li> <li>• Experiencia con el Sistema sanitario; definido por el tiempo y los servicios con los que se ha relacionado con anterioridad. Así se considera: Veterano (con experiencia superior a 6 meses en el servicio, y/o en otro servicio) y Novel (con experiencia inferior a 6 meses en el servicio, y que no ha estado en relación con ningún otro servicio).</li> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> </ul>
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de servicio donde actualmente trabajan (según el catálogo de servicios definido por el Servicio Catalán de la Salud). Se consideran agrupados en cuatro redes y su titularidad: Atención Primaria. Hospitalaria, Sociosanitaria y Salud Mental</li> <li>• Formación profesional</li> <li>• Experiencia en el sistema sanitario; definido por el tiempo y los servicios con los que se ha relacionado con anterioridad</li> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> </ul>

Perfiles de informantes	Criterios muestrales de selección de participantes
Gestores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tipo de servicio donde actualmente trabajan (según el catálogo de servicios definido por el Servicio Catalán de la Salud). Se consideran agrupados en cuatro redes y su titularidad: Atención Primaria, Hospitalaria, Sociosanitària y Salud Mental</li><li>• Experiencia en el sistema sanitario; definido por el tiempo y los servicios con los que se ha relacionado con anterioridad</li><li>• Edad</li><li>• Sexo</li></ul>

Tabla 1: Resumen de criterios muestrales de selección por perfiles típicos de informantes [23]

En tercer lugar, se utilizó muestreo mediante "bola de nieve" para convocar a los participantes finales del estudio en base a los criterios y perfiles de la tabla 1. El muestreo mediante la bola de nieve la define PATTON (1990) como una técnica de investigación en que el primer sujeto que se contacta da al investigador el nombre de otro sujeto, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente. El contacto indirecto con los participantes de los perfiles de usuarios se estableció mediante la consulta de listas de asociaciones de usuarios del sistema sanitario catalán que se encuentran disponibles en las páginas webs oficiales de instituciones públicas (Ayuntamiento de Barcelona, Generalitat de Catalunya y diputaciones provinciales). El contacto con profesionales se realizó mediante las diferentes asociaciones y/o colegios profesionales y sus sedes provinciales. Finalmente, el contacto con los diferentes gestores lo proporcionaron los informantes sistémicos previamente entrevistados, dado que su conocimiento de la administración los ubicaba en una situación de 'porteros' de la administración sanitaria catalana. [24]

### 3.2 Recogida y análisis de la información

Las técnicas utilizadas para generar la información a analizar han sido las entrevistas individuales (KVALE 1996; HOLSTEIN & GUBRIUM 2003), entrevistas grupales (MORGAN & SPANISH 1984; KRUEGER 1988; STEWART & SHAMDASANI 1992) y los relatos biográficos (STAKE 1995; YIN 2002).

	Informantes sistémicos	Profesionales	Gestores	Usuarios y cuidadoras
Grupos de discusión		11		12
Entrevistas individuales	11	7	13	26
Relatos biográficos				2
Total participantes	11	98	13	124
<b>Numeros total de participantes: 246</b>				

Tabla 2: Resumen de métodos de recogida de datos utilizados y participantes [25]

Toda la información generada (grupos de discusión, entrevistas individuales y relatos biográficos) fue digitalizada y transcrita constituyendo un corpus único de datos. La conformidad de los participantes para participar en el estudio fue registrada digitalmente al inicio de cada entrevista, grupo o relato biográfico. De la misma forma, se borraron todos los trazos de las transcripciones que se pudieran identificar a alguno de los participantes. Para su análisis se ha utilizado la herramienta informática para el análisis cualitativos de datos textuales ATLAS.ti. [26]

El reto de cualquier proceso de análisis es dar sentido a una cantidad masiva de datos, reducir su volumen, identificar pautas significativas con los objetivos del proyecto de investigación y ser capaz de comunicar la esencia de lo que los datos revelan (RUIZ OLABUENAGA & ISPIZUA URIBARRI 1989). Existen, congruentes con este objetivo, muchas aproximaciones al análisis de datos cualitativos. Sin embargo, la práctica analítica también nos enseña que pocas son las investigaciones que se mantienen fieles a un solo tipo de análisis. Este artículo no escapa a este pragmatismo y su proceso de análisis se caracteriza por el uso de análisis temático, con tintes de aquellos aspectos claves de la teoría fundamentada y frame análisis. [27]

El análisis temático llevado a cabo en este estudio nos ha permitido conocer cuales son los temas relevantes y sinérgicos para los principales agentes en el Sistema Sanitario Catalán. En este artículo se seleccionan los temas de los recursos sanitarios, los procesos sanitarios y Información, comunicación e interacción en el sistema sanitario. Este tipo de análisis

"deviene útil si se quiere responder preguntas sobre los aspectos definidos como centrales para grupos específicos de participantes en la investigación o identificar sus respuestas típicas [...] Se trata de un proceso comparativo, a través del cual las diferentes aportaciones se comparan entre sí con el objetivo de clasificar aquellos tópicos recurrentes en el corpus de datos" (GREEN & THOROGOOD 2006, p.177). [28]

Un segundo momento en el proceso de análisis empieza cuando se entra en la matización por agentes (usuarios-cuidadores, profesionales y gestores) de los tres ejes temáticos (recursos, procesos e información-interacción en el sistema sanitario) mediante la aplicación de los principios de la teoría fundamentada (GLASER & STRAUSS 1967; STRAUSS & CORBIN 1994). Esta perspectiva es congruente con los objetivos de este estudio ya que nos permite (1) tener en cuenta la heterogeneidad de significados y su vinculación con la vida cotidiana de los agentes del sistema sanitario catalán en cada uno de los ejes temáticos, (2) incorporar aquellos significados emergentes por agente durante la recogida de datos, (3) obtener la significación de prácticas y ejemplos concretos a través de los enunciados que los mismos sujetos verbalizan y (4) prestar atención como elemento de análisis de aquellos casos únicos y, por consiguiente, atípicos. [29]

Finalmente, se realiza un análisis de *frames* (RITCHIE & SPENCER 1994) con el que se ponen en relación de forma integrada los aspectos específicos de los tres ejes temáticos de usuarios-cuidadores, profesionales y gestores del sistema sanitario catalán.

