



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Bronfman, Mario; Castro, Roberto; Zúñiga, Elena; Miranda, Carlos; Oviedo, Jorge
Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios
Salud Pública de México, vol. 39, núm. 5, septiembre-octubre, 1997, pp. 442-450
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639507>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios

Mario Bronfman, Soc., Dr. S.P.,⁽¹⁾ Roberto Castro, Soc., M.A., Ph.D.,⁽²⁾ Elena Zúñiga, Antrop.,⁽³⁾
Carlos Miranda, Antrop.,⁽⁴⁾ Jorge Oviedo, M.C., M.A.⁽⁵⁾

**Bronfman M, Castro R, Zúñiga E,
Miranda C, Oviedo J.**
**Del “cuánto” al “por qué”: la utilización
de los servicios de salud desde
la perspectiva de los usuarios.**
Salud Publica Mex 1997;39:442-450.

Resumen

En el marco de la Encuesta Nacional de Salud II, en 1994 se realizó un estudio cualitativo sobre las modalidades y determinantes microsociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud; se llevó a cabo en ocho áreas urbanas del país, entre los estratos socioeconómicos medio y bajo. Se aplicaron 192 entrevistas individuales abiertas entre la población usuaria de los servicios, así como ocho grupos focales con usuarios de los servicios de salud en cuatro de esas ciudades. Asimismo, se realizaron 61 entrevistas a prestadores de servicios de salud, tanto de la Secretaría de Salud y de los servicios de seguridad social, como entre médicos privados. En este trabajo se presentan algunos de los resultados obtenidos, un resumen del diseño utilizado y los principales resultados concernientes al punto de vista de los utilizadores de servicios de salud. Entre los hallazgos se destaca que la población distingue entre “estar enfermo” y “caer enfermo”; la conducta preventiva en la población se presenta cuando se está enfermo, con miras a evitar caer enfermo. Otro hallazgo se refiere a la tendencia de la población a adicionar diversas lógicas curativas, lo que se contraponen al estilo de la medicina moderna que tiende a ser excluyente. Finalmente, una tercera serie de hallazgos se refiere a los dilemas que la utilización de los servicios implica para la población, por los costos económicos y de oportunidad que presentan, así como por la mala calidad del trato que, según su percepción, con fre-

**Bronfman M, Castro R, Zúñiga E,
Miranda C, Oviedo J.**
**From “how many” to “why”: Health
services utilization from
the users’ perspective.**
Salud Publica Mex 1997;39:442-450.

Abstract

Parallel to the National Health Survey-II, in 1994 a qualitative study was conducted on the patterns and microsocial determinants of health services utilization. The study was conducted in eight urban areas from all over the country among middle class and middle-low class sectors. A total of 192 individual open-ended interviews and eight focus groups were completed among users of health services; 61 service providers both from public and private services were also interviewed. This paper reports the main findings regarding the users’ perspective. The first part summarizes the conceptual and methodological design. The second part presents the results from the users’ point of view. Individuals distinguish between “becoming sick” and “falling sick”; preventive measures are adopted when becoming sick, in order to avoid falling sick. Another finding refers to the population tendency to add up different and even contradictory curative paradigms, as opposed to the modern medical paradigm which tends to exclude any competing alternative knowledge. A third series of findings refers to the dilemmas that utilizing health services poses for the population, given the high costs, and the low quality that characterize these services, according to the users’ point of view. This paper concludes with a series of recommendations for policies, aimed at improving the quality of the health services provided to the population.

- (1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
(2) Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, Morelos.
(3) Consejo Nacional de Población, México.
(4) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, México.
(5) Dirección General de Medicina Preventiva, Secretaría de Salud, México.

Fecha de recibido: 26 de agosto de 1996 • **Fecha de aprobado:** 10 de septiembre de 1997

Solicitud de sobreiros: Dr. Mario Bronfman. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

cuencia reciben. El trabajo concluye con una serie de recomendaciones para mejorar la respuesta institucional frente a las necesidades de salud de los individuos.

Palabras clave: servicios de salud/utilización; calidad de la atención de salud; México

Key words: health services/utilization; quality of health care; Mexico

El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan los servicios de salud, tanto para prevenir como para resolver un problema de salud, constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población. Al definir los mecanismos que favorecen el uso oportuno y adecuado de los servicios, es muy importante saber en qué circunstancias se acude al médico, por qué se selecciona determinado servicio y qué factores influyen en estos patrones.

