

Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes

F.J. Mercado-Martínez, E.C. Alcántara-Hernández, A. Lizardi-Gómez y R. Benítez-Morales

Objetivo. Conocer la utilización de los servicios de salud desde la óptica de los individuos enfermos de una patología crónica.

Diseño. Investigación cualitativa con orientación etnográfica.

Emplazamiento. Un barrio de clase baja de Guadalajara, México.

Participantes. Se seleccionó a 20 sujetos enfermos a través de un muestreo aleatorio.

Mediciones y resultados principales. Se realizaron entrevistas en profundidad. Los datos se analizaron empleando la técnica del análisis de contenido. La mayoría de los participantes viven con 2 o más enfermedades crónicas. Los servicios médicos utilizados se combinan con los de otros sistemas de atención. Los participantes también suelen combinar diversos tipos de atención médica. Se encontraron cuatro categorías de utilización de los servicios de salud: frecuente, ocasional, periódica y abandono. Aquellos que hacen uso frecuente de los servicios de salud tienen trayectorias de la patología oscilatorias o deteriorantes, se ven apoyados por miembros de sus familias y se trata fundamentalmente de mujeres y varones ancianos/jubilados. Quienes abandonan los servicios de salud tienen trayectorias estables, son los principales proveedores de su familia y evitan dejar de trabajar para recibir atención médica; pero algunos otros presentan trayectorias deteriorantes y sus molestias no mejoran con dicha atención.

Conclusiones. Los patrones de utilización de los servicios de salud se explican por diferentes factores desde la óptica de los sujetos enfermos. Tales patrones tienen serias implicaciones en la organización de los servicios de salud.

Palabras clave: Utilización de servicios de salud. Enfermedad crónica. Investigación cualitativa. Perspectiva del paciente.

HEALTH SERVICES UTILIZATION: THE PERSPECTIVE OF INDIVIDUALS WITH DIABETES

Aims. This paper reports findings of a qualitative study whose focus is health services use among individuals with chronic illness.

Design. Qualitative research with an ethnographic orientation.

Setting. A low income neighborhood of Guadalajara, Mexico.

Subjects. Twenty subjects selected through a theoretical sample.

Measurements and main results. Open-ended interviews. The data were content-analyzed. Most diabetic sufferers live with two or more chronic illnesses. Medical services use is combined with that of other healing systems. Participants also combine different types of health care services. Four health care use categories were found: frequent, occasional, periodical, and abandonment. Those who use health services frequently have oscillating or deteriorating illness trajectories, are supported by family members and are primarily women and elderly/retired men. Those who abandon health services have stable trajectories, they are their families primary providers, and cannot stop work to receive medical care; but some others have deteriorating illness trajectories and their symptoms do not ameliorate with consultations.

Conclusions. Different factors explain patterns of health services utilization. Such patterns of use have serious implications in the health care reorganization.

Key words: Health services utilization. Chronic illness. Qualitative research. Patient's perspective.

Universidad de Guadalajara.
Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara. México.

Correspondencia:
Francisco J. Mercado-Martínez.
Apartado Postal 1-2044.
Guadalajara. México.
Correo electrónico:
fmercado@cucs.udg.mx

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (México) financió esta investigación.
Juliet Corbin hizo comentarios valiosos a un borrador de este artículo.

Manuscrito recibido el 26 de marzo de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de junio de 2002.

Introducción

En numerosos países más del 90% de la población tiene acceso a los servicios de salud. El acceso a tales servicios se ha considerado un logro médico, social y político por parte de los dirigentes de diversas tendencias, ya que se aspira a una cobertura médica universal. Sin embargo, muchos investigadores han reconocido la complejidad inherente al acceso a los servicios de salud, argumentando que un porcentaje significativo de la población hace poco o ningún uso de tales servicios debido, entre otras razones, a que los servicios disponibles son percibidos de mala calidad y que sectores de la población se hallan insatisfechos tanto por la atención recibida como por los resultados encontrados¹.