"Los hallazgos de investigación a partir de teoría fundamentada no son fácilmente reconciliables con sus aplicaciones políticas. El hecho de que no podamos decir antes de empezar la investigación lo que se va a descubrir, o a quién formará parte del muestreo, hace que sea muy laborioso mostrar su valor frente a las instituciones políticas que financian la investigación" (GREEN & THOROGOOD 2006, p.184). [30]

Al tratarse un estudio-encargo por una administración pública, este tipo de análisis nos ha permitido sistematizar y presentar la información de tal forma que fuera atractiva y comprensible para los profesionales que utilizaran los resultados del proceso de investigación en la planificación de futuros servicios sanitarios. Por lo tanto,

"Lo que mueve el análisis de frames más allá de un análisis temático sofisticado es su etapa final donde se trabajan las relaciones entre códigos. Esto se conoce como mapear y interpretar, y como estrategia principal se usan diagramas y tablas que visualmente muestran las relaciones entre conceptos y tipologías desarrolladas de los mismos. [...] El análisis de frames en general se ocupa de orientar sus resultados hacia su aplicación política, con el objetivo de desarrollar estrategias de aplicación prácticas en base del análisis realizado" (GREEN & THOROGOOD 2006, p.186). [31]

En consecuencia, se han generado tablas que exponen de forma integrada los puntos en común, las diferencias y discrepancias entre usuarios, profesionales y gestores para cada uno de los ejes temáticos hallados – los recursos sanitarios, procesos sanitarios y información, comunicación e interacción en el sistema sanitario catalán. [32]

## 4. Resultados

Uno de los objetivos principales de este artículo es dar a conocer la importancia de la percepción de los agentes implicados en la atención sanitaria para la planificación y la toma de decisiones en políticas de salud; así mismo, reflejar la utilidad de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. Por ello, no realizaremos una exposición detallada de los resultados sino que ofreceremos un resumen sucinto de algunos de los resultados obtenidos para que los lectores puedan hacerse una idea aproximada del alcance de la investigación. Para conocer la totalidad de los mismos, puede consultarse el informe completo de investigación (IÑIGUEZ et al. 2007). [33]

En este artículo nos centraremos en cada una de las dimensiones identificadas, los recursos sanitarios, los procesos sanitarios y la relación profesional-usuario que configuran la percepción que tienen usuarios, gestores y profesionales del sistema sanitario. Para cada una de estas dimensiones, mediante el uso de tablas ilustrativas, presentamos una síntesis de los resultados relativos a la perspectiva integrada de las percepciones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre el sistema sanitario catalán. Entendemos por perspectiva integrada el análisis holístico y comparativo de las percepciones de ciudadanos, profesionales y gestores, que nos permite apreciar sus coincidencias, diferencias y discrepancias entorno a las dimensiones de la atención sanitaria, que ellos mismos definen como relevantes. [34]

### 4.1 Los recursos sanitarios

#### 4.1.1 Los recursos sanitarios: Los usuarios

Las percepciones de los usuarios de los recursos del Sistema Sanitario, están caracterizadas por las quejas, las carencias y la constatación del alto nivel de los recursos tecnológicos frente a la escasez de los otros.

"No se tienen suficientes horas para atender, o sea los recursos de la sanidad publica están muy limitados en este aspecto, entonces no pueden tener una atención un poco personalizada con los enfermos, porque a veces con un enfermo yo ya lo se, pudiéndole hablar un poco, y que el se pueda explicar, a veces se solucionan muchas cosas" (GU03:88 208:208). [35]

La falta de profesionales se asocia a la percepción de políticas restrictivas y de recortes de los recursos. Las carencias en los recursos materiales y organizativos se asocian a la sobrecarga que representa tanto para los usuarios como para el sistema. De hecho, se señala que el "tiempo" deseable en la relación/interacción, así como la dedicación al usuario, no están garantizados dadas las carencias. [36]

Este diagnóstico no hace referencia únicamente a la cantidad de recursos sino también a su calidad y organización. Efectivamente, la estructura y la organización asistencial es bastante más compleja, lo que hace que, en

conjunción con la falta de recursos, se genere un contexto para los usuarios inconmensurable que genera disfunciones y efectos negativos relacionados con la asistencia, el control real y percibido y la satisfacción.

"Incluso los médicos de cabecera ¡que yo tengo desde ... hace 30 años!! ... Y ... bien, normalmente ha sido amable, pero ... ahora, o van sobrecargados, o no se si les exigen más, como que ... ¡atienden peor! ¡con más prisa! ¡previa ... hora! No se que. No le pidas más de lo que está estipulado, ¡si dices una receta pues una receta, no dos!" (GU09:8 16:16) [37]

#### 4.1.2 Los recursos sanitarios: Los profesionales

La atención no se puede entender sin los profesionales. Estos no son sólo mano de obra sino también personas vinculadas a otras mediante prácticas que no únicamente son procedimentales. En este sentido, la plantilla y su gestión son uno de los engranajes que favorecen o dificultan el correcto funcionamiento del Sistema. Las percepciones de los profesionales sobre este tema son:

- La constatación de la insuficiencia de la plantilla, lo que comporta un déficit importante en la atención. La percepción de que el aumento de las necesidades a cubrir implica más trabajo pero no ha comportado aumento de plantillas.
- La percepción de que las condiciones de contratación actuales, unidas a la rotación, la provisionalidad y la precariedad laboral aún inciden mucho más negativamente en la atención.

"La relación es esta ... eh ... es bastante frecuente ... hacemos mucha coordinación pero a veces esta coordinación no es la que querríamos, ¿no? No hay una ... Como se llama a ver ... Una equidad con ... A ver cómo te lo explico. Hay muchos profesionales que están trabajando en la red que no están de acuerdo o tienen muchos puntos en contra de la integración laboral, o por el tema sueldo o por el tema rendimiento. Y claro es difícil hacer coordinación con estas personas si no tienen criterios iguales" (SMPP03:44-44).

- La queja sobre el desaprovechamiento de las competencias profesionales en beneficio de acciones y de tareas no directamente relacionadas con la atención.

"Por ejemplo dilemas que nos encontramos y que nos callamos por cortesía, un ejemplo y quiero ponerlo porque el otro día me lo sacó de quicio y está pasando constantemente, impera más el criterio de gestión económico en un alta, que el criterio del médico, del psicólogo, de la enfermera o de una colegiación, o de un tipo de un grupo que somos nosotros, que vamos a tener que decidir sobre la vida de la persona" (GSMP02: 600-611). [38]

#### 4.1.3 Los recursos sanitarios: Los gestores

Los gestores ofrecen una percepción de los recursos sanitarios centrada, también, en las carencias que perciben tanto de los recursos económicos como de los recursos humanos, dadas las necesidades que actualmente se tendrían que cubrir. Este diagnóstico se relaciona con el control que se hace y el que se tendría que hacer para optimizar la gestión de estos recursos. También hacen referencia a las carencias en la gestión del tiempo y en sus repercusiones.

"Yo creo que los hospitales están dimensionados para atender a la población general, a las demandas de la población que tenía hace 15 o 20 años, una demanda digamos relativa con un sistema primario con una expectativa de la ciudadanía inferior a la que tenemos, el problema que tenemos principalmente con este (sistema) es que se colapsa" (HPGI:48 110:110). [39]

En relación a la falta de recursos económicos y materiales se constata la falta de inversión en infraestructura y las disfunciones de las políticas de control y de evaluación, lo que comporta quejas, desigualdades y, en cualquier caso, un ineficiente reparto de los recursos disponibles. Se reclama, asimismo, una clarificación del modelo sanitario donde se sistematicen las expectativas y las demandas de los usuarios, se prioricen y se oriente el catálogo de prestaciones que se podrían efectivamente dar. [40]

La falta de recursos humanos se atribuye principalmente a dos causas. Por un lado, a las insuficientes partidas económicas y, por otra, a las condiciones laborales no siempre adecuadas y bastante competitivas. Esta situación genera la disminución de la motivación de los profesionales y la pérdida de atractivo del Sistema para profesionales altamente competentes.

