



## INVESTIGACIÓN

# Reflexiones en torno a la calidad de la atención en salud

Szulik, Dalia\*

### Resumen

Este artículo presenta un recorrido conceptual sobre la calidad de la atención en salud. El mismo propone diferentes alternativas a la visión tradicional sobre este concepto, que hace foco en una mirada administrativa y gerencial. Se destaca la complejidad y multidimensionalidad de la calidad de la atención, al tiempo que se analizan diversos enfoques que permiten avanzar en una reflexión sociológica con el objetivo de superar la perspectiva gerencial y eficientista dominante. Esto implica revisar cuestiones que hacen a la posibilidad de ejercicio de los derechos, su apropiación, su promoción, omisión o vulneración desde los espacios institucionales, y ampliar el escenario de análisis desde el marco de la ciudadanía. Así, la ecuación final da cuenta de la interdependencia de tres elementos que se potencian y resultan ser condicionantes entre sí: ciudadanía, salud y atención de calidad.

**Palabras clave:** calidad de la atención; salud; ciudadanía; derechos; género

---

**Procedencia:** El artículo deriva del trabajo de tesis presentado en el Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, aprobada en 2019: «Ciudadanía y derechos en salud: Repensar la calidad de la atención en el campo de la salud sexual y reproductiva». Presentado el 18/4/2022, aprobado el 2/12/2022 y publicado el 02/01/2023.

**DOI:** <https://doi.org/10.33255/3467/1291>

**Autoría:** \*Universidad de Buenos Aires.

**Contacto:** [daliaszulik@gmail.com](mailto:daliaszulik@gmail.com)



## Reflections about the quality of health care

### Abstract

This article presents a conceptual overview of the quality of health care. It proposes different alternatives to the traditional vision of this concept that focuses on an administrative and managerial perspective. The complexity and multidimensionality of the quality of care are highlighted, while various approaches are analyzed that allow progress in a sociological reflection with the aim of overcoming the dominant management and efficiency perspective. This implies reviewing issues that make the possibility of exercising rights, their appropriation, their promotion, omission or violation from institutional spaces, and broadening the analysis scenario from the framework of citizenship. Thus, the final equation accounts for the interdependence of three elements that are strengthened and turn out to be mutually determining factors: citizenship, health and quality care.

**Key words:** quality of care; health; citizenship; rights; gender

## Reflexões sobre a qualidade do atendimento em saúde

### Resumo

Este artigo apresenta uma trajetória conceitual sobre a qualidade da atenção à saúde. Ele propõe diferentes alternativas à visão tradicional desse conceito que se concentra em uma perspectiva administrativa e gerencial. Destaca-se a complexidade e multidimensionalidade da qualidade da atenção, ao mesmo tempo que se analisam diversas abordagens que permitem avançar em uma reflexão sociológica com o objetivo de superar a perspectiva dominante gerencial e eficientista. Isso implica rever questões que possibilitam o exercício dos direitos, sua apropriação, sua promoção, omissão ou vulneração a partir dos espaços institucionais, e ampliar o cenário de análise, desde o âmbito da cidadania. Assim, a equação final dá conta da interdependência de três elementos que se potencializam e se tornam condicionantes entre si: cidadania, saúde e atendimento de qualidade.

**Palavras chaves:** qualidade do atendimento; saúde; cidadania; direitos; gênero

## Introducción

El acceso a una atención de la salud de calidad es una meta indiscutible que atraviesa a toda la población y a todas las instituciones, independientemente de los contextos sociohistóricos y de los subsectores del sistema de salud. Mucho se habla de las consecuencias de un servicio de mala calidad en todos los ámbitos, de cómo afecta a la satisfacción y la lealtad de los usuarios de un servicio. Pero no está claro qué se persigue al hablar de una atención de calidad.