Los estudios convencionales sobre utilización de servicios de salud, como las encuestas de salud, hacen énfasis en la medición y caracterización de los patrones de utilización, de tal manera que se pueden identificar la magnitud del problema y los principales factores asociados a esas prácticas. Sin embargo, por las características propias de la técnica de encuesta, es difícil explorar otros aspectos que permitirían entender cómo y por qué operan esos factores y, por lo tanto, cómo se podría incidir en los mismos. De hecho, la literatura científica contemporánea ha comenzado a dar cuenta de la importancia de los abordajes cualitativos y les ha abierto espacios.¹⁻³

En el estudio cualitativo que se analiza aquí se busca identificar los principales obstáculos que los individuos y las familias enfrentan para la utilización de servicios médicos. En ese sentido, el interés radica en identificar los factores que, desde el punto de vista de algunos de los actores involucrados (médicos y pacientes), influyen sobre la decisión de utilizar los servicios. Esta investigación se llevó a cabo en forma paralela a la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II). El estudio cualitativo y la ENSA-II constituyen dos estrategias metodológicamente independientes que se complementan; la última permite generalizar sobre la relación entre variables, mientras que el primero permite profundizar en los significados que median en los procesos de utilización, así como en la identificación de obstáculos concretos que puedan ser superados mediante políticas de intervención.

Los primeros resultados de la ENSA-II se incluyeron en un documento publicado en 1994,⁴ donde quedaron claramente expresados los objetivos de la

encuesta; la mayoría de los capítulos está dedicada a dimensionar cuantitativamente diversos aspectos del problema de la utilización de los servicios de salud. La información de ese documento complementa la que aquí se presenta y, en ciertos casos, señala magnitudes en algunas etapas de los procesos descritos. En la actualidad se están realizando varios trabajos con análisis más específicos, que se publicarán a la brevedad; mientras tanto, el lector interesado podrá recurrir al documento publicado en 1994.

Un paso ulterior y necesario será la preparación y publicación de trabajos donde los estudios cuantitativo y cualitativo de la ENSA-II se utilicen en forma integrada y complementaria.

Aspectos conceptuales sobre la utilización de servicios de salud

En la sociología médica el tema de la utilización de servicios, ¿por qué se usan? o ¿por qué no se usan?, y ¿por qué se usan de una manera determinada?, ha sido largamente debatido; de hecho, existen diversos estudios y varias revisiones amplias de esta literatura. A partir del concepto parsoniano del papel del enfermo (*sick role*),⁵ Mechanic⁶ formuló, para complementarlo, el concepto de la conducta del enfermo (*illness behavior*), definido como la forma en que los síntomas pueden ser diferencialmente percibidos y pueden llevar a diferentes reacciones en los individuos. Mechanic propuso que el concepto de la conducta del enfermo debía distinguir, por lo menos, cuatro grupos de variables: a) visibilidad y frecuencia de los síntomas; b) grado de severidad de los síntomas; c) existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas; y, d) factores no sociológicos, tales como las características de los servicios de salud. En esa misma dirección, Suchman⁷ propuso que en la conducta del enfermo puede distinguirse la siguiente secuencia: a) percepción de los síntomas; b) adopción del papel del enfermo con validación provisional de individuos no profesionales; c) establecimiento de contacto con los servicios de atención médica; d) ingreso en la relación médico-paciente; y, e) recuperación y rehabilitación.

Rosenstock⁸ propuso que la utilización de servicios podía explicarse distinguiendo tres tipos de variables: a) el nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (compuesto, a su vez, por la percepción del individuo sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su propia susceptibilidad); b) los beneficios y barreras percibidas (en cuanto a decidirse a utilizar los servicios); y, c) los detonantes de la acción (internos: percepción del estado corporal, o externos: interacción con otros). Anderson,⁹ por su parte, también sugirió que la utilización de servicios es el resultado de tres variables, pero agrupadas de la siguiente manera: a) la necesidad de atención médica (desde el punto de vista tanto del paciente como del personal de salud); b) los factores predisponentes, conformados por variables sociodemográficas asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como edad, sexo, composición familiar, clase social, ocupación, etcétera; y, c) los factores capacitantes, que se asocian a la condición socioeconómica, ya sea en el ámbito familiar (ingresos, ahorros, seguros médicos), o comunitario (disponibilidad, accesibilidad, etc.).