"Eh! ... en cuanto al profesional están muy desmotivados. Tiene que haber un cambio, tan radical, que hemos pasado a proletarizar los profesionales y trabajar más temas económicos como la oferta y la demanda, y por lo tanto tenemos exceso de oferta y por lo tanto podemos elegir como los queremos pero se ha proletarizado, los salarios son bajos etc. ..." (ISO8:12 27:27). [41]

Las carencias en la gestión del tiempo resultan tanto de la falta de profesionales como de la errática organización de funciones y tareas. La calidad del servicio que se ofrece al usuario así como la accesibilidad de estos al Sistema sanitario, depende de un número adecuado de profesionales y de una óptima organización.

Usuarios	Profesionales	Gestores
<b>A) Visibilidades y déficits</b>		
<p>Los participantes invisibilizan los recursos "informales" y de ámbito privado que aportan los ciudadanos para la atención y el cuidado de la salud. Sólo las cuidadoras principales muy sobrecargadas, una parte del personal de enfermería (red sociosanitaria y red de salud mental) ven una relación complementaria entre el sistema de ayuda formal e informal de atención a la salud.</p>		
<p>Los participantes ven más la actividad desarrollada por el personal médico y por los hombres que por las mujeres. Esto sucede a todos los niveles asistenciales por igual y de manera particular en la Atención Primaria.</p>		
<p>Los usuarios valoran y buscan especialmente al personal de enfermería como punto de referencia mientras hacen uso del sistema.</p>		
<p>Los participantes coinciden plenamente en el diagnóstico que se han de incrementar los recursos: plantilla y servicios.</p>		
		<p>Los gestores comparten esta idea pero la ven irrealizable. Se han de buscar nuevas fórmulas con el argumento que no se puede incrementar el gasto. Se ha de aceptar que el Sistema ha llegado al límite de lo que es razonable esperar. Sólo una minoría de los gestores continúa proponiendo la optimización de los recursos como solución única a los déficits actuales.</p>
<b>B) Sobrecargas</b>		
<p>Los participantes ven que el principal efecto de esta falta de recursos es la sobrecarga de responsabilidad, de tiempo de espera y/o de trabajo. La cual cosa tiene diferentes implicaciones.</p>		

Usuarios	Profesionales	Gestores
<p>Los usuarios ven la sobrecarga en: (1) esperar para recibir atención, (2) la complejidad de los itinerarios y (3) la obligatoriedad de conciliar atención a la dependencia y vida laboral. Ven la sobrecarga de los profesionales derivada de la masificación de los servicios y la presión que el Sistema ejerce sobre ellos.</p>		
	<p>Los profesionales no siempre ven la sobrecarga para los usuarios sino la "presión" de haber de trabajar más y "peor". Situación de sobrecarga máxima es la de los MIR por ser más vulnerables (menos estatus, más dependencia).</p>	
		<p>Los gestores ven su sobrecarga como consecuencia de sentir que han de velar casi solos por la optimización de los recursos (control del gasto). Las soluciones para resolver el problema han estado dos: (1) presionar/persuadir a los usuarios y a los profesionales de que incorporen el interés por el control en sus agendas y (2) determinar la ampliación del rol de los diferentes profesionales contratados haciendo que incorporen nuevas funciones (para no incrementar contratación).</p>

Usuarios	Profesionales	Gestores
	<p>El personal médico vive las ampliaciones de rol como una sobrecarga y una pérdida de identidad profesional. Pero para el de enfermería son consideradas como una oportunidad de mejora de estatus, de autonomía, y/o de desarrollo profesional.</p>	
<b>C) Sobreutilización</b>		
<p>Los participantes mencionan sobreutilización cuando se refieren al uso de las pruebas complementarias en el diagnóstico y al uso de los servicios de urgencias.</p>		
<p>Los usuarios ven la utilización de las pruebas complementarias como signo de una buena atención sanitaria, y no consideran la sobreutilización.</p>		
	<p>Los profesionales reconocen que hacen una sobreutilización pero la consideran necesaria dadas las condiciones actuales en que han de hacer la atención sanitaria (falta de tiempo y presión/por los usuarios).</p>	
		<p>Los gestores creen que hay sobreutilización, por una parte a causa de las condiciones actuales en que se hace la atención, y por otro por el exceso de una practica innecesariamente defensiva y tecnocrática por parte del personal médico.</p>
<b>D) Desigualdades</b>		
<p>Los participantes ven claras las diferencias y desigualdades entre territorios para la prestación/catálogo de servicios. Resultan más visibles los que afectan a los tiempos de espera para la cirugía, la atención sociosanitaria (paliativos, y soporte a la atención en el domicilio), y a la atención en salud mental.</p>		

Tabla 3: Los recursos sanitarios: Coincidencias y discrepancias [42]

## 4.2 Los procesos sanitarios

### 4.2.1 Los procesos sanitarios: usuarios

Las percepciones de los usuarios en relación a los procesos de salud se articulan alrededor de los itinerarios, la temporalidad y la coordinación. Los usuarios perciben que al acercarse al Sistema entran en un contexto lleno de caminos donde han de seguir uno que nadie explicita. Esto tiene como consecuencia la asunción de más responsabilidades de las que les corresponden y la desorientación e indefensión. El afrontamiento exitoso o no de estas situaciones resta exclusivamente en manos del aprendizaje acumulado a lo largo de su experiencia dentro del Sistema. Por otro lado, la duración de los procesos dentro del Sistema es demasiado larga, se encuentra una disfunción específica con efectos muy negativos por el hecho de que el tiempo de los usuarios es uno, y el tiempo del Sistema es otro.

"P1: entonces, cuando ya eres crónico, cuando tú llevas años en un hospital, tu coges experiencia. Entonces tú sabes que por aquella puerta no tienes que pasar, y tienes que pasar por aquella otra, pero tú pasas por ésta. Y los médicos ya lo saben y los médicos saben que tú has pasado por allí y tú vas" (EPU03:5 36:36). [43]

### 4.2.2 Los procesos sanitarios: profesionales

Las percepciones de los profesionales en relación a los procesos de salud se articulan alrededor de argumentos relativos al trabajo en equipo y a la coordinación. El trabajo en equipo es visto como un elemento de la máxima importancia como manera de inspirar y fundamentar la acción y la práctica profesional, como *modus operandi* y como indicador de la eficacia de la práctica profesional. Se entiende la coordinación como algo que requiere un mínimo de consenso, una base común para empezar a construir, pero a menudo se piensa que para trabajar en equipo es suficiente saber enfrentarse a una dificultad concreta. Así pues, trabajar en equipo es compartir conocimientos y prácticas y tener la voluntad de desarrollar una acción conjunta donde la importancia recae en la acción asistencial y no en la autoría de esta práctica. [44]

Desde sus visiones, la satisfacción o insatisfacción con las condiciones laborales, la precariedad, la implicación con la actividad, etc. ejercen fuerte influencia en las posibilidades de coordinación, pero influyen menos si se trata del trabajo en equipo. Ahora bien, los profesionales tienen y expresan la idea de que las políticas de la práctica profesional no han posibilitado la coordinación, de hecho señalan la insuficiente coordinación como la característica más destacada de su actividad. Como dificultades principales para la coordinación señalan la complejidad/heterogeneidad del contexto, las relaciones de desigualdad entre los profesionales de la atención primaria y hospitalaria, y la incidencia de las expectativas y experiencias previas entorno a la coordinación.

