

## **Satisfacción del usuario bajo la perspectiva de la responsividad: ¿estrategia para análisis de sistemas universales?<sup>1</sup>**

Silvana Martins Mishima<sup>2</sup>

Ana Carolina Campos<sup>3</sup>

Silvia Matumoto<sup>4</sup>

Cinira Magali Fortuna<sup>4</sup>

**Objetivo:** analizar la satisfacción de los usuarios de una Unidad de Salud de la Familia (USF) en una municipalidad del interior del estado de São Paulo-Brasil bajo la perspectiva de la capacidad de respuesta (responsividad). **Método:** estudio cualitativo, realizado con 41 usuarios de las familias que utilizaron la USF por lo menos una vez en los últimos seis meses. Se utilizó una entrevista semiestructurada para la recolección de datos, realizada entre noviembre de 2010 a enero de 2011, centrada en las dimensiones de la capacidad de respuesta: dignidad, autonomía, instalaciones y ambiente físico, atención inmediata, elección, confidencialidad y comunicación. Se realizó un análisis temático. **Resultados:** surgieron cuatro temas en el análisis: El entorno de la unidad de salud; El acceso y sus componentes de accesibilidad – ¿favorecen la capacidad de respuesta?; Posibilidades de construcción de la relación usuario-equipo-servicio de salud; y El equipo de la USF – procesando la asistencia y recibimiento. **Conclusión:** la capacidad de respuesta permite acompañar y monitorear aspectos no médicos del cuidado a partir de los usuarios; contribuye al alcance de la cobertura universal, haciendo énfasis en la calidad de la atención.

**Descriptor:** Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Satisfacción de los Usuarios; Atención Primaria de Salud; Acceso Universal a Servicios de Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Análisis de la satisfacción del usuario en una Unidad de Salud de la Familia de acuerdo con la perspectiva de la capacidad de respuesta", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, procesos nº 13.0216/2009-7 y 312389/2009-4.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> MSc, Enfermera, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## Introducción

El concepto de capacidad de respuesta se refiere al modo en que el sistema de salud consigue reconocer y responder a las expectativas de los individuos en relación a los aspectos no-médicos del cuidado, teniendo en cuenta que las acciones gubernamentales atienden las expectativas y demandas de la población al mismo tiempo que respetan los derechos de las personas, añadiendo la definición de los principios de validez universal a la evaluación de los sistemas de salud<sup>(1-4)</sup>. Así, la capacidad de respuesta se volvería el análisis de la interacción entre el modo en que el sistema de salud actúa y la satisfacción del usuario<sup>(3)</sup>.

El concepto de capacidad de respuesta abarca dos aspectos principales: el respeto por las personas el cual incorpora cuestiones como: dignidad, autonomía, comunicación y confidencialidad; y la orientación hacia el cliente que incluye los elementos que influyen en la satisfacción, pero que no están directamente relacionados con el cuidado de la salud: respecto a la atención rápida, acceso a redes de apoyo social, calidad de las instalaciones; y elección del prestador de cuidados de salud<sup>(1,3)</sup>.

Aunque se critique el análisis de la capacidad de respuesta, por tratarse de la opinión del usuario y presentar sesgos, como por ejemplo, la gratitud por la atención recibida<sup>(4)</sup>; se considera que sus elementos/dimensiones pueden ampliar las posibilidades de evaluación de la satisfacción de los usuarios, contribuyendo con indicativos a la ampliación de la universalidad de la atención a la salud y de la cobertura universal. El concepto también puede permitir que la enfermería lo utilice para ampliar sus acciones en la atención a las necesidades y expectativas de los usuarios.

La capacidad de respuesta está indicada como referencia en una de diez acciones que resultaron como lecciones aprendidas por varios países de América Latina, que mostraron que la cobertura universal es alcanzable. Dicha acción específica se refiere a mecanismos efectivos de observación y evaluación de la calidad del cuidado, en las dimensiones técnica e interpersonal, teniendo en cuenta que la expansión de la cobertura requiere inversiones en la calidad del cuidado<sup>(5)</sup>.

Por lo tanto, la noción de capacidad de respuesta, incluyendo sus principales aspectos ya referidos: el respeto por las personas y la orientación hacia el cliente, puede guiar los movimientos que busca la evaluación, acompañamiento e incremento de la calidad como un componente de la cobertura universal en salud<sup>(5)</sup>.