En realidad, la mayor parte de estos modelos, así como de las revisiones de la literatura sobre utilización,¹⁰ representan más bien un intento de identificar las variables que influyen en la utilización de servicios y no una explicación del efecto de cada una de ellas.¹¹ Algunos autores han propuesto que más que buscar asociaciones entre la utilización y otras variables sociodemográficas, “debemos adoptar una teoría y un método que tome en cuenta las intenciones de los actores en su propio contexto”.¹² Zola insistió en la necesidad de concentrarse en la percepción que el individuo tiene tanto de sus propios síntomas como de las ventajas y desventajas de utilizar los servicios de salud.¹³ La utilización de servicios de salud es, esencialmente, un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental.¹⁴ En consecuencia, es preciso cuestionar el carácter parcial de los estudios citados y considerar la utilización de los servicios de salud no sólo como un hecho social (determinado por variables externas a los individuos), sino como un tipo específico de acción social, es decir, como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social.¹⁵ Lo anterior lleva a abordar el tema desde una posición teórico-metodológica que privilegie el estudio de la subjetividad de los individuos, y que explique la conducta de la utilización de servicios como un fenómeno susceptible de ser comprendido, mediante interpretación sociológica, a partir del sentido que los actores

atribuyen a sus propios actos relacionados con la salud y la utilización de servicios.

Metodología

En la realización de esta investigación, se respetó la división del país en cuatro regiones que hizo la ENSA-II, y se seleccionaron dos ciudades por cada región, de la siguiente manera: Chihuahua y Saltillo, de la región norte; Aguascalientes y Morelia, de la región centro; Mérida y Veracruz, de la región sur, y Chilpancingo y Pachuca, de la región PASSPA.* En cada una de estas ciudades se identificaron dos áreas geoestadísticas básicas (AGEB) de nivel socioeconómico medio y dos de nivel bajo.¹⁶ En cada AGEB se entrevistó a 12 enfermos y/o utilizadores de servicios, un total de 192 entrevistas abiertas de este tipo en el país. Esta información se completó con la recabada mediante la realización de dos grupos focales de enfermos y/o utilizadores de servicios, realizadas en las AGEB de nivel bajo de una ciudad de cada una de las cuatro regiones en que se dividió el país, con un total de ocho grupos focales. Asimismo, en cada región se buscó entrevistar a tres médicos de la Secretaría de Salud (SSA), tres de servicios de seguridad social, y otros tres del sector privado. En total se hicieron 61 entrevistas a prestadores de servicios para cubrir la amplia gama de servicios utilizados por los enfermos y/o usuarios.

Tanto en las entrevistas individuales como en los grupos focales se utilizó una guía temática de indagación; en el caso de los prestadores de servicios, esta guía exploraba su opinión sobre las condiciones de su trabajo, las principales dificultades que enfrentan en el ejercicio diario de su profesión, la calidad del servicio que prestan, así como sus apreciaciones sobre el tipo de población que atienden y las motivaciones de esta última para utilizar o no los servicios de salud. En el caso de la población, la guía buscaba reconstruir la carrera del enfermo y la percepción de la calidad y costo de la atención.

Las entrevistas, con una duración promedio de 60 minutos, se procesaron mediante el programa de cómputo Ethnograph.¹⁷ Para efectos de la codificación y análisis se diseñó un guión para orientar los temas que deberían analizarse para cada región. Sin embar-

* En 1994, los estados del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA) eran Chiapas, el Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Yucatán.

go, se mantuvo la flexibilidad suficiente para favorecer que del material recolectado emergieran las categorías más pertinentes para la codificación. Así, esta estrategia permitió asegurar homogeneidad de análisis en un nivel general, al mismo tiempo que facilitó el surgimiento de aspectos particulares específicos para cada región.

La perspectiva de los usuarios de servicios de salud

En este artículo se presentan sólo algunos de los hallazgos más relevantes de esta investigación, relacionados con las entrevistas a enfermos y/o utilizadores de servicios de salud.

En un artículo posterior se presentan los resultados relacionados con las entrevistas a proveedores de servicios de salud y se da cuenta, con mayor detalle, de la riqueza del material recolectado. El eje de la argumentación de este artículo se apoya en testimonios de los entrevistados, si bien por razones de espacio este ejercicio resulta poco práctico para todos y cada uno de los hallazgos aquí reportados.

El orden para la presentación de los resultados de utilizadores –reales o potenciales– corresponde a los estadios de la carrera del enfermo.⁶ El primer aspecto que se aborda es cómo percibe la población el cuidado de la salud, qué significa estar enfermo y cómo se utilizan los servicios preventivos. El segundo se refiere al proceso de búsqueda de la atención médica y a los factores que inciden en la decisión de acudir a este servicio. Por último, el tercer aspecto se refiere a la selección y utilización de los servicios.