La calidad de los servicios de la salud y su evaluación ha sido objeto de interés para quienes toman decisiones en los ámbitos gerenciales y técnicos a partir de las últimas décadas del siglo XX, ya que constituye una herramienta valiosa para la detección de puntos críticos en los procesos de atención de la salud. Sin embargo, esto ha conducido a una suerte de mecanización de los procesos de atención, equiparando el quehacer médico y de las instituciones sanitarias al mero cumplimiento de protocolos y estándares, que se aplican indistintamente a todo tipo de contexto y paciente en desmedro de las particularidades de las distintas realidades sociales y sanitarias.

El estudio de la calidad de la atención en los servicios de salud se ha abordado, principalmente, desde visiones administrativas y gerenciales que tienden a opacar la complejidad y multidimensionalidad de este concepto. Esta perspectiva no favorece la participación de las/os usuarias/os en otros niveles y refuerza la ausencia de dimensiones de otra naturaleza, como las dimensiones culturales, la inequidad en el acceso, el poder en el sistema de salud, la perspectiva de género: es decir, se invisibiliza la dimensión de ciudadanía y derechos en la atención de la salud. Esto implica revisar cuestiones que hacen a la posibilidad de ejercicio de los derechos, su apropiación, su promoción, omisión o vulneración desde los espacios institucionales, y ampliar el escenario de análisis. Este artículo se propone una reflexión sociológica sobre el concepto de calidad de la atención en salud, en un intento por superar esta perspectiva.

La mirada sociológica se construye a partir de deconstruir el sentido común, «desfamiliarizando lo familiar», buscando «la diferencia que hace la diferencia», al decir de Zygmunt Bauman (1994). Correr este velo es complejizar una mirada ingenua sobre la calidad de la atención, a partir de la incorporación de una perspectiva de derechos y género, articulada desde el concepto de ciudadanía.

## Calidad y eficiencia, el más común de los sentidos

De acuerdo con el glosario de términos de la International Organization for Standardization (ISO), la calidad hace referencia a la totalidad de rasgos y características de un producto, proceso o servicio que responden a su capacidad para satisfacer necesidades declaradas o implícitas. Un producto o servicio, para esta organización, es de calidad cuando cumple con los objetivos para los que ha sido creado (Fuentes Arderiu, 1998).

La palabra *calidad* proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios (Coronado Zarco *et al.*, 2013, p. 27).

En el ámbito de la salud, la calidad es un concepto que se encuentra presente a lo largo de la historia de la humanidad. Antiguos documentos así lo acreditan, como el Código de Hammurabi –que en el año 2000 a.C. regulaba la atención médica y aun incluía multas cuando los médicos obtenían resultados no deseados de sus cuidados–, los papiros egipcios, también del 2000 a.C., en los que se encuentran estándares con referencia a las prácticas médicas, o la Ley de Hipócrates del 500 a.C., en la que se recogen bases éticas y legales de cumplimiento obligado para quienes ejercen la medicina, y otros (Ulecia Martínez y Gómez Doblas, 2007; Coronado Zarco *et al.*, 2013).

Se trata de un concepto con múltiples acepciones que varía a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos, ya que en este se conjugan juicios de valor, tanto individuales como colectivos, lo que le imprime siempre un carácter relativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite. (WHO Working Group, 1989, p. 80)

La calidad en la atención es un constructo de difícil definición, ya que ello depende, en gran manera, del contexto y enfoque en que se utilice el término. Se trata de un concepto polisémico, multidimensional y, a su vez, dinámico (Petracci, 2005, p. 2).

Donabedian (1984) constituye un referente en este campo; su propuesta de evaluación de la calidad de los servicios de salud es una de las más difundidas y aceptadas, y corresponde al orden de las definiciones de calidad de la atención de tipo funcional –que consideran características técnicas y humanas para el logro de objetivos de salud, enfatizan en las condiciones contextuales e incluye elementos de tipo técnico, profesional, científico y de tipo humano o de relaciones personales– (Delgado Gallego, Vázquez Navarrete y Moraes Vanderlei, 2010; Salinas Rodríguez y González Díaz, 2006).