En el escenario del Sistema Único de Salud (SUS), en 1994 Brasil implementó la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) basándose en los principios de la

Atención Primaria a la Salud (APS) como forma para enfrentar el problema de la desigualdad de acceso y expandir la cobertura; buscando efectuar el proceso de democratización y de construcción de la ciudadanía involucrando a la población en la toma de decisiones<sup>(6)</sup>.

Estudios sobre evaluación de servicios de salud<sup>(7-8)</sup> han apuntado la importancia de analizar el impacto de las acciones de la APS sobre las condiciones de salud de la población y sobre la satisfacción de los usuarios, destacándose la importancia de darles voz y la posibilidad de participación en los procesos de diagnóstico y planificación de acciones. Entonces, ya es posible identificar una expansión en la producción científica acerca de la satisfacción de los usuarios en relación a los servicios de la APS, en especial aquellos relacionados con la Salud de la Familia<sup>(8)</sup>. No obstante, aún son escasos los estudios brasileños sobre la capacidad de respuesta.

Se destaca que la diferencia entre la perspectiva de la capacidad de respuesta y la evaluación de la satisfacción del usuario está en el abordaje del mismo, ya que en esta última se le pregunta al usuario que tan satisfecho ha quedado con la atención recibida en relación a su expectativa; y en la capacidad de respuesta, se le pregunta acerca de lo que acontece cuando se relaciona con los servicios de salud<sup>(4)</sup>.

Para el análisis de la satisfacción del usuario en cuanto a la asistencia prestada por una Unidad de Salud de la Familia (USF), esta investigación utilizó las dimensiones de la capacidad de respuesta: *dignidad, autonomía, confidencialidad, atención inmediata, elección, instalaciones y entorno físico y comunicación*.

La pregunta que orientó ese estudio fue: ¿Cuál es la satisfacción de los usuarios con las unidades de salud de la familia, considerando los elementos constitutivos de la capacidad de respuesta?

De ese modo, el estudio objetivó el análisis de la satisfacción de los usuarios de una Unidad de Salud de la Familia con la perspectiva de la capacidad de respuesta.

## Recorrido de la investigación

Este estudio es descriptivo y de metodología cualitativa, realizado en una ciudad de gran porte como lo es el estado de São Paulo, Brasil, que posee una red pública articulada de prestación de servicios de APS y servicios especializados de distintos niveles de atención. En el año 2011, la ciudad contaba con 21 equipos de Salud de la Familia distribuidos en 13 unidades de salud; y, como otras ciudades con más de 100 mil habitantes, experimentaba dificultades en la consolidación de la ESF<sup>(9)</sup>; motivo por lo cual, a pesar de una cobertura inferior a 14%, se consideró que era relevante analizar los resultados alcanzados. Por sorteo se seleccionó un

equipo de entre aquellos que manifestaron interés en participar en la investigación después de la presentación del estudio.

Para la búsqueda de datos, una entrevista semiestructurada permitió captar la singularidad y especificidades presentes en las relaciones que los usuarios establecen con los servicios de salud, considerando incluso las dimensiones de la capacidad de respuesta, lo cual presenta aspectos subjetivos<sup>(10)</sup>. La herramienta utilizada contenía cuestiones relativas a la caracterización de los entrevistados y otras dirigidas a las dimensiones de la capacidad de respuesta, como por ejemplo: ¿Cómo ve usted la apariencia de la USF? ¿Usted se siente respetado? ¿Usted consigue atención siempre que la procura?

La elección de aquellos involucrados en la investigación se dio mediante la identificación de las familias registradas por el equipo en el Sistema de Información de Atención Básica (SIAB). De un total de 773 familias, se seleccionó una muestra inicial de 77 familias (10%), se utilizó el método de muestra casual simple sin reposición donde cada unidad demostrada tuvo igual posibilidad de pertenecer a la misma, contemplando la diversidad de los 5 micro áreas de la USF.