Estar enfermo - caer enfermo

Una primera constante, evidente en la mayoría de los testimonios analizados, se refiere a la baja utilización de los servicios preventivos. Varios informantes manifestaron que usaron los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social o de la SSA en momentos en que personal de campo y promotoras de salud de estas instituciones hacían campañas entre la población (de vacunación, de detección oportuna de cáncer, etc.). Al parecer, la importancia de utilizar los programas preventivos se diluye frente a la necesidad de resolver otro tipo de satisfactores que no necesariamente tienen que ver con la salud. En general, la utilización de los servicios de salud para la prevención se hace de manera pasiva, entendiendo por esto que el servicio es el que busca de manera intencionada a la población blanco:

Nos revisaron los dientes, y a los que los traían mal les daban un papelito para que fueran al dentista, para que se los revisaran [...]*

La prevención entre los sectores bajos se confunde muy fácilmente con la automedicación:

Mientras tenía la medicina estaba bien, pero nomás se acababa el efecto y volvía otra vez. Y así me la pasaba con mi penicilina. Fueron hartas inyecciones... yo me autorrecetaba porque ya sabía qué era lo que me hacía más efecto.**

Esto tiene mucho que ver con la distinción entre estar enfermo y caer enfermo. Es muy frecuente escuchar que sólo ante la manifestación de una enfermedad se inicia la “prevención”, buscando con ello evitar caer enfermo, es decir, no poder levantarse para trabajar o cumplir con las actividades rutinarias. Antes de este momento estos sectores mantienen un rango de tolerancia a su malestar, dentro del cual echan mano de sus propias estrategias preventivas que, generalmente, se desarrollan en el ámbito doméstico, familiar, o de las farmacias. La promoción cada vez mayor de medicamentos que alivian el dolor y las molestias, a través de la televisión principalmente, ha servido para reafirmar en estos sectores la tendencia a equiparar la automedicación con la prevención. Si bien no existe una cultura preventiva, por lo menos no en los términos en que se maneja en el discurso médico, sí puede afirmarse que existe una muy particular noción de prevención de la enfermedad que tiene que ver con evitar la incapacidad total. Sólo cuando se está enfermo se toman medidas preventivas para evitar que la enfermedad evolucione negativamente, es decir, para evitar caer enfermo:

- ¿Siempre trata de curarse en casa?
- Cuando son casos leves, sí. Porque hay veces que realmente se requiere que lo atiendan a uno más en forma.
- ¿Como en qué casos?
- Cuando se siente uno ya realmente muy incapacitado para laborar o hacer algo. Esa es la única razón.***

En este sentido, para la prevención de complicaciones o enfermedades cuando aparecen los primeros síntomas, la población presenta un patrón de solución

* Entrevista núm. 11, Chihuahua, Chihuahua.

** Entrevista núm. 8, Chihuahua, Chihuahua

*** Entrevista núm. 152, Chilpancingo, Guerrero.

de problemas predominantemente intradomiciliario: evitar que una enfermedad común, del tipo de la gripe o diarrea, se complique y buscar que culmine favorablemente, es un asunto que se resuelve en el ámbito doméstico. Las mujeres, en particular la madre o la esposa, toman un papel activo para decidir qué hacer en función del problema y la gravedad del mismo. Ellas inician el proceso con algunas medidas aprendidas de su propia experiencia o de la de familiares o amigos, y utilizan medicamentos prescritos en eventos similares anteriores. En los sectores medios la prevención se asocia a medidas de higiene principalmente y, aunque el uso de servicios preventivos también es poco frecuente, es más fácil encontrar casos de su utilización sobre todo para aspectos relativos al cuidado de la salud materno-infantil.

Es notable que la carrera del enfermo, en muchos casos, se inicia y termina con el consumo de medicamentos. Estos aparecen al principio de la carrera, como resultado de la automedicación preventiva y, al final, destinado a la prescripción que hace el médico en la consulta.

Búsqueda de la atención

En general, las mujeres son quienes realizan un diagnóstico preliminar a los miembros de su familia, a través del cual determinan el tipo de enfermedad y la gravedad de la misma. En este ejercicio, suelen aceptarse como normales ciertos síntomas que, desde la perspectiva de la medicina moderna, se asocian con enfermedades comunes. Después de este diagnóstico, se hace uso de algún medicamento prescrito con anterioridad, combinado con algún remedio casero. Si no da resultado la automedicación y/o el remedio casero resuelven buscar atención. Si se trata de enfermedades calificadas como graves, que impiden trabajar, recurren directamente a un médico; por el contrario, si se trata de síndromes de filiación cultural^{*,18} (susto, caída de mollera, etc.) la opción será la medicina tradicional.