El autor define como atención de alta calidad a la que se espera que «maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes» (Donabedian, 1984, p. 3). Con ello, señala la calidad de la atención de la salud como una forma de maximizar beneficios sin incrementar riesgos en materia de salud. Un grado óptimo de calidad sería, entonces, el logro del equilibrio entre riesgos y beneficios. Entre los componentes de la calidad asistencial que este autor considera necesario tener en cuenta se encuentran:

- El componente técnico: comprende los aspectos relacionados con la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que se obtenga el máximo beneficio para el paciente sin incrementar con ello los riesgos.
- El componente interpersonal: se orienta a las normas y valores sociales y se basa en la relación entre los individuos. Incluye la ética profesional y observa también las expectativas y aspiraciones de cada individuo.
- Los aspectos de confort: elementos del entorno que hacen a la comodidad y confort durante la atención.

Los sistemas sanitarios comprenden estructuras diversas y complejas, en las que los avances tecnológicos son rápidos y constantes, los recursos son limitados, los servicios son complejos y se trabaja bajo presión social. Así, este sistema comprende tres actores principales con motivaciones e intereses particulares: profesionales, usuarias/os y la administración sanitaria, quienes se ven condicionados por factores que interactúan y plantean una contextualización inevitable: el científico-técnico, el aspecto económico y las relaciones interpersonales.

En la práctica clínica diaria existe una tendencia a relacionar la calidad sanitaria con la técnica, lo que implica hacer lo más adecuado para las/os usuarias/os, y hacerlo bien. Sin embargo, los procesos asistenciales no se dan en un ámbito de condiciones ideales, lo que lleva a considerar la

disponibilidad de recursos y otros factores que se han ido incorporando al concepto de calidad, como la accesibilidad al servicio, la equidad, la ética, la adhesión y la satisfacción de la/el usuaria/o.

Distintos abordajes se derivaron del modelo donabediano, entre los cuales cabe mencionar: el modelo SERVQUAL, basado en la comparación entre expectativas y desempeño de un servicio (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988); el modelo de Grönroos (1983), que retoma diversos parámetros de la calidad científico-técnica, funcional y corporativa, y el de Palmer (1983), que destaca una diversidad de aspectos como la efectividad, la accesibilidad, la disponibilidad y la seguridad, entre otros.

Si bien cada definición reconoce las dificultades para arribar a un acuerdo, el concepto de calidad de la atención que se ha manejado tradicionalmente parte de una mirada organizacional y gerencial cuyo principal objetivo es garantizar el uso eficiente de los recursos e incrementar la productividad de los servicios (Luft y Hunt, 1986; De Geyndt, 1995; Donabedian, 1984; Jiménez Paneque, 2004; Ruelas y Querol, 1994). Esto ha ido construyendo un sentido común sobre la calidad fuertemente asociada a la eficiencia, lo que ha ido formando el núcleo dominante de las rutinas institucionales y de las percepciones colectivas e individuales: *un servicio de calidad es un servicio eficiente; un servicio eficiente garantiza un alto nivel de calidad.*

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) también han adoptado una postura efficientista en términos de calidad de la atención<sup>1</sup>.

Paganini (2001) considera a la calidad de la atención como un sinónimo de resultado o cambio positivo en la condición de salud atribuible a la acción de los servicios de la salud, medible a través de la satisfacción del/a usuario/a, por lo que la calidad, en este esquema de análisis, se concentra en la atención en las estructuras y los procesos de los sistemas, y en la eficiencia con que se logran dichos resultados. El autor sostiene que las inequidades en materia de distinta calidad de atención que recibe la población en función de su condición socioeconómica, educativa y cultural son totalmente inaceptables, por lo que el esfuerzo en el logro de la mejora de la calidad suma el uso eficiente de los recursos con fines económico-sociales y acordes a la ética social y comunitaria (Paganini, 2001).