A continuación, se buscó identificar en los prontuarios de las 77 familias, aquellas en las que por lo menos un miembro hubiera utilizado alguna de las acciones ofrecidas por la USF, como consultas, orientaciones, visitas domiciliarias, grupos, entre otros en un período máximo de seis meses anteriores al corte del día 2 de septiembre de 2010. El miembro de la familia seleccionado fue sujeto de la investigación, con edad igual o superior a 18 años presente en el domicilio, lugar en el que se realizó la entrevista el día establecido para la misma. Las entrevistas tuvieron una duración media de 45 minutos y fueron llevadas a cabo por un entrevistador especialista en el período de noviembre de 2010 a enero de 2011. Fueron audio-grabadas con medios digitales y posteriormente fueron transcritas. Después de la realización de 43 entrevistas se ha verificado la saturación de los datos, aun con la pérdida de dos entrevistas por problemas de grabación, y se infirió la reiteración de las respuestas relacionadas con las dimensiones de la responsividad como conjunto<sup>(11)</sup>.

Para el análisis de los datos se utilizó el "Análisis Temático", cuyo conjunto de procedimientos permitió el análisis de las convergencias, divergencias y las respuestas inusitadas constantes en las respuestas abiertas<sup>(10)</sup>. El análisis del material empírico orientado por las dimensiones de la responsividad permitió la identificación de cuatro temas: *el entorno de la unidad de salud; el acceso y sus componentes de accesibilidad – ¿privilegiando la responsividad?, posibilidades de la*

*construcción de la relación usuario-equipo-servicio de salud y el equipo de salud de la familia – procesando la asistencia y recibimiento.*

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación bajo el protocolo nº 400 CEP-CSE-FMRP/USP.

## Resultados

Los entrevistados presentan opiniones diversificadas acerca del *entorno de la unidad de salud*. Hay aquellos que lo consideran adecuado:

*[...] yo creo que hay espacio sí [entornos internos], está todo muy bien repartido, muy bien organizado allá, yo lo creo bueno. (Entrev.06).*

No obstante, algunos señalaron que los entornos de la USF son apretados, poco iluminados y ventilados, lo que crea dificultad de circulación para las personas en este entorno debido a los pasillos pequeños, presencia de peldaños que dificultan la accesibilidad y un número reducido de consultorios para atención, es decir, creen que el espacio físico de la unidad no está preparado para promover la atención a la salud debida:

*[...] día que yo fui a la consulta, yo tuve que ponerme a esperar para ser atendida, porque no había sala. (Entrev.18).*

Los usuarios tienden a considerar la unidad de salud como un lugar simple, con muebles antiguos, inadecuada y por debajo de sus expectativas:

*[...] pero, yo creo que es una casa fea, llena de moho, los consultorios con mucho moho, las sillas de la recepción, unas sillas no muy cómodas... (Entrev.01);*

y, sin identificación adecuada en la fachada de la USF. También expresan deseo de una Unidad más agradable y acogedora.

Parte de los entrevistados presentan dificultad para dar una explicación sobre los equipos disponibles:

*Yo no veo equipos allá [...] (Entrev.04).*

Describen la USF como un servicio de salud con pocos equipos para ser una unidad de Estrategia de Salud de la Familia, con enfoque dirigido al acompañamiento y acciones de promoción y prevención. Se han registrado reclamaciones por parte de los usuarios por falta de equipos en la USF:

*[...] yo creo que debería haber más equipos por aquí, que podría [...] por ejemplo, uno para Radiografías. Usted se pone a esperar de siete a ocho horas para hacer una radiografía con hora marcada [...] (Entrev.04).*

Y creen que ésta debería estar mejor equipada, pues se gasta mucho tiempo al pasar por atención en la USF y después en la Unidad de Referencia Distrital (URD) para realizar procedimientos y exámenes que no se ofrecen en la USF.

En el segundo tema, los usuarios consideran que la USF es de acceso rápido desde sus hogares, con una media de 7 minutos caminando:

*[...] Ah, donde está, está prácticamente dentro de casa. Ah, ¿de aquí hacia allí en la unidad? Unos tres minutitos a pie [...]* (Entrev.36).

Sin embargo, vivir cerca de una unidad de salud no influye directamente en el acceso a este servicio pues el tiempo de espera por agendar una cita puede ser mucho. En este sentido, se señalaron diferentes aspectos de la accesibilidad organizacional, tales como la restricción de vacantes para la atención en otros niveles de atención; horario de operación de la USF; tiempo de espera para agendar una cita y para recibir atención; falta de actividades de promoción de la salud:

*Ahora siento la falta del PIC [Programa de Integración comunitaria], porque yo participaba en el PIC, está en la plaza ¿sabes?, y [...], después que yo empecé a caer, yo no volví más [...]* (Entrev.25).