Las causas de búsqueda de atención médica no varían tanto entre los sectores medio y bajo, y tal vez las principales diferencias se ubican en la frecuencia y el momento de la búsqueda condicionadas por la derechohabencia. Tanto para el sector medio como para el bajo, el momento de la automedicación ocurre al inicio de la enfermedad:

- Cuando usted se enferma ¿se cura en casa o siempre acude al Seguro?
- No, pues cuando es una gripe o algo así, con pastillas y bebidas...
- ¿Qué pastillas toma?
- Pastillas para el dolor de cabeza
- ¿Como qué?
- Creo Prodolina o no sé, porque voy a la tienda y pido una pastilla para el dolor de cabeza y ahí me la dan [...].*

Sin embargo, mientras que para el sector medio la automedicación es una opción para enfermedades comunes y de fácil o conocido manejo intradomiciliario –catarro, gripe– para el sector bajo es una opción determinada por la situación económica y potenciada por una percepción diferente de la gravedad de las enfermedades, así como del médico y la institución.

El segundo aspecto de importancia para acudir con un agente de salud, una vez que se ha percibido la necesidad de la atención, es la derechohabencia o no a un sistema de seguridad social. Los que están fuera del sistema de seguridad social dependen de las opciones que tengan a su alcance, las cuales están mediadas por la capacidad de pago. En la construcción de estas opciones influyen de manera importante las redes familiares, sociales y comunitarias con las que cuentan los enfermos, cuya expresión adquiere diferentes matices e intensidades entre regiones y aun entre ciudades. La manifestación más clara de este fenómeno se observa en la atención de las enfermedades crónicas, en donde estas redes, además de incrementar la gama de fuentes de curación alternativa, funcionan como financiadoras de su costo y, en muchas ocasiones, facilitan el acceso a un determinado servicio:

- [...] pues ahí, dos amigas que vivían en la misma colonia
- ¿Ellas fueron las que la invitaron a usted a hacerse la prueba?
- Sí, que fuéramos, porque yo les decía, ellas me decían cómo se sentían y yo sentía lo mismo que ellas; entonces ya me dijeron que fuera y ya pues ahí ya me hicieron el examen gratis... Llegué ahí, ya me hicieron los análisis, dijeron que sí tenía diabetes [...].*

Otro rasgo que llama la atención, en términos de utilización, entre los enfermos crónicos, es la tendencia a combinar diversos tipos de servicios. Abundan los testimonios que muestran que los enfermos cróni-

* Término convencionalmente utilizado dentro de la antropología médica para referirse a enfermedades no reconocidas por la medicina moderna y que cuentan con una adscripción cultural específica.

* Entrevista núm. 13 Chihuahua, Chihuahua.

cos tienden a utilizar tanto servicios médicos modernos como tradicionales e, incluso, en algunos casos, los de tipo mágico-religioso. La característica central de las enfermedades crónicas –su permanencia en el tiempo– favorece esta conducta: los enfermos crónicos “disponen de tiempo” suficiente para intentar diversos tratamientos para su enfermedad. En este sentido, mientras que en el sector médico prevalece una lógica excluyente –sólo un tipo de medicina es eficaz–, en la población puede encontrarse una lógica aditiva, que justifica utilizar diferentes alternativas al mismo tiempo o secuencialmente:

- [...] mi esposo me dice: “opérate ese absceso porque te puede perjudicar la pierna”; entonces le digo: “pues sí, pero primero tengo que atacar el azúcar, no puedo ir con el azúcar alta porque yo sé que no, es peligroso”.
- ¿Y por qué decidió cambiar a un naturista y por qué hasta México?
- [mi esposo] me dijo: “mira, yo quiero que vayas a ver a ese médico”, y yo ya lo había visto a él, le digo, en la revista *La Prensa*; ahí viene su dirección y viene el testimonio de personas que ha curado, que ellos tienen tantos años con la diabetes y que se han atendido con este médico y que se han aliviado [...].*

Desde la perspectiva de los individuos, los diversos paradigmas médicos son vividos como un todo integrable, difícilmente diferenciables entre sí. En consecuencia, resulta indistinto utilizar el servicio de un médico moderno, que el de un huesero o un curandero.