"O sea, si encuentras que hay los mismos criterios o valoran el trabajo como una herramienta importante, pues si que podrás tener una línea de trabajo y hacer

coordinación. Pero claro, si ya te cuentas con un circuito que no ... que piensan que se cobra poco ... o que se explota un poco a los trabajadores ... si hay profesionales que piensan esto y que esta sensación se transmite al trabajador y claro ... ya se dispara y entonces ... Se disgrega un poco la información y ya no se continúa el proceso" (SMPP03:136-136). [45]

Finalmente, la falta de coordinación se manifiesta desde estas visiones en la independencia de funcionamiento y actuación de los diferentes niveles de atención, aunque se necesite una continuidad en la atención asistencial de los usuarios. Esta desconexión lleva a que algunos profesionales definan su actividad como "funcionarial" intentando describir sintéticamente que lo que se prima es la aplicación de los procedimientos a los diferentes "negociados", ocupando un papel subsidiario la razón de ser del Sistema: la atención. [46]

#### 4.2.3 Los procesos sanitarios: gestores

Las percepciones de los gestores ponen énfasis en la necesidad de plantear un modelo diferente. Por un lado, se propone un modelo que ponga al usuario como prioridad dentro del Sistema, cambiando el modelo de gestión enfocado al profesional por un modelo de gestión enfocado al usuario. Por otro lado, se remarca la necesidad de adaptación por parte del Sistema a las necesidades definidas para la situación actual, entre ellas la relacionada con los niveles asistenciales que, por ahora, dificulta, entre otras cosas, la coordinación.

"Teóricamente todo esta muy coordinado, todo es el mismo sistema pero claro, aquí en Cataluña tenemos un sistema de mucha autonomía en los centros que para algunas cosas es bueno, pero hemos llegado a un punto que esta autonomía ha llevado a un lío y ¡ya basta!" (HPGI:23 49:49) [47]

La coordinación es, en las visiones de los gestores, un elemento central del Sistema Sanitario tanto para la organización de servicios, como a la práctica de los profesionales. La coordinación ha de ser compatible con la autonomía. Las características de las relaciones interpersonales, como la competición o la falta de confianza, parecen incidir muy negativamente en las posibilidades de coordinación. Por su parte, los problemas asociados a la falta de coordinación tienen que ver, principalmente, con la gran cantidad de usuarios que obligadamente han de relacionarse con un elevadísimo número de profesionales (por ejemplo, crónicos), y también con la pérdida de contacto y control que la Atención Primaria padece cuando el usuario entra en la red hospitalaria.

"Pero con la gente mayor lo que pasa, es que empiezan con un especialista, al cabo de medio año aparece el segundo, al cabo de un año aparece un tercero y acaban teniendo cuatro especialistas y el médico de cabecera que les hace las recetas" (ISO6:8 33:33). [48]

Desde este punto de vista, la coordinación se refiere tanto a los servicios de atención, como a los niveles o partes del Sistema y a los profesionales. Los gestores mencionan diferentes momentos o situaciones críticas como, la

integración asistencial o la derivación. En este sentido, destaca en estas percepciones los problemas que se derivan de la falta de conocimiento de los profesionales de un nivel sobre los profesionales de otro nivel, mencionando especialmente a los profesionales de la red hospitalaria que tienen un gran desconocimiento de la Atención Primaria.

Usuarios	Profesionales	Gestores
<b>A) Processos y rutinas</b>		
Los participantes coinciden en que los procesos implicados en la atención sanitaria han de estar definidos, ser fáciles de entender y ser conocidos por los diferentes agentes.		
	Los profesionales muestran ambivalencia ya que quieren al mismo tiempo procesos fijados, que comporten poca burocracia, que no impliquen interactividad con profesionales de estatus igual o superior; y margen para la autonomía y el uso de su criterio profesional. El ideal que mencionan: fragmentar los procesos de manera que todos sus componentes se puedan precisar; y que el desarrollo de estas acciones fragmentadas se pueda hacer fuera de lo relacional, como si fueran meramente funciones de cada rol profesional.	
		Los gestores mantienen dos intereses centrales a la hora de incidir en los procesos: la optimización y el aumento de la eficiencia. Las necesidades y la satisfacción de los usuario no es central, ya que consideran que se producirá como efecto directo de la mejora del trato (que sitúan al margen de la durada de la consulta); y es así como las necesidades de los profesionales, principalmente del personal médico, y del sistema, pasan a ser centrales en el diseño de los procesos.

Usuarios	Profesionales	Gestores
<p>Los usuarios quieren procesos integrales, fáciles, y diseñados centrados en sus necesidades; y quieren contar siempre con la orientación de un profesional, (dada la elevada ansiedad derivada de los problemas de salud, y la incertidumbre que comportan los procesos de atención dictados por el sistema). Esto implica que: (1) el Sistema ha de tener equipos profesionales que gestionen los casos complejos y (2) la ciudadanía la oportunidad de aprender a gestionar su itinerario de cuidado.</p>		
<b>B) Coordinación y sistemas de información</b>		
	<p>Los profesionales y gestores reducen la noción de coordinación a la de vinculación entre sistemas de información, y a la de gestión de casos con criterios claros de derivación, (y no ven clara la de integración de profesionales y servicios). La asocian así con una estandarización de las prácticas y las relaciones entre servicios y sistemas, así como con la implementación homogénea de protocolos y procedimientos.</p>	
		<p>Los gestores piensan que se trata de compartir información clínica y financiera con el interés de evitar duplicidades en la atención (pruebas complementarias) y de qué usuarios y profesionales colaboren en el control del gasto.</p>

Usuarios	Profesionales	Gestores
	Los profesionales consideran que significa compartir entre ellos información clínica y sobre procedimientos de actuación validados científicamente (por razones de eficiencia y por reducir los conflictos potenciales derivados de la relación con colegas). Y compartir con los usuarios información sobre los itinerarios de atención establecidos (con tal de no haber de dar respuesta a sus demandas constantes de orientación); y sobre su situación de salud (con tal de intentar aumentar su cumplimiento de los tratamientos y de las normas de uso de los servicios.	
Significa que no haya duplicidades ni vacíos en la atención. Y se ve cuando la información circula y es compartida entre los profesionales que la atienden. El usuario no quiere ser el único conocedor que tiene el registro de todos los puntos que permiten una visión continua/global del que le pasa.		