Con relación al tiempo de espera para recibir atención en la USF, se puede destacar que el mismo depende del punto de vista y de la necesidad de cada usuario, variando el tiempo que se considera como adecuado entre 15 a 60 minutos; ya que casi el 90% de los entrevistados refirieron conseguir atención siempre que la necesitaban.

Los usuarios señalan insatisfacción sobre la accesibilidad a los recursos y tecnología no disponibles en la USF, como son medicamentos, vacunación de rutina, atención de urgencias/emergencias, exámenes y procedimientos específicos, y médicos especialistas:

*[...] Yo creo que la USF debería tener los aparatos para que el dentista pueda atender más a las personas [...]* (Entrev.16)

En la construcción de la relación usuario-equipo-servicio de salud, la confidencialidad, es decir los aspectos que envuelvan la confianza en la atención prestada por el servicio de salud y a los resultados de la atención realizada por el equipo, los entrevistados observan que los profesionales realizan evaluaciones, exámenes y orientaciones adecuadas. El vínculo con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) que los visitan en sus hogares se muestra importante, tanto por tratarse de una persona próxima y conocida por la comunidad,

como por la confianza que el profesional transmite.

Otro aspecto de la construcción de la confianza de la población al servicio de salud es la confidencialidad de la información. Se han registrado relatos de que este sigilo es asegurado por el equipo que escucha, cuida, orienta y trata la salud de las personas, sin exponerlas a situaciones de riesgo e incomodidad. En cuanto a la privacidad, los usuarios reportan una atención ofrecida con ética, respeto y seguridad:

*[...] yo creo que de esta manera hay cosas que yo les digo a ellas y que ellas no comentan con nadie [...]* (Entrev.17).

En el tema *El equipo de salud de la familia – procesando la asistencia y recibimiento*, los usuarios reconocen que sus deseos, problemas y necesidades son escuchados por el equipo de la USF, con énfasis en que los profesionales son atentos, cuidadosos y sensibles a lo que les es solicitado. El tiempo medio de las consultas tuvo una evaluación positiva, variando entre 30 a 60 minutos pues el equipo no apresura al usuario, dejándole libre para hacer preguntas y aclarar dudas.

Con relación a la dimensión de la elección, más del 90% de los entrevistados negó el deseo de elegir otra unidad de salud u otro profesional para su atención en la USF y acompañamiento de salud de sus familias debido a la calidad de la asistencia recibida, una relación próxima y modo como son recibidos y respetados:

*[...] es una relación muy próxima, en realidad. Bueno, esa cosa de Salud de la Familia porque yo entro allá y las personas me llaman por mi nombre, es una relación muy buena [...]* (Entrev.21).

También negaron el deseo de buscar una segunda opinión debido a la confianza en la atención prestada por este mismo equipo.

Los entrevistados señalaron tener libertad de rechazar un tratamiento u orientaciones, y relataron que nunca tuvieron la necesidad de hacerlo pues los profesionales siempre aclaran sus dudas; relataron que pueden participar y opinar en las decisiones sobre su salud y tratamiento y de sus familiares. También relatan que el equipo realiza una atención adecuada y se sienten amparados, asistidos y confiados en las conductas prescritas y orientaciones ofrecidas, lo que favorece el vínculo usuarios-servicio de salud: *¡Ah! Yo creo que los profesionales hacen lo mejor que pueden*

*[...] creo que a ellos les gusta lo que hacen, están muy motivados [...]* (Entrev.31)

Los participantes del estudio explicitaron que los profesionales que los atienden siempre les preguntan lo que les incomoda y que nunca se quedaron sin

aclaraciones, afirmando que el equipo de salud está disponible para orientaciones y aclaraciones. Consideran que la asistencia adecuada no se resume sólo en el compromiso del equipo con el propio servicio, sino que es resultado del vínculo construido en la tríada usuario – profesionales – unidad de salud.

## Discusión

La APS en Brasil priorizó la estrategia Salud de la Familia para concretar los cambios necesarios con el objetivo de consolidar los principios establecidos para el Sistema Único de Salud<sup>(7,9)</sup>, efectuando así esfuerzos con el fin de mejorar la cobertura y responder a las necesidades de salud de la población<sup>(6)</sup>.