Dilemas de la utilización

Al igual que la decisión de buscar atención médica, la selección del servicio depende de la derechohabencia y de la capacidad de pago. Si se es derechohabiente y se requiere atención médica lo más probable es que se acuda a la institución a la que se está afiliado; si no, entre las opciones se elige aquella que puede pagarse y entre las que se incluye la no utilización:

- ¿Por qué va a la Cruz Roja?
- Pues ya ve que... uno pobre siempre jala uno con la Cruz Roja... porque es lo principal, porque uno pobre... cualquier cosa... que una cortada, que una herida... que esto, va uno a la Cruz Roja. Porque es un lugar donde no le cobran a uno... lo que uno tenga voluntad lo da ahí, y lo atienden los doctores.**

* Entrevista núm. 140, Chilpancingo, Guerrero.

** Entrevista núm. 232, Veracruz, Veracruz.

Una tercera condicionante de la selección del servicio son las características percibidas de las instituciones. Si se es derechohabiente, el utilizar o no el servicio responde a las experiencias positivas o negativas acumuladas en el proceso de interacción con los mismos en eventos mórbidos anteriores o experiencias de familiares o amigos. La población derechohabiente, de ambos sectores sociales, percibe una serie de trabas para recibir el servicio. Sobre el primer nivel de atención y el servicio de urgencias se encontró, en todas las regiones estudiadas, la prevalencia de una apreciación general: los servicios públicos, con alguna excepción, son de mala calidad y con una organización deficiente, lo que desalienta su utilización. Las principales quejas señaladas por los distintos entrevistados se pueden englobar en dos categorías:

1. Quejas relacionadas con la organización del servicio

Los problemas que expresan los entrevistados se refieren a una organización fuertemente burocrática que plantea diversas trabas para dar el servicio, a saber: las largas horas de espera, la insuficiencia de las fichas, el diferimiento prolongado de las citas y la rigidez para atender sólo en el turno y clínica asignados, la dificultad para acceder al médico especialista y lograr cumplir con la serie de requisitos para alcanzar un tratamiento o una intervención quirúrgica, entre otros:

Me voy de aquí desde las ocho de la mañana si es posible, a sacar cita, y me dan las doce y todavía no salgo de ahí, de consulta.*

Según los testimonios recogidos, en los servicios de urgencia también se requiere esperar por largo tiempo, y existe la posibilidad de que se niegue la consulta, ya sea porque es necesario pasar primero por el médico familiar o porque al paciente le corresponde otra clínica. La gran mayoría de los entrevistados percibe que solicitar atención médica en estas instituciones implica una relación entre desiguales, en la que no sólo se cuestiona el derecho al servicio o la urgencia del mismo, sino que permite el maltrato de parte de los distintos agentes de salud hacia los individuos:

- ¿Y por qué decidió ir con un médico particular y no buscó atención en otro lugar?
- Porque si vas a otra institución te tratan como si fueras a pedir limosna.

* Entrevista núm. 215, Mérida, Yucatán.

– ¿Como cuáles?

– Simplemente en el ISSSTE, te dan la consulta hasta que se les da la gana, o la ficha, y si llegas después de que repartieron las fichas, ya no te la dan hasta el siguiente día, así estés enfermo [...].*

2. Quejas relacionadas con la atención médica

Uno de los problemas que destacan los entrevistados es la insuficiente capacitación del personal médico y la sustitución de los mismos por pasantes de medicina. Son frecuentes los relatos de los entrevistados sobre diagnósticos inadecuados y negligencia en la atención, y son pocas las situaciones en las que el médico familiar pudo resolver el problema de salud.**

[...] acabo de ir porque mi niña se fracturó el brazo, y me tuvieron desde las cuatro de la tarde y eran casi las doce de la noche para venirme a decir que no le iban a enyesar el brazo, que la llevara yo hasta el otro día, porque estaban atendiendo a un señor que estaba muy grave.***

Otro problema referido con frecuencia es la breve duración de la consulta. La prisa para terminar la consulta por parte del médico impide que el paciente aclare dudas, incluyendo el tipo de enfermedad que padece, y que reciba una información adecuada sobre aspectos como los cuidados que requiere, los efectos colaterales de los medicamentos, los síntomas que evidenciarían una complicación, etcétera. Un tercer problema tiene que ver con la desconfianza hacia el tratamiento prescrito y hacia la calidad del medicamento. También es frecuente que se dude de la efectividad de los medicamentos, como resultado de la percepción de que los médicos recetan lo mismo para cualquier enfermedad e incluso de que los medicamentos están rebajados.