Tabla 4: Los procesos sanitarios: Coincidencias y discrepancias [49]

### 4.3 La relación profesional-usuario

#### 4.3.1 La relación profesional-usuario: usuarios

Las percepciones de los usuarios son muy claras, incluyen los procesos de transmisión de información y las tipologías de comunicación, así como la forma en que se produce la interacción entre profesionales y usuarios. [50]

En relación a la información y la comunicación, los usuarios ven la provisión de información relativa al problema de salud, al proceso asistencial y al sistema como muy deficiente. Con mucha frecuencia se detallan prácticas de información y comunicación bastante deficitarias y lesivas, cuestiones que se asocian al lugar concedido al usuario en el interior del Sistema Sanitario. Estos déficits y problemas tienen como consecuencias percibidas por el usuario el hecho de sentirse desplazado, ignorado y, hasta, invalidado como agente que toma decisiones sobre su salud.

"Es decir, que hay como ... como una clase de franja media ... que es la que tendríamos que ocupar ... la de decir, bueno, usted es el médico y es el que sabe y por tanto dígame y a ver ... lo que pasa es que yo soy el paciente y soy el propietario de este cuerpo y por tanto ... hay ciertas decisiones que las he de tomar yo ¿no? Y la cosa es tan sencilla y tan difícil como eso ... pero cuesta mucho ..." (GU06:46 156:156). [51]

En relación a los procesos de interacción, los usuarios los definen por las posiciones de cada uno de los agentes (usuarios, cuidadores y profesionales) que son diferentes y están marcadas por una fuerte disimetría. En este sentido se puede concluir que el reconocimiento del usuario como persona y como agente competente, su consideración ética, moral y política como persona, y su reconocimiento como interlocutor, no siempre está garantizado por el sistema.

"Yyy fui a la ... a la endoscopia, la de la endoscopia me puso el tubo y aún no me había acabado de poner el tubo, gira el tubo pa atrás y dice 'uy! Si tu lo que tienen son candidiasis hasta en la boca, tu lo que tienes es SIDA', así y se apartó 'vístete y ya te puedes ir', y se apartó y me vestí. Así me enteré yo del SIDA" GU04:148 377:377). [52]

Los usuarios aluden a malas experiencias como sentirse maltratados o desconsiderados, tratos diferenciales de un mismo profesional según se encuentre en un recurso público o privado. Un elemento de mucha importancia para los usuarios es la credibilidad conferida al usuario por parte del profesional y el consiguiente trato asistencial recibido. Es por esto que muchas veces se cuestiona críticamente la falta de credibilidad y sus efectos de deslegitimación que frecuentemente el usuario sufre delante de los profesionales. Por otra parte, y paralelamente, los aspectos que los usuarios valoran en los profesionales sanitarios son el compromiso, la responsabilidad, la competencia, la consideración, la buena disposición, la modestia, la confianza y/o la empatía.

"Y esto es fundamental, que te escuche, que te oriente, que te lleve ... que te eduque, saber lo que has de hacer, aprender a controlar y que cuando vengas a ver, si los has hecho mal te diga "escucha, esto no funciona, pero que si lo has hecho bien, también te lo diga (como tendrían que ser los médicos)" (GU07:42 107:107). [53]

En las percepciones de los usuarios en este ámbito hay también alusiones y valoraciones de sus comportamientos, tanto de tipo negativo, como las

renuncias, la impotencia, la desprotección, la desorientación, los subterfugios, el miedo y el temor, como los más positivos como son la buena educación, la responsabilidad, la adherencia, la colaboración y la confrontación. Están también presentes en sus percepciones los comportamientos que han de realizar en su acercamiento al Sistema como la solicitud de ayuda, la buena educación, la responsabilidad, la adherencia, la colaboración, la confrontación, la pro actividad, la exigencia, las llamadas de atención y las reivindicaciones o reclamaciones. [54]

#### *4.3.2 La relación profesional-usuario: profesionales*

Las percepciones de los profesionales sobre su relación con los usuarios se articulan en relación al tipo de interacción que el profesional mantiene con los usuarios, la percepción de esta interacción, las consecuencias del tipo de relación, algunos aspectos de la autopercepción y los efectos de algunos cambios sociológicos. Estas percepciones hablan, aunque indirectamente, del tipo de competencias relacionadas con la comunicación y la interacción con los usuarios. [55]

Los profesionales establecen diferencias entre tratar a los usuarios como a "personas enfermas" o incluso enfermos de una determinada enfermedad o trastorno, en perjuicio de su consideración como "personas". Esta diferencia en el trato se percibe como un factor importante para el funcionamiento del Sistema y de la propia práctica profesional. [56]

En las percepciones de los profesionales, se reconoce que los usuarios buscan determinados interlocutores del Sistema que les resultan más accesibles, y son percibidos con capacidad de tomar decisiones de forma conjunta.

"Porque tiene mucho trabajo. Te dicen 'podrías ser médico tu con lo que sabes' y le dices 'no, no es que soy enfermera y ya tengo suficiente' y la gente que te dice es que contigo tengo más facilidad de explicarte, es que tu no se, es que tienen una atención diferente, una formación como todo el mundo, la propia labor de enfermería la gente la empieza a conocer y por eso ahora es nuestro momento, ahora es el momento de ir hacia delante" (GAPP02: 533-533). [57]

El desarrollo de la relación entre profesional y usuario se explica en base a las condiciones del ejercicio de la actividad, caracterizadas desde el punto de vista de los profesionales para la presión, la agenda, el volumen de demanda y, con frecuencia, el desarrollo del rol. En este sentido, directa y/o indirectamente, los profesionales establecen diferenciación entre médicos y enfermeras. Un aspecto específico es la imagen que se ha creado de los especialistas como depositarios de un conocimiento de más gran nivel que los médicos de cabecera; los efectos de esto se ejemplifican en el caso de la valoración de los profesionales de cabecera los cuales son respetados por los usuarios pero el conocimiento médico parece estar construido alrededor de la imagen de los especialistas.

"La imagen, eh? No la realidad, porque yo no lo pienso. Pero la imagen es que a primaria los médicos viven muy bien, que se van a comer a casa, que a las 3 han

acabado, que es muy relajado. Yo he oído a mi gerente decir 'yo cuando me jubile quiero ser médico de cabecera'. Esto lo he oído y lo ha dicho en un forum donde había 15 médicos. Un poco la percepción de que bueno, viene una abuela con un constipado, con un dolor de garganta y todo es así. Yo pienso que demuestra un desconocimiento absoluto de la primaria, no?" (GAPP01: 935-935) [58]

Por último, dos cambios sociológicos parecen incidir bastante sobre las percepciones de la calidad asistencial que tienen los usuarios. Uno de ellos es el envejecimiento de la población que está generando una gran presión sobre la práctica. El otro es el aumento de la población inmigrante no procedente del Estado Español que presenta características que se traducen en una fuerte presión asistencial: las dificultades de comunicación a causa del idioma y la relación de dependencia que tiene el profesional de ayudas externas y ajenas a la práctica sanitaria para poder desarrollar su tarea. [59]

#### *4.3.3 La relación profesional-usuario: gestores*

De las percepciones del comportamiento y las características de la relación profesional-usuario, los principales aspectos destacados para los gestores hacen referencia especialmente a las nuevas demandas conjuntamente con la necesidad de formación y participación que comportan.