Cada uno de estos enfoques plantea cuestiones conceptuales diferentes y complementarias pero todos tienen en común un énfasis en la posibilidad y el alcance de la medición del término, lo que ha convocado el interés y desarrollo de investigaciones cuantitativas en este campo que han tomado a las/os usuarias/os de los servicios de salud como fuente de opinión sobre

la calidad de la atención, indagando en su percepción y experiencia en los servicios con el objetivo principal de hacer cambios administrativos o de organización.

### **Derechos, género, ciudadanía: otras perspectivas para pensar la calidad de la atención**

Los sistemas de prestación de salud, a nivel global, se desarrollan en un mercado competitivo en el que la productividad y la calidad son factores fundamentales. Así, se ha impuesto el enfoque gerencial y de gestión de la calidad, en el que crece la normatización de los procedimientos y las inversiones para la mejora de la calidad; se enfocan en la infraestructura y la adquisición de equipos tecnológicos modernos y sofisticados. Sin embargo, en este enfoque quedan rezagados los aspectos de calidad desde una mirada ética, humanística, científica y cultural (Cabello Morales, 2001).

La literatura sobre mejora de la calidad de los servicios de salud ha incluido conceptos y estrategias provenientes de la industria e incluso de la reingeniería, que suponen que la calidad como meta puede alcanzarse a partir de una dinámica de cambios organizacionales consistente en la aplicación de un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, en el mejoramiento de la calidad de vida laboral y en la promoción de la satisfacción del cliente/usuario. Ese enfoque integral de la calidad se convirtió en un paradigma de gestión e ingresó, con posterioridad, al ámbito de las políticas públicas y de los servicios.

Dichas influencias han propiciado, en los años setenta y ochenta del siglo pasado, un enfoque administrativo en el que la búsqueda y evaluación de la calidad estaban implícitas en las demás acciones de la atención a la salud (Castro Vásquez, 2004). Este enfoque no se abandona, pero a partir de los inicios de los años noventa, en el contexto del debate sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, comienza a reconocerse y a evidenciarse una calidad deficiente en los servicios, lo que plantea la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales más vulnerables, entre estos, el de las mujeres. La calidad de la atención se coloca en el marco de los derechos humanos, situando el acto médico en un plano mayor: el de la justicia social. Como señalan Yamin y Miranda (2002):

Una de las características únicas de la aproximación desde los derechos humanos recae en el compromiso de los Estados, legalmente responsables del cumplimiento de ciertos estándares. Esto significa ir más allá del sector salud, desde

aspectos relacionados a la evaluación de los determinantes de los patrones de salud y enfermedad hasta la provisión de soluciones en caso de violaciones de los derechos. (p. 1)

El marco de derechos apuesta a empoderar a las/os usuarias/os para que se vean a sí mismas/os no solo como consumidoras/es de los servicios de salud que deberían recibir calidad, sino como poseedoras/es de derechos capaces de hacer demandas que van más allá de los paquetes de servicios. Esta perspectiva se considera como una medida para prestar atención a los grupos socialmente excluidos, a la vez que plantea nuevos desafíos teóricos y metodológicos en el campo de las investigaciones empíricas ya que amplía el concepto de calidad, exigiendo medir cuestiones diferentes e inéditas a las habitualmente incluidas entre los indicadores de calidad (Miranda y Farmer, 2001).

El enfoque gerencial resultó útil y válido; sin embargo, entre sus mayores deficiencias cabe destacar que ha llevado a considerar ciertas formas de maltrato y de vulneración de los derechos de usuarias/os de los servicios de salud al plano de un mero problema de calidad de la atención, conforme a un discurso hegemónico que reduce la temática a una cuestión técnica o relacionada con la administración de recursos. Diversas investigaciones empíricas así lo evidenciaron en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en relación con la atención de poblaciones minoritarias y, por ende, más vulnerables (Szulik, 2019).