Con gran frecuencia esta percepción del servicio forma parte de las condicionantes para la automedicación; ya no sólo se busca prevenir la complicación de una enfermedad sino que también se trata de prevenir la necesidad de acudir al servicio. En todo caso,

* Entrevista núm. 135, Chilpancingo, Guerrero.

** Es importante enfatizar que aquí se está hablando de percepciones por parte de los usuarios de servicios. Es lógico que dichas percepciones tengan un sesgo, toda vez que lo que queda en la memoria y se trae al relato es precisamente los problemas no resueltos. Es natural que las experiencias en las que sí se resolvieron los problemas –que sin duda son la mayoría– tiendan a ser olvidadas más fácilmente.

*** Entrevista núm. 229, Veracruz, Veracruz.

el peso que esta percepción tenga sobre la selección del servicio depende, esencialmente, de la capacidad de los individuos para afrontar los gastos que implique la utilización de otras alternativas. El sector medio utiliza alternativamente servicios de seguridad social y servicios privados. En términos generales se recurre primero a la seguridad social y si no se logra la atención, por las trabas mencionadas, o se desconfía del diagnóstico médico, se recurre al servicio privado.

El acceso a los servicios privados es diferencial entre regiones y ciudades. Para algunas, como en el caso de las regiones centro y PASSPA, predomina la apreciación de que el costo de los servicios privados es muy elevado, aun para los sectores medios. Del análisis de las diversas opiniones expresadas sobre los servicios de salud, se puede concluir que los usuarios de estas regiones enfrentan un dilema: por una parte, sienten que los servicios de salud privados explotan en términos económicos a los pacientes pero, al mismo tiempo, proveen atención y trato humano de buena calidad; por la otra, estiman que los servicios de salud públicos no explotan, pero brindan “un pésimo servicio”. En general en los grupos de bajos recursos, y sobre todo en la población sin seguridad social, esta disyuntiva no es tan frecuente. Las opciones entre las que se mueven son la no utilización, en los casos de extrema pobreza, o la selección entre servicios de beneficencia social privada y los de la SSA:

Vuelve uno porque la situación no está para otra cosa.*

En este sector es menos frecuente la utilización de servicios médicos privados. La principal disyuntiva para la población no derechohabiente del sector bajo se da entre los distintos tipos de servicios de beneficencia social. La búsqueda de atención en la farmacia es una de las opciones que más compiten con la asistencia al médico, entre la población no derechohabiente. Esto tiene que ver con la muy baja capacidad adquisitiva de la población, por lo que los individuos enfrentan la disyuntiva entre pagar la atención médica y el medicamento o sólo pagar este último, como se mencionó anteriormente. La preferencia por pagar sólo el medicamento se sustenta también en una percepción de que en los servicios públicos siempre recetan lo mismo, para cualquier enfermedad, o bien, que lo que recetan muchas veces es demasiado caro. En muchos casos los servicios que dan el medicamento al costo que el paciente puede pagar fueron altamente apreciados y referidos como fuentes de utilización.

* Entrevista núm. 169, Pachuca, Hidalgo.

En resumen, a la población pobre el dinero le alcanza sólo para una cosa: para pagar la consulta, o para comprar el medicamento, o bien para satisfacer otras necesidades esenciales. Este conflicto explica que los individuos con frecuencia recurran directamente a la automedicación, pues supone un ahorro significativo de dinero.

Un caso particular es la hospitalización. Las opciones para la hospitalización son los servicios públicos, tanto en los sectores bajos como para la mayoría de los individuos de los sectores medios. Este patrón tiene su explicación en el alto costo que implica este tipo de atención en las instituciones privadas. Sin embargo, la población no derechohabiente que acude a los servicios de la SSA se ve obligada a endeudarse o, en el mejor de los casos, a vender algo de la propiedad de la familia para poder pagar una hospitalización.

Conclusiones

Parece claro que no existe una cultura de prevención entre la población. Si bien este fenómeno sólo puede explicarse mediante la conjunción de múltiples factores socioculturales, es indudable que la falta de educación de la población juega un papel muy importante. En consecuencia, es necesario incrementar los esfuerzos educativos para solucionar el problema de la ausencia de cultura preventiva en materia de salud de la población.

Por otra parte, es evidente que entre la población existe una creciente tendencia a funcionar bajo el paradigma de la medicalización, reforzada por razones de orden económico, incluso entre los estratos de nivel medio. Así, parecería que la población en general toma para sí, lo peor de la cultura médica moderna, a saber, la predisposición a utilizar medicamentos y que evita lo mejor de ella: la predisposición para adquirir una cultura de la prevención. Entre otras acciones, es necesario incrementar los esfuerzos educativos para revertir estas tendencias y ampliar la información sobre los riesgos de la automedicación y de la importancia de contar siempre con una opinión médica antes de tomar cualquier medicamento.