"No se ha adaptado suficientemente bien ni suficientemente deprisa a los problemas emergentes, las personas mayores por ejemplo, las dependencias ... el sistema sanitario concebido es un sistema de arreglar un brazo roto, o de curar una enfermedad infecciosa, o de ... ¡claro! Las crónicas, las degenerativas en las personas mayores, esto no lo curas, como mucho lo dejaras, no peor, y toda la maquinaria diseñada para un sistema de agudos para un sistema de crónicos no es eficiente y es caro" (ISO1:11 30:30). [60]

Según los gestores, en los últimos tiempos se ha producido un cambio en las características de los usuarios, que "se han vuelto" más exigentes en relación a sus demandas aunque su nivel puede ser diferente en función del tipo de población. Los gestores son también conscientes de que el buen trato es desde el punto de vista de los usuarios una de las características del buen profesional y que los usuarios están pidiendo tanto información como participación en la toma de decisiones. [61]

Los gestores evalúan bastante positivamente las demandas y exigencias de los usuarios. Ahora bien, se cuestiona el alcance que tendría que tener la respuesta del sistema. En este sentido, se cuestiona la posibilidad real que hay de satisfacerlas todas. Una consecuencia de esto es la necesidad de claridad por parte del Sistema respecto a lo que se puede ofrecer, y sobre cuáles son las consecuencias del modelo al que se está yendo. En esta misma línea de contención, los gestores aprecian la necesidad de "formación" de los usuarios en relación a la denominada "cultura de la inmediatez", que propicia que los usuarios hagan un "mal" uso de algunos servicios, como por ejemplo ir a urgencias sin una necesidad estricta.

Usuarios	Profesionales	Gestores
<b>A) El valor de la información i la relación</b>		
<p>Los usuarios quieren que los profesionales valoren y busquen la información que los usuarios pueden dar en la consulta, y esperen que les den sólo información con valor para ellos. Quieren conocer su situación de salud, entender la atención que el profesional ha pensado para su caso , o qué se supone que ellos han de hacer, en estos procesos que comportarán la atención sanitaria. La información presentada en paneles o folletos, no resulta casi nunca suficientemente aseguradora. Para interpretar esta "necesidad de información" de los usuarios se han de tener en cuenta que los conocimientos que buscan se generan/ desarrollan progresivamente en un contexto relacional y a partir de los conocimientos previos, y que este aprendizaje se da en una situación de racionalidad limitada debido a la ansiedad que comporta la situación. Se trata de una posición desde la cual se produce constantemente la necesidad de entender, de tener la oportunidad de</p>		

Usuarios	Profesionales	Gestores
<p>asegurarse y/o confirmar que hacen aquello considerado apropiado para conseguir los objetivos. Por tanto, no es solamente la necesidad de una información puntual en un momento del proceso, que es entendida o no.</p>		
	<p>Los profesionales y gestores desean usuarios con una competencia igual a la suya para entender la información. Valoran de manera desigual la información privilegiada que tiene el usuario sobre lo que le pasa. Todos ven que la relación es la clave para generar satisfacción en los usuarios, pero no todos ven que sea imprescindible para una buena práctica (p.e. para la eficacia terapéutica, o la eficiencia) en todos los casos.</p>	
	<p>Los profesionales consideran que el distanciamiento progresivo de los profesionales respecto de unas determinadas formas de práctica que se ven forzados a hacer, hace que cada vez con más frecuencia den información en tanto que representantes del sistema.</p>	
<p><b>B) Necesidad de ampliación versus necesidad de límites en la relación</b></p>		
<p>Poner límites a la atención es visto por los participantes, principalmente, como equivalente a poner límites al tiempo de la relación. La diferencia es que para los gestores poner estos límites resulta necesario y para los usuarios no. Los profesionales están divididos delante de esta cuestión, y el personal de enfermería, mayoritariamente, comparte con los usuarios el valor fundamental atribuido a la relación en la asistencia.</p>		
<p>Para los usuarios la relación es lo más importante para sentirse bien atendidos. Es decir, se trata de un indicador que desde su punto de vista se puede utilizar como un índice.</p>		

Usuarios	Profesionales	Gestores
<p>La relación es donde se les hacen visibles los otros valores de la atención sanitaria como el buen diagnóstico o la eficacia del tratamiento.</p>		
	<p>Los profesionales y gestores ven que se puede dar una respuesta puntualmente eficaz a numerosas demandas sin prestar atención a lo relacional; aunque para una parte significativa de profesionales esto no es considerado de buena práctica, sobretodo en les redes de Atención Primaria, Sociosanitaria, y de Salud Mental.</p>	
<b>C) Relación colaborativa versus relación asistencial</b>		
<p>Los participantes piensan que la tradición y la inercia juegan a favor de reproducir en los encuentros de la práctica diaria una relación de tipo asistencial paternalista. Pero coinciden en ver que en abstracto sería deseable el establecimiento de una relación colaborativa caracterizada, principalmente, por una participación plena del usuario en la toma de decisiones y una complementariedad en la realización del cuidado. A pesar de esto, sólo los miembros activos de asociaciones de usuarios, y una minoría de profesionales y gestores hacen alguna cosa efectiva para hacer posible este tipo de relación en la práctica diaria.</p>		
<p>Los usuarios enfatizan la relación respetuosa hacia el usuario, hecho que incluye el respeto a sus decisiones, la consideración de su punto de vista y de su autonomía. La participación se refiere a: (1) disfrutar del reconocimiento y las oportunidades de acción dentro del sistema (reconocimiento de su competencia); (2) poder hacer una contribución colaborativa en los procesos que se dan dentro del sistema; y (3) llegar a ser agentes efectivos del sistema.</p>		

Tabla 5: La relación profesional-usuario: Coincidencias y discrepancias [62]

## 5. Discusión

En este último apartado del artículo se resaltarán los aspectos novedosos de esta investigación así como las conclusiones que de ellos se derivan. Sucintamente, nos referiremos a las aportaciones novedosas de tipo conceptual y de tipo metodológico, a saber la noción de participación de los agentes de salud y la utilidad de la metodología cualitativa en la investigación sobre el sistema sanitario. [63]

La introducción de la participación del usuario como elemento constitutivo de la atención sanitaria, implica cuestionarse las actuales prácticas diseñadas, planificadas e implementadas por el sistema sanitario. Es decir, implica contemplar un cambio en la forma de participación del usuario, que ya no considera su participación como una oportunidad sino como un elemento constitutivo en la planificación sanitaria. [64]

Un enfoque participativo requiere posicionar al usuario como agente activo de cambio en el proceso común que es la mejora de la situación de salud del propio paciente. Un modelo participativo implica que los otros agentes del sistema sanitario (profesionales y gestores) se ubiquen en una relación en la que se dé valor a la posición de cada paciente como fuente legítima de conocimiento de sus condiciones de vida. Por lo que se hace necesario comprender las necesidades individuales de cada paciente sin perder de vista la concepción holística del sistema sanitario (BERG 1999; HAGE 2000). En otras palabras, reconocer las necesidades del paciente y variedad de perspectivas como un recurso válido para la praxis clínica más que un problema o dificultad para el funcionamiento general del sistema sanitario (ASHWORTH, LONGMATE & MORRISON 1992; KIRK & GLENDINNING 1998). [65]