Con los años, el sentido de la calidad ha ido recuperando su acepción como derecho que debe ser garantizado, lo que lleva a considerar a la garantía de la calidad como un aspecto imperativo de los sistemas de salud y de las organizaciones que forman parte de este a todo nivel.

En el actual escenario de la atención a la salud se intenta que estos enfoques diferentes sean tratados como complementarios (Castro Vásquez, 2011). Sobre esta base, se fundamenta la necesidad de centrar el análisis de la calidad de la atención en el campo de los derechos a la salud, puntualmente de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incorporando una perspectiva de género.

Entre las ventajas que ofrece la relación de las categorías de género (Valls-Llobet, 2009; Mattio, 2012) y la calidad de la atención, se destaca la capacidad del concepto para registrar y examinar problemas de la atención de la salud que de otra manera quedarían invisibilizados. Los obstáculos que deben sortear las personas en los servicios de salud, que van desde la dificultad de acceso a los servicios hasta tener que enfrentarse a los estereotipos de las/os profesionales durante la atención, la subordinación que se espera



por parte de las/os usuarias/os y las vivencias en la atención de parte de un personal médico dominante son condicionantes que afectan la calidad de la atención y facilitan la vulneración de los derechos sexuales y (no) reproductivos (Castro Vásquez, 2008).

La perspectiva de género incorporada al concepto de calidad de la atención hace foco en la importancia de una conciencia activa por parte de usuarias y usuarios de los servicios de salud. Trabajos pioneros en este campo, como el de Bruce (1990) y Matamala *et al.* (1995) colocan esta cuestión en torno a una concepción de salud integral que incluye dimensiones como la dignidad y el respeto en la atención, el conocimiento de las/os usuarias/os sobre sus procesos de salud, su autoestima, su autonomía y el derecho a decidir (Salas Valenzuela, 2001).

En este sentido, se enfatiza la importancia de contextualizar la atención en su entorno político. (Castro Vásquez, 2008). Es a la luz de esta propuesta que consideramos fundamental retomar los elementos teóricos que aporta el concepto de ciudadanía y sus dimensiones constitutivas, como la autonomía, la titularidad y el ejercicio de derechos.

El concepto de ciudadanía constituye un eje central para la investigación sociológica relacionada con los derechos en el campo de la salud. Esta hace referencia a la condición del sujeto en función de su pertenencia a una determinada comunidad política. En esta relación, lo que garantiza la plena realización de sus capacidades como ciudadana/o es un entramado de derechos, responsabilidades y obligaciones que se deben respetar a fin de garantizar, asimismo, la realización de la comunidad toda. Sin embargo, al estudiar la ciudadanía, resulta necesario diferenciar claramente el ámbito normativo del deber ser, de lo que ocurre en la realidad, de las condiciones materiales concretas que marcan la existencia del/a ciudadana/o y sujeto, tomando en cuenta la distinción entre variaciones existentes en la apropiación subjetiva de los derechos, y las posibilidades reales de hacerlos valer en diferentes contextos y ante fenómenos como las desigualdades de género, de etnia, de clase, etc. (López Gómez y Castro, 2010).

Al pensar el proceso de ciudadanía en el campo de la salud, el concepto de autonomía adquiere una relevancia notable. Esta importancia es señalada por diversos autores en las últimas décadas en función de su relación con cuestiones éticas y de derechos, pero también con el conjunto de prácticas subjetivas que a la vez se encuentran mediadas por procesos colectivos (Amuchástegui y Rivas, 2008).

En dichas prácticas, ejercer la autonomía implica que el sujeto tome sus propias decisiones y sea centro de sus propias acciones con libertad, sin im-

ponerse sobre otros ni aceptar imposiciones externas, y que este comprenda los detalles de su situación. El agente no es autónomo cuando las decisiones que toma sobre su salud sufren la influencia de información médica sesgada o insuficiente, o cuando entran en juego elementos culturales como la subordinación a la autoridad. Es por ello que la autonomía constituye un elemento fundamental en el ejercicio de los derechos en el campo de la salud, y el derecho a la información conforma una pieza esencial para la toma de decisiones en este ámbito (Castro Vásquez *et al.*, 2011).