Para tanto, las USF deben estar estructuradas de forma que abriguen equipos que, en su proceso de trabajo, puedan contar con recursos estructurales y equipos compatibles a las acciones de salud<sup>(12)</sup> para enfrentar los desafíos puestos por los sistemas de salud<sup>(6)</sup>; en el caso aquí abordado, se refiere a la organización de los servicios de salud con el fin de contemplar la expansión de cobertura con atención de calidad<sup>(5)</sup>.

Este movimiento también incluye la perspectiva que tienen los sistemas de ofrecer cuidados integrales e integrados incluyendo todos los niveles de atención. Dichos cuidados necesitan ser acompañados y evaluados institucionalmente y también por los propios usuarios, que pasan a tener un papel fundamental en la evaluación de la capacidad de los servicios que satisfacen sus necesidades y expectativas<sup>(13)</sup>.

La responsividad y sus principales aspectos posibilitaron la presentación de la evaluación de la USF por parte de los participantes del estudio.

En lo que se refiere al *respeto a las personas*, también señalada en otros estudios como fundamentales<sup>(12,14)</sup>, los usuarios valorizan el “trato”, que se constituye como tecnología ligera, o sea, tecnología de relación, que opera la intersubjetividad en el momento de la producción de las acciones de salud, en procesos de interacción, vínculo, escucha<sup>(12,14)</sup>.

La dimensión en la atención *dignidad* fue analizada y relacionada como una atención respetuosa en el modo en el que el equipo recibió a los pacientes sin ofensas y sin infringir sus derechos de ciudadanos y usuarios de salud. En términos de derechos humanos, la dignidad implica un conjunto de derechos y la garantía de que todos los individuos serán tratados con respeto y serán libres de alcanzar sus propios sueños y esperanzas. La forma más importante de asegurar la dignidad humana es la lucha contra la injusticia, la discriminación de raza, sexo, religión, étnica, opiniones políticas, a la propiedad, deficiencia o cualquiera otra situación. El derecho a la salud está

íntimamente unido y es dependiente del cumplimiento de otros derechos humanos, como los son el derecho a la alimentación, morada, trabajo, educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, la igualdad, la prohibición contra la tortura, la privacidad, acceso a la información y libertad para elegir y expresarse<sup>(6)</sup>. Los principios de los derechos humanos son reconocidos y aceptados internacionalmente y están compuestos por derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. En esa dirección, la búsqueda de la cobertura universal como meta ha llevado a algunos países de América Latina a adoptar la salud como derecho social y de ciudadanía<sup>(5)</sup>.

Cada uno de los aspectos de la responsividad es apoyado por uno o más principios de los derechos humanos y estos aspectos están interconectados entre sí. El cuidado ofrecido con respeto, atención y dignidad pasa por la *autonomía* del usuario en participar y decidir sobre su salud y la de sus familiares, así como la libertad de aceptar o rechazar tratamientos y orientaciones de salud. Con relación a la privacidad y confidencialidad<sup>(12)</sup>, los usuarios se sienten protegidos en el servicio evaluado, a diferencia de aquellos que cuentan con servicios del estado de Rio de Janeiro; sus usuarios evaluaron la primera como el aspecto con más fallos, aunque la confidencialidad de la información estuviera asegurada<sup>(4)</sup>.

La *comunicación* se percibe en la construcción de la responsividad<sup>(1)</sup> como el punto común de todos los otros aspectos de esta temática y se considera fundamental para la continuidad de la asistencia. La calidad de los cuidados de salud depende de la combinación de técnicas y medidas interpersonales, es decir, una comunicación adecuada y eficaz con un lenguaje que favorezca la comprensión de los usuarios, como se explica por los entrevistados, reiterando satisfacción con las aclaraciones recibidas. En este sentido, el servicio va fortaleciendo las funciones del sistema de salud para ampliar la posibilidad de elección del usuario, aumentar la eficacia y eficiencia, y también para mejorar la calidad de la atención, teniendo como objetivo la cobertura universal<sup>(5)</sup>. Además de eso, hay que considerar también que, para los usuarios de los servicios de salud, las expectativas se construyen a partir de las experiencias presentes y pasadas por los medios de comunicación incluyendo valores, creencias y actitudes en relación a los derechos y deberes de ciudadanía<sup>(1,8)</sup>.