A partir del trabajo de KONING y MARTIN (1996), se pueden derivar del concepto de participación algunos aspectos más prácticos: (1) definir de forma clara los roles y funciones de los participantes; (2) comprender la noción de poder compartido entre los participantes; (3) incorporar el conocimiento local de cada uno de los participantes; (4) considerar la posible divergencia de expectativas futuras en el proceso de participación. [66]

Una de las piezas claves para que la participación del usuario en el sistema de salud sea exitosa es la de generar conocimiento acerca de cuales son sus necesidades específicas de salud. De esta forma, la adopción de una metodología cualitativa implica la asunción de la importancia de analizar e interpretar el significado que las personas dan a sus acciones y a las acciones de los demás y la complementariedad entre descripción y comprensión. Estos supuestos son de gran utilidad en la investigación en políticas de salud y de especial relevancia cuando se empiezan a poner de manifiesto estudios científicos que nos hablan de políticas sanitarias en la que se ubica el paciente/usuario como centro de todas las sinergias de planificación (SATURNO HERNÁNDEZ 1995; MATURANA & CORBELLA 2000) [67]

A nuestro entender, la perspectiva cualitativa deviene un instrumento muy apropiado para mejorar la calidad asistencial que el usuario recibe (WENSING & GROOL 1998). Estudios como los de BATALDEN (1998) y WENSING y ELWYN (2002) dan prueba de ello y nos muestran algunas facetas concretas: (1) en la provisión de información al usuario, (2) en la elucidación de las preferencias del paciente en cada momento de su itinerario de cuidado, (3) en la provisión de feedback del usuario sobre el sistema sanitario y (4) en el diseño de recursos y servicios sanitarios acorde con necesidades expresadas por los usuarios. [68]

Finalmente, desde la perspectiva de la aplicabilidad y trascendencia del estudio hay que resaltar que no ha sido un mero ejercicio metodológico, sino que de sus resultados se han derivado una serie de implicaciones de alto valor para el proceso de planificación. El Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña establece Líneas estratégicas de orientación de los servicios y criterios de planificación para construir los escenarios de desarrollo y adecuación de los servicios de salud por territorios, con una nueva orientación de la planificación, más proactiva y dinámica (DE LA PUENTE & FUSTÉ 2008). La discusión para la construcción de las líneas estratégicas de orientación de los servicios con una perspectiva de futuro en una buena medida se ha basado en los resultados del estudio sobre las visiones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores (ÍÑIGUEZ et al. 2008) [69]

## 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 estos. La confidencialidad no nos permite nombrar a todos los participantes. Les estamos muy agradecidos de todas formas. También queremos recordar el trabajo de codirección del estudio que realizó Marga SÁNCHEZ-CANDAMIO y su gran capacidad para transformar, con entusiasmo, una idea inicial en un producto de conocimiento y útil para la política de salud.

## Referencias

- Ashworth, Peter; Longmate, Ann & Morrison, Paul (1992). Patient participation: Its meaning and significance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1430-1439.
- Barbour, Rosaline (2000). The role of qualitative research in broadening the "evidence base" for clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6(2), 155-163.
- Batalden, Peter (1998). Collaboration in improving care for patient: How can we find out what we haven't been able to figure out yet? *Journal of Quality Improvement*, 24(10), 609-18.
- Bensing, Josephine (2000). Bringing the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient centered medicine. *Patient Consultation and Counseling*, 39, 17-35.
- Berg, Ebert (1999). The patient from object to subject. *The Journal of Norwegian Medical Association*, 18(119), 2681-3.
- Bogdan, Robert & Biklen, Sari Knopp (1992). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bryman, Alan (1988). *Quantity and quality in social research*. Londres: Routledge.

- Buchan, Helen (2003). Using research knowledge to improve health care. *Quality and Safety Health Care*, 12, 322-323.
- Castoriadis, Cornelius (1989). *La institución imaginaria de la sociedad: Vol. 2 El imaginario social y la institución*. Barcelona: Tusquets Editorial.
- Castoriadis, Cornelius (2006). Las significaciones imaginarias. En Cornelius Castoriadis (Ed.), *Una sociedad a la deriva. Entrevistas y debates (1974-1997)* (pp.75-106). Buenos Aires: Katz.
- Charles, Cathy; Gafni, Amiram & Whelan, Tim (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44(5), 681-692.
- Davey, Heather; Lim, Jacqueline; Butou, Phyllis N.; Barrat, Alexandra & Redman, Rally (2004). Women's preferences for and views on decision making for diagnostics tests. *Social Science and Medicine*, 58(9), 1699-1707.
- Davis, Murray S. (1975). Review of frame analysis: An essay on the organization of experience by Erving Goffman. *Contemporary Sociology*, 4(6), 509-603.
- De la Puente, Maria Luisa & Fusté, Joseph (2008). Mapa Sanitario: una visión dinámica de la planificación de servicios en Cataluña. *Medicina Clinica*, 13(Supl.4), 3-8.
- [Denzin, Norman K.](#) (1971). The logic of naturalistic inquiry. *Social Forces*, 51, 166-182.
- Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S.(1998). Introduction: Entering the field of qualitative research. En Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp.1-35). Londres: Sage.
- Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (2000). *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage.
- Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (2003). *Strategies of qualitative inquiry*. Londres: Sage.
- Departament de Salut (2008). *Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública: Els serveis per a la salut, mirant cap al futur*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació.
- Durham, Frank D. (2001). Breaching powerful boundaries: A postmodern critique of framing. En Stephen D. Reese, Oscar H. Gandy Jr. & August E. Grant (Eds.), *Framing public life: Perspectives on media and our understanding of the social world* (pp.123-136). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Enrique Alonso, Luis (1998). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.
- Fisher, Kimberly (1997). Locating frames in the discursive universe. *Sociological Research Online*, 2(3), <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/3/4.html> [consulta: 10/11/2008].
- Ford, Sarah; Schofield, Theo & Hope, Tony (2003). What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 56(3), 589-602.
- Frosh, Dominik & Kaplan, Robert (1999). Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(4), 285-294.
- [Glaser, Barney](#) & Strauss, Anselm (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Goffman, Erving (1961). *Asylums essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Nueva York: Doubleday.
- Goffman, Erving (2006). *Frame analysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Editorial Siglo XXI.
- Green Judith & Britten, Nicky (1998). Qualitative research and evidence based medicine. *British Medical Journal*, 316, 1230-1232.
- Green, Judith & Thorogood, Nicky (2006). *Qualitative methods for health research*. Londres: Sage.
- Gwyn, Richard & Gwyn, Glyn (1999). When is a shared decisión not (quite) a shared decision?. Negotiating preferences in a general practice encounter. *Social Science and Medicine*, 49(4), 437-447.
- Hage, Ian (2000). Patient participation requires a change of attitude in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(4), 178-181.
- Haynes, R. Bryan; Devereaux, Peter J. & Guyatt, Gordon H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence-Based Medicine*, 7, 36-38.