El consentimiento informado es una obligación ética y legal de los profesionales de la salud, y un derecho de los usuarios de los servicios. En el ejercicio de derechos en el ámbito de la salud, el consentimiento informado implica que la toma de decisiones del agente autónomo sea tomada sobre la base de decisiones informadas sobre su estado de salud, para lo que resulta necesario que se dé una relación de confianza entre la/el profesional y quien consulta, en la que se respete su autonomía. Factores como la pertenencia a grupos minoritarios y marginados influyen en el modo en que se reconozca o eluda el derecho a la información del paciente.

En este contexto, el *empoderamiento* de las/os usuarias/os resulta de fundamental importancia, ya que constituye un factor capaz de definir la calidad de la atención en la salud de manera diferente: un/a usuaria/o con conciencia de sus derechos realizará una evaluación de calidad muy diferente de aquel que los desconoce. Resulta necesario que en la evaluación de la calidad de la atención se considere muy especialmente no solo que el personal médico proporcione suficiente información al paciente o sus familiares durante el proceso de atención, sino que reconozcan el derecho a la información en materia de salud como un derecho fundamental e irrenunciable (Castro Vásquez *et al.*, 2011).

Hablar de ciudadanía implica resaltar la dimensión de igualdad de los individuos, ya sea en cuestiones que afectan a los derechos como también a los deberes, poniendo en relieve el eje de la comunidad en las relaciones que se mantienen en el ámbito de la salud, entendiendo este como espacio de relaciones de interdependencia.

El derecho a la atención de la salud es, consecuentemente, un derecho humano reconocido para todos los habitantes, independientemente de su condición. En estrecha relación con el derecho a la atención de la salud se encuentra la calidad de la atención, ya que esta comprende aspectos fundamentales, como el acceso a la salud o el derecho a la información de la salud. Y el principal garante para el cumplimiento de este derecho es el Estado.

Ciudadanía y salud confluyen también en otra dimensión: la del acceso a los servicios de salud. Incluimos en él tanto factores físicos como culturales, económicos y políticos que facilitan u obstaculizan el contacto de las/os ciudadanas/os con las instituciones de salud.

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos. Se considera que existe una íntima relación entre la accesibilidad simbólica y la participación social de los usuarios (Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008, p. 263).

En función de ello, en el análisis de la accesibilidad se debe incluir no solo la caracterización organizacional del servicio, sino las simbólicas: representaciones, discursos, prácticas de la población, etc. No se trata, entonces, de meras estrategias, modos de organización y distribución geográfica de los servicios de la salud, sino que el análisis de las condiciones de accesibilidad debe enfocarse en todos los factores que hacen a la posibilidad o imposibilidad de encontrarse de sujetos y servicios.

La concepción clásica de la accesibilidad a los servicios se fundamenta en cuatro dimensiones: geográfica, administrativa, económica y cultural o simbólica. Aunque los primeros ítems son relevantes, es en la dimensión simbólica donde se construyen representaciones acerca de los derechos y de la manera en que el sujeto encuentra formas de ejercerlos, por lo que constituye la dimensión de mayor relevancia para el presente estudio. En la dimensión subjetiva confluyen vivencias, saberes construidos, percepciones, experiencias, etc. Esta se nutre, a su vez, de experiencias vinculares infantiles, de la historia individual y de los mecanismos de poder que se transmiten en la sociedad, de la clase de pertenencia, del género, la etnia, el disciplinamiento y demás factores que conforman el *habitus*. Todos estos elementos constituyen factores de importancia en el modo en que los sujetos construyen formas de acceso a los servicios de salud. Estos elementos, a su vez, condicionan la posibilidad de que en la comunidad se desarrollen mecanismos participativos para demandar el ejercicio efectivo de sus derechos.