El otro conjunto de aspectos de la responsividad se refiere a la *orientación hacia el cliente*. En este, uno de los elementos engloba las *instalaciones y entorno físico*. Con este estudio se verifica que esta dimensión fue mal evaluada por los usuarios de la USF, por presentarse inadecuada y poco resolutive a los deseos

y expectativas de la población; pero este aspecto acaba siendo minimizado cuando se agrega la cuestión de la calidad de la asistencia prestada en la unidad.

Estudios<sup>(8, 12,15-17)</sup> señalan que gran parte de las unidades de ESF presentan una estructura física inadecuada y/o improvisada, o una dificultad para mantener el flujo de servicios de referencia, o insuficiencia en los servicios de apoyo (equipos, medicamentos, etc.). Estos hechos pueden sugerir falta de valorización de las instancias locales para estos servicios, como se ve indicado por la ausencia de inversiones que permitan la estructuración de servicios dirigidos al cambio del modelo de atención. Adicionalmente, parece que estos servicios han sido evaluados como de bajo coste y direccionados a la asistencia de poblaciones pobres o para lugares donde no hay equipos de salud instalados. La accesibilidad en la salud está vinculada a la calidad de la asistencia prestada a la población y "permite identificar los factores que facilitan o ponen obstáculos a la búsqueda y a la obtención de esta asistencia"<sup>(16)</sup>.

La importancia en la adecuación del espacio apropiado, con cuidado de mantener buena iluminación, ventilación y ausencia de ruidos, así como otros aspectos que ayudan a proporcionar condiciones necesarias que aseguran la comodidad y la confidencialidad de la atención y la garantía de la privacidad de los usuarios se muestra fundamental. En los servicios en los que no se consideran las necesidades de los usuarios ingresados o en unidades de APS, o donde hay precariedad de recursos materiales, entornos que no ofrezcan espacio para acoger la red social de los usuarios y otros cuidados que auxilian en la preservación de sus identidades, se verifica que hay un agravamiento y aumento de la vulnerabilidad de los usuarios; esto provoca incomodidades, preocupaciones, inseguridad y descontento con la asistencia prestada<sup>(14)</sup>. Entonces, el entorno de una unidad de salud no puede herir la integridad del usuario pero sí propiciar espacios más acogedores para las molestias y sufrimientos que el usuario expresa<sup>(14-15,17)</sup>.

La dimensión *atención inmediata* se exploró en dos perspectivas. La perspectiva del tiempo de espera para la atención se consideró satisfactoria a las expectativas de los usuarios. En la investigación en servicios de Rio de Janeiro, 40% de los entrevistados se quedaron insatisfechos con una espera de más de una hora<sup>(4)</sup>. La otra perspectiva de la atención inmediata se refiere a la accesibilidad geográfica, definida como la "dimensión que refleja la distancia media entre la población y los recursos y debe de ser medida en función del tiempo que, por los medios habituales de transporte, se utiliza para obtener asistencia a la salud. No es posible fijar una única medida ideal de accesibilidad geográfica, pues el tiempo adecuado para su análisis depende del tipo de necesidad. [...] Existen, por lo tanto, distintos

niveles de accesibilidad para diferentes necesidades, las cuales, a su vez, deben estar cubiertas por distintas características del recurso"<sup>(16)</sup>.

Como se explica, la proximidad de la unidad (accesibilidad geográfica) no siempre significa la accesibilidad a la unidad. Otras dimensiones, como por ejemplo la accesibilidad organizacional, son parte de la respuesta del servicio a las necesidades de los usuarios. En este sentido, el funcionamiento de la USF en horario comercial fue considerado inadecuado, poco considerado en cuanto a la atención de trabajadores. Otros aspectos también dificultan la concretización del acceso universal, como lo son aquellos relacionados a los obstáculos para la continuidad de la atención en otros niveles vinculados al grado de jerarquización de la red de atención<sup>(16)</sup>, es decir aquellos relacionados a la referencia y contra-referencia.