- Holliday, Adrian (2004). *Doing and writing qualitative research*. Londres: Sage.
- Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. (Eds.) (2003). *Inside interviewing: New lenses, new concerns*. Londres: Sage.
- Iñiguez, Lupicinio (Ed.) (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC.
- Iñiguez, Lupicinio; Sánchez-Candamio, Marga; Camps, Silvia; Maestres, Brígida; Muñoz, Juan; Sanz, Jordi & Vázquez, Félix (2007). *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. Col·lecció: Planificació i Avaluació 8*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació.
- Iñiguez, Lupicinio; Sánchez-Candamio, Marga; Sanz, Jordi; Elias, Àngels & Fusté, Josep (2008). Incorporación de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en el proceso de planificación sanitaria de Cataluña. *Medicina Clínica*, 131(Supl. 4), 9-15.
- Jaeschke, Roman; Guyatt Gordon H. & Sackett, David L. (1994). What are the results and will they help me in caring for my patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. *Journal of the American Medical Association*, 271(9), 703-707.
- James, Paul A.; Cowan, Timothy M. & Graham, Robin P. (1998). Patient-centered clinical decisions and their impact on physician adherence to clinical guidelines. *Journal of Family Practice*, 46 (4), 311-318.
- Kassirer, Jerome P. (1994). Incorporating patients' preferences in medical decisions. *The New England Journal of Medicine*, 330(26), 1895-1896.
- Kirk, Steven & Glendinning, Carol (1998). Trends in community care and patient participation: Implications for the roles of informal carers and community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 370-381.
- Koning, Korrie & Martin, Marion (Eds.) (1996). *Participatory research in health: Issues and experiences*. Londres: Zed Books.
- Krueger, Richard (1988). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Londres: Sage.
- Kvale, Steinar (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Londres: Sage.
- Laine, Caroline & Davidoff, Frederic (1996). Patient-centered medicine. A professional evolution. *Journal of the American Medical Association*, 275(2), 152-156.
- Lakoff, George (2007). *No pienses en un elefante: lenguaje y debate político*. Madrid: Editorial Complutense.
- Lakoff, George & Johnson, Mark (2004). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra Editorial.
- Levi-Strauss, Claude (1966). *The savage mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lizcano, Emmanuel (2006). *Metáforas que nos piensan: Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones*. Madrid: Ediciones Bajo Cero.
- Maturana, Salvador & Corbella, Antonio (2000). Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 15(5), 357-362.
- Mead, Nicolas; Bower, Meter & Hann, Mark (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science and Medicine*, 55(2), 283-299.
- Morgan, David & Spanish, Margaret (1984). Focus groups: A new tool for qualitative research. *Qualitative Sociology*, 7(3), 253-270.
- Patton, Michael Quinn (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Popay, Jennie & Williams, Gareth (1998). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(Supl 35), 32-37.
- Ritchie, Jane & Spencer, Liz (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. En Alan Bryman & Roger G. Burgess (Eds.), *Analysing qualitative data* (pp.173-194). Londres: Routledge.
- Rosenberg, William & Donald, Anna (1995). Evidence based medicine: An approach to clinical problem-solving. *British Medical Journal*, 310, 1122-1126.
- Ruiz Olabuenaga, José Luís & Ispizua Uribarri, María Antonia (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Sackett, David L. & Rosenberg, William M. (1995). On the need for evidence-based medicine. *Journal of Public Health*, 17(3), 330-334.
- Saturno Hernández, Pedro (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 69(2), 163-175.
- Silverman, David (1994). *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction*. Londres: Sage.
- Stake, Robert Earl (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stewart, David & Shamdasani, Prem (1992). *Focus groups: Theory and practice*. Londres: Sage.
- Stewart, Moira; Brown, Judith Belle; Donner, Allan; McWhinney, Ian R.; Oates, Julian; Weston, Wayne & Jordan, John (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Straus, Sharon E. & Sackett, David L. (1998). Getting research findings into practice: Using research findings in clinical practice. *British Medical Journal*, 317, 339-342.
- Strauss, Anselm & Corbin, Juliet (1994). Grounded theory methodology: An overview. En Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.273-285). Londres: Sage.
- Tomlin, Zoe; Humphrey, Caroline & Rogers, Steve (1999). General practitioners' perceptions of effective health care. *British Medical Journal*, 318, 1532-1535.
- Triandafyllidou, Anna & Fotiou, Anastasios (1998). Sustainability and modernity in the European Union: A frame theory approach to policy-making. *Sociological Research Online*, 3(1), <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/1/2.html> [consulta: 10/11/2008].
- Vallés, Miguel (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Weiner, Saul J. (2004). From research evidence to context: The challenge of individualising care. *Evidence Based Medicine*, 9, 132-133.
- Wensing, Mike & Elwyn, George. (2002). Research on patients' views in the evaluation and improvement of health care. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 153-157.
- Wensing, Mike & Grol, Robert (1998). What can patients do to improve health care. *Health Expectations*, 1(1), 37-49.
- Yin, Robert K. (2002). *Case study research: Design and methods*. Londres: Sage.

## **Autores**

*Lupicinio IÑIGUEZ* es Catedrático de Psicología social de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Contacto:

Lupicinio Iñiguez

Dpt. Psicología Social

Universitat Autònoma de Barcelona

Edifici B

08193 Bellaterra, Barcelona, España

E-mail: [lupicinio.iniguez@uab.cat](mailto:lupicinio.iniguez@uab.cat)

*Jordi SANZ* es sociólogo e investigador especializado en temas de salud del Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Contacto:

Jordi Sanz

Dpt. Psicología Social

Universitat Autònoma de Barcelona

Edifici B

08193 Bellaterra, Barcelona, España

E-mail: [Jordi.sanz@campus.uab.cat](mailto:Jordi.sanz@campus.uab.cat)

FQS 10(2), Art. 34, Lupicinio Iñiguez, Pilar Monreal, Jordi Sanz, Arantza del Valle & Josep Fusté:  
Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales  
y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya

*Pilar MONREAL* es profesora titular del  
Departamento de Psicología de la Universitat de  
Girona.

Contacto:

Pilar Monreal

Departament de Psicologia  
Universitat de Girona  
C/ Creu, 2  
17071 Girona, España

E-mail: [pilar.monreal@udg.edu](mailto:pilar.monreal@udg.edu)

*Arantza DEL VALLE* es profesora titular del  
Departamento de Psicología de la Universitat de  
Girona.

Contacto:

Arantza del Valle

Departament de Psicologia  
Universitat de Girona  
C/ Creu, 2  
17071 Girona, España

E-mail: [a.delvalle@udg.edu](mailto:a.delvalle@udg.edu)

*Josep FUSTÉ* es director del Mapa Sanitario.  
Dirección General de Planificación y Evaluación  
del Departamento de Salud de la Generalitat de  
Catalunya.

Contacto:

Josep Fusté

Departament de Salut. Direcció General de  
Planificació i Avaluació  
Travessera de les Corts, 131-159. Pavelló Ave  
Maria  
08028 Barcelona, España

E-mail: [jfuste@catsalut.cat](mailto:jfuste@catsalut.cat)

## Cita

Iñiguez, Lupicinio; Monreal, Pilar; Sanz, Jordi; del Valle, Arantza & Fusté, Josep (2009). Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya [69 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 34, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902340>.

Revised 8/2009