La automedicación está reforzada por las condiciones de pobreza en que viven amplios sectores de la población. Los individuos prefieren proceder por cuenta propia, en lugar de tener que realizar el esfuerzo –económico, de inversión de tiempo, etcétera– que supone la visita al médico. Sin embargo, la reticencia a visitar al médico se fundamenta también en factores que emanan directamente de los servicios de salud. Amplios sectores de la población manifiestan tener más quejas que reconocimientos respecto a estos ser-

vicios. En particular, predomina un sentimiento de desconfianza hacia los servicios. Esta desconfianza tiene que ver tanto con la atribución de una insuficiente capacidad técnica, como con la calidad del trato humano que se recibe en las instituciones de salud. En consecuencia, es necesario elevar la calidad de la atención de los prestadores de servicios, con el fin de favorecer una mayor y más oportuna utilización de los mismos.

Muchas quejas se relacionan con la burocratización de los procedimientos para dar la atención, lo cual se traduce en pérdidas de tiempo para los usuarios. Es urgente tomar medidas para incrementar la eficiencia operativa de estos servicios.

Una de las trabas más importantes en la utilización de los servicios de la SSA es la necesidad de pagar, además de la consulta, el medicamento. Para la población que vive en la pobreza, se recomienda otorgar las medicinas sin costo o por medio de un pago no arancelado.

Por otra parte, inclusive en las zonas urbanas existen asentamientos humanos que no disponen de servicios de salud pública y, donde sí los hay, no son ampliamente conocidos o se desconoce la variedad de programas que brindan, lo cual favorece una demanda limitada. Sobre este aspecto es importante continuar con el esfuerzo de ampliar la cobertura de los servicios y, al mismo tiempo, difundir y consolidar su presencia entre la población.

Por último, es fundamental seguir adelante con la investigación social encaminada a estudiar de manera sistemática el punto de vista de la población respecto a los servicios de salud. No es exagerado afirmar que el principal problema asociado a su utilización deriva de la distancia percibida por los usuarios entre ellos y los propios servicios. Sólo en la medida en que se conozcan las características de esta brecha se podrá contribuir efectivamente al desarrollo de políticas y programas encaminados a la reducción de la misma. La investigación, como la indicada en este trabajo, constituye un insumo indispensable para lograr este fin.

Referencias

1. Jones R. Why do qualitative research? *Br Med J* 1995;311:40-42.
2. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *Br Med J* 1995;311:42-45.
3. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *Br Med J* 1995;311: 109-112.
4. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: SSA, 1994.
5. Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza Universidad, 1983.

6. Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chron Dis* 1961;15: 189-194.
7. Suchman EA. Sociomedical variations among ethnic groups. *Am J Sociol* 1964;70(3):319-331.
8. Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Q* 1966;XLIV(3):94-127.
9. Anderson RA. A behavioral model of families, use of health services. Centre for Health Administration Studies, University of Chicago. En: Joseph AE, Phillips DR, ed. Accessibility and utilization. Geographical perspectives on health care delivery. Cambridge (MA): Harper and Row Publishers, 1984.
10. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care* 1985;23(5):438-460.
11. Dutton D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med* 1966;23(7):721-735.
12. Dingwall R. Aspects of illness. Bath: Martin Robertson, 1976.
13. Zola I. Pathways to the doctor—From person to patient. *Soc Sci Med* 1973;7:677-687.
14. Joseph AE, Phillips DR. Accessibility and utilization. Geographical perspectives on health care delivery. Cambridge (MA): Harper and Row Publishers, 1984:139-141.
15. Lewis JZ. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med* 1994;39(5):655-670.
16. Bronfman M, Zúñiga E, Castro R, Miranda C, Oviedo J. Encuesta Nacional de Salud II. Estudio cualitativo sobre los determinantes y modalidades de la utilización de los servicios de salud. Cuadernos de Investigación del PASSPA. México, D.F.: SSA, 1994;(5).
17. Seidel J, Friese S, Leonard DC. The Ethnograph v4.0: A users guide. Amherst: Qualis Research Associates, 1994.
18. Littlewood R, Lipsedge M. Culture-bound syndromes. En: Granville-Grossman K, ed. Recent advances in psychiatry. Edimburgo: Churchill-Livingstone, 1988.