Se puede añadir que la relación usuario-trabajador se "prepara" mucho antes del encuentro entre estos, desde la finalidad del servicio, operacionalización del trabajo, estructuración del entorno, entre otros. Con relación al entorno, se espera que este se prepare como espacio de relaciones en donde las personas intentan solucionar problemas de modo adecuado y resolutivo<sup>(14)</sup>. La preparación del espacio físico va más allá de la planificación arquitectónica, también, se debe puntar a la garantía de que el usuario se sienta seguro y respetado para expresar sus problemas y necesidades<sup>(14)</sup>. Para los usuarios, los aspectos relacionados a la infraestructura de la USF comprenden la forma en como la población percibe la unidad de salud y el modo en que consiguen exponer sus necesidades de salud con mayor o menor coacción, seguridad, confianza y comodidad<sup>(12,14,17)</sup>. La relación entre el entorno bien cuidado y la salud parece estar directamente relacionada con la búsqueda del servicio de salud y con las expectativas de la población por una asistencia digna, cuidadosa y eficaz.

La discusión de la responsividad trae elementos presentes a la relación del usuario con los servicios de salud, mediada por un equipo que necesita tener instrumentos para leer las necesidades de salud del usuario y programar acciones que permitan la expresión de: la libertad del usuario para adherirse al proyecto terapéutico que el médico y/o el equipo le propone y la participación del usuario en las decisiones sobre su salud.

## Consideraciones Finales

La construcción de instrumentos de evaluación de la satisfacción del usuario que analicen las diferencias sociales y culturales y las distintas formas de utilización de los servicios es una práctica reciente y desafiante, pues necesitan captar la visión de los usuarios en cuanto a la calidad de los servicios de salud; también dependen de

recursos y compromiso para que el asesoramiento pueda realizarse constantemente y posibilite mejoras efectivas en los servicios y la ampliación del acceso universal.

La responsividad organiza elementos ya explorados como componentes de la satisfacción de los usuarios, destacando los aspectos no médicos del cuidado que revelan otro lado de la calidad de la atención. Sus propósitos de observar y acompañar las acciones gubernamentales para atender las necesidades y expectativas de la población convergen con las acciones reconocidas como positivas para el alcance de la cobertura universal a la salud.

Los resultados encontrados nos permiten afirmar avances en la evaluación de la estrategia de Salud de la Familia como un servicio de salud próximo y accesible a la población que acoge, cuida y acompaña la salud de los usuarios y de su familia y que crea vínculos con la población por medio de asistencia con atención y cuidadosa con sus necesidades y deseos, asegurando la participación y libertad en las decisiones y elección de tratamiento, garantizando la confidencialidad y privacidad.

El estudio tiene la limitación de haber sido realizado en sólo una USF, en un contexto de baja cobertura de la estrategia de salud de la familia, lo que puede ocasionar algún sesgo derivado de ese contexto más general de la ciudad. Aun así contribuye con una herramienta de evaluación de la satisfacción del usuario, que auxilia a la ampliación de la cobertura universal de la salud.

## Referencias

1. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):599-613.
2. Gromulska L, Supranowicz P, Wysocki MJ. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2014;65(2):155-64.
3. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*. 2001;20(3):10-20.
4. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3343-52.
5. Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet*. 2015;385(9975):1352-8.
6. Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230-47.
7. Campos CEA, Brandão AL, Paiva MBP. Avaliação da estratégia de saúde da família pela perspectiva dos usuários. *Rev APS*. 2014;17(1):13-23.
8. Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):122-7.
9. Nunes AA, Flausino JM, Silva AS, Mello LM. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. *Saúde Debate*. 2014;38(102):452-67.
10. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-6.
11. Thiry-Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Rev PMKT*. 2009;3:20-7.
12. Garcia ACP, Andrade MAC, Contarato PC, Tristão FI, Rocha EMS, Rabello AE, et al. Ambiência na estratégia saúde da familia. *Vig Sanit Debate*. [Internet]. 2015 [Acesso 20 maio 2105];3(2):36-41. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/484/226>
13. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009;374(9684):170-3.
14. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(6):1001-8.
15. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino RMMG, Vilasb as ALQ, et al. Aten o primária   saúde: estrutura das unidades como componente da aten o   saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(1):69-81.
16. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avalia o dos serviços de saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al., organizadores. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema  nico de Saúde (SUS)*. Brasília (DF): Organiza o Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 114-20.
17. Soares NV, Dall'Agnol CM. Privacidade dos pacientes: uma questão  tica para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(5):683-8.

Recebido: 10.06.2015

Aceito: 11.11.2015

Correspondência:  
Silvana Martins Mishima  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública  
Av. Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: smishima@eerp.usp.br

**Copyright   2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.  
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela cria o original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a dissemina o e uso dos materiais licenciados.