Así, la participación social se erige como un medio de construcción de ciudadanía por su capacidad para generar el ejercicio concreto de derechos. Es así que se establece la relación entre la dimensión simbólica de la accesibilidad y el ejercicio de la ciudadanía a través de mecanismos de participación sociales en materia del ejercicio de los derechos de la salud en general (Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008) y de los derechos sexuales y reproductivos en particular.

Garantizar la condición de ciudadanía contribuye a alcanzar un estado óptimo de salud integral. La ecuación final da cuenta de la interdependencia

entre estas dimensiones y de una convergencia en la que estos tres elementos se potencian y resultan ser condicionantes entre sí:

Ciudadanía + Salud = Atención de calidad

Ciudadanía + Atención de calidad = Salud

Salud + Atención de calidad = Ciudadanía

## Conclusiones

Este trabajo se propuso reflexionar en torno a un concepto, el de la calidad de la atención en salud, que se presenta muchas veces con un carácter de postulado: se reconoce la necesidad de su evaluación, se define como un supuesto transversal a todos los subsectores del sistema de salud y se entiende como condición de posibilidad para dar respuestas válidas, oportunas y competentes. La calidad de la atención aparece como parte de un manifiesto, de una especie de declaración de principios, en la cual lo normativo se confunde con lo valorativo.

Esto reforzó una mirada desde un enfoque administrativo y gerencial que detenta cierta neutralidad y una supuesta «transparencia» que no hace más que opacar y obstaculizar la posibilidad de pensar y ejercer plenamente el derecho a la salud.

En este sentido, la propuesta de sumar las perspectivas de género, derechos y ciudadanía pretende «politizar» esta temática para convertirla en demanda social activa.

Recibir una atención de calidad no se asocia a un derecho ciudadano, sino a una cualidad de la atención de la salud en el marco de los servicios de salud. La ciudadanía logró alzar su voz para demandar al Estado por el ejercicio y la garantía de sus derechos en general y sus derechos sexuales y (no) reproductivos en particular, pero el reclamo por la calidad de la atención –condición necesaria para el ejercicio de esos derechos– quedó subsumido en ese recorrido político por el espacio público.

Así, la calidad de la atención como problemática ciudadana queda «atrapada» en el lugar de las deliberaciones y no en el de la toma de decisiones.

## Nota

1. Ello ha quedado plasmado en los documentos emitidos por dichas organizaciones, como en la resolución «Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente» de 2007, redactada en Washington en ocasión de la 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana (Organización Panamericana de la Salud, 2016). [«« VOLVER](#)

## Referencias bibliográficas

- AMUCHÁSTEGUI, A. y Rivas, M. (2008). Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México. Género, heteronormatividad y ética. En I. Szasz y G. Salas, *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción* (pp. 57-133). México: El Colegio de México.
- BAUMAN, Z. (1994). *Pensando sociológicamente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- BRUCE, J. (1990). Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.
- CABELLO MORALES, E. (Julio, 2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Revista Médica Herediana*, 12(3), 96-99.
- CASTRO VÁSQUEZ, M. C. (abril-junio, 2011). Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Revista Mexicana de Sociología*, 73(2), 231-259.
- CASTRO VÁSQUEZ, M. C. (2004). La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. *Región y Sociedad*, XVI (30).
- CASTRO VÁSQUEZ, M. C. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en Salud* (XXIX). México: El Colegio de Sonora.
- CASTRO VÁSQUEZ, M. D., Arellano Gálvez, M., Gil Durán, C. y Aranda Gallegos, P. (2011). *Ciudadanía y Salud: revisión bibliográfica para el estado del arte*. Hermosillo, Sonora, México: El Colegio de Sonora.
- CORONADO ZARCO, R., Cruz Medina, E., Macías Hernández, S. I., Arellano Hernández, A., y Nava Bringas, T. I. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(1), 26-33.
- DE GEYNDT, W. (abril, 1995). Managing the Quality of Health Care in Developing Countries. *World Bank Technical Papers*, (258).
- DELGADO GALLEGO, M. E., Vázquez Navarrete, M. L. y Moraes Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 533-545.
- DONABEDIAN, A. (1984). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México DF: La Prensa Médica Mexicana.
- DONABEDIAN, A. (2014). La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*, 28(3), 324-327.

- DONABEDIAN, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, 32(2), 113-117.
- FUENTES ARDERIU, X. (1998). A glossary of different ISO terms for metrology that are relevant to clinical laboratories. *Westgard QC*.
- GARCÍA, B. (2000). *Mujer, género y población en México*. México: Sociedad Mexicana de Demografía.
- GRÖNROOS, C. (1983). *Strategic management and marketing in the service sector*. Boston: Marketing Science Institute.
- JIMÉNEZ PANEQUE, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 17-36.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. y Castro, R. (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República.
- LUFT, H. S. y Hunt, S. S. (Mayo, 1986). Evaluating individual hospital quality through. *Journal of the American Medical Association*, 20(255), 23-30.
- MALAGÓN LONDOÑO, G., Galán Morera, R. y Pontón Laverde, G. (2008). *Administración hospitalaria* (3.ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- MATAMALA, M. I., Berlagoscky, F., Salazar, G. y Núñez, L. (1995). *Calidad de la atención, género, ¿salud reproductiva de las mujeres?* Santiago de Chile: COMUSAMS-ACHNU.
- MATTIO, E. (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En J. M. Moran Faundes, M. C. Sgró Ruata, y J. M. Vaggione (eds.). *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad.
- MIRANDA, J.J. y Farmer, P. (2001). Social exclusion must be considered in global terms. *British Medical Journal*, 323(7325), 1370.
- MOLINA ASTÚA, M., Quesada Mena, L. D., Ulate Gómez, D. y Vargas Abarca, S. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(1), 109-117.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2016). *Calidad en la atención y seguridad del paciente*.
- PAGANINI, J. M. (2001). *Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud*. La Plata: Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud - Universidad Nacional de La Plata.
- PALMER, U. H. (1983). *Ambulatory health care evaluation: Principles and practice* (6.ª ed., vol. III). Chicago: American Hospital Association.
- PARASURAMAN, A., Zeithaml, V. L. y Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- PETRACCI, M. (2004). Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios. En M. Cerrutti, H. Manzelli, S. Necchi, M. Pecheny y M. Petracci. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Calidad de atención en salud. Seminario V. Buenos Aires: CEDES.
- PETRACCI, M., Ramos, S. y Szulik, D. (2005). Evaluación estratégica del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de Buenos Aires, Argentina. *Reproductive Health Matters*, 13(25), 60-71.

- RUELAS, E. y Querol, J. (1994). *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- SALAS VALENZUELA, M. (2001). *Calidad de la atención con perspectiva de género: aportes desde la sociedad civil*. México: Plaza y Valdés.
- SALINAS RODRÍGUEZ, J. L. y González Díaz, H. (2006). Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*, (8).
- SOLITARIO, R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (enero-diciembre, 2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: Su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15, 263-269.
- SZULIK, D. (2019). *Ciudadanía y derechos en salud: Un análisis acerca de la calidad de la atención en servicios de salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires*. [Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires].
- ULECIA MARTÍNEZ, M. Á. y Gómez Doblaz, J. J. (2007). La calidad en cardiología. Desde la teoría a la aplicación práctica. *Revista Española de Cardiología*, 7, 17-54.
- VALLS-LLOBET, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer.
- WHO WORKING GROUP (1989). The principles of quality assurance. *Qual Assur Health*, (1), 79-95.
- YAMIN, A.E. y Miranda, J. (2002). Ética, Calidad de atención y Derechos Humanos. *Revista del Instituto para el Desarrollo de la Salud (IDS) Idéese*, 1(1), 35-42.