Múltiples estudios se han realizado para investigar quiénes, cómo, dónde y por qué se utilizan los servicios de salud. Más allá de la naturaleza y severidad de la enfermedad, la mayoría ha puesto el énfasis en factores sociales, demográficos y socioestructurales. El modelo de creencias en salud, el conductual y el de sistemas de salud son tres de los modelos más empleados para explicar tales factores². Sin embargo, los resultados encontrados hasta el presente reflejan la perspectiva de los profesionales de la salud, y sólo unos cuantos estudios han intentado explorar el punto de vista de otros actores sociales —p. ej., quienes presentan la enfermedad, los miembros de sus familias o de sus redes sociales³—. Casi no hay estudios centrados en la utilización de los servicios de salud tomando en consideración el punto de vista de los sujetos enfermos. En países como México, por hacer referencia a un caso, esta investigación es escasa, aun cuando las enfermedades crónicas representan más del 80% de las causas de muerte. Unido a esto, la perspectiva de los «legos» sobre los servicios de salud es prácticamente desconocida, no obstante las reiteradas declaraciones oficiales sobre la necesidad de reformar el sector salud incorporando las propuestas de la población. Este trabajo presenta hallazgos parciales de un estudio más amplio, cuyo fin es explorar las experiencias y prácticas de las personas con enfermedades crónicas⁴. Aquí ofrecemos resultados concernientes a la perspectiva de individuos con diabetes sobre la utilización de los servicios de salud. Nuestro estudio se pregunta cuánto, cómo y por qué se utilizan los servicios de salud desde la óptica de quienes viven con tal condición.

Participantes y métodos

Se decidió hacer un estudio cualitativo, por ser una estrategia idónea para establecer la perspectiva de los individuos enfermos. El diseño seleccionado fue el de tipo etnográfico. El lugar de la investigación fue Oblatos, un barrio de clase baja de Guadalajara, México.

Elegimos un muestreo no probabilístico, denominado de tipo teórico⁵. En ningún momento nuestro objetivo fue contar con una muestra representativa de la población general ni la generalización de los hallazgos. Las preocupaciones teóricas que guiaron el procedimiento del muestreo fueron el empleo, la edad, el género y la presencia de otras enfermedades crónicas. Se seleccionó a 20 personas con diabetes y se les invitó a participar después de una explicación completa de los objetivos del estudio y de los procedimientos. Los nombres de los participantes se han omitido en este trabajo y se han utilizado nombres ficticios para proteger su identidad. En este artículo, inmediatamente después de los nombres ficticios, aparecen entre paréntesis la edad (e) y los años que han vivido con diabetes (d).

Oscilando desde los 35 a los 72 años, el promedio de edad de los participantes fue de 55 años. Más de la mitad eran mujeres. Además de la diabetes, 3 de cada 5 de los participantes presentaban al menos otra enfermedad crónica, generalmente hipertensión o artritis. Casi un tercio eran mujeres que trabajaban sólo en sus hogares y cuyos esposos no tenían un ingreso regular. Cuatro participantes eran propietarios de pequeños comercios, en 2 casos se trataba de comerciantes eventuales, 7 estaban jubilados y 2 eran trabajadores asalariados. El porcentaje de participantes con acceso a la Seguridad Social y a la medicina privada varió a lo largo del estudio, pero nunca superó el 40%. Además de los jubilados, algunos tenían acceso a la Seguridad Social debido al empleo de sus hijos.

La entrevista en profundidad se utilizó para alentar las respuestas extensas de los participantes. Los investigadores realizaron preguntas generales sobre la vida de los participantes, caso de: cómo fue su vida desde que apareció su enfermedad, desde la última consulta con el médico o sobre el tipo de servicios de salud utilizados. No se establecieron más lineamientos, de forma que los participantes podían comentar libremente los aspectos que les interesaban. Las entrevistas se efectuaron en los hogares de los participantes para favorecer la confianza.

La información se obtuvo entre septiembre de 1997 y marzo de 2000. Siempre llevaron a cabo las entrevistas 2 investigadores, una mujer y un varón (FM). Dos participantes fueron entrevistados en una ocasión, otros 4 en dos, 4 en tres, 4 en cuatro ocasiones y 6 en cinco. Las entrevistas se realizaron al menos en un lapso de 4 meses y su duración aproximada fue de una hora. Todas las entrevistas fueron grabadas en casete y transcritas literalmente, utilizando un programa de cómputo, el editor Ethnograph, para lo cual se empleó un formato estandarizado⁶. También se elaboraron notas de campo a lo largo de los meses. Éstas trataban de las circunstancias de la entrevista y de la observación del contexto material y social de los participantes, de sus familias y del barrio en su conjunto.

La información se analizó mediante la técnica de análisis de contenido⁷. Este proceso se llevó a cabo durante la misma etapa de obtención de la información. Cada transcripción fue leída en su totalidad por uno de nosotros (FM) y releída para identificar segmentos temáticos. Se elaboraron códigos, se definieron y se les asignó una etiqueta⁸. Una vez definidas las unidades de análisis, se realizó una segunda lectura, con el fin de seleccionar los fragmentos de la entrevista correspondientes a cada código. Tales fragmentos se recortaron y asignaron a archivos diferentes a fin de revisarlos posteriormente tanto en casos particulares como entre los mismos casos. También se seleccionaron citas textuales en cada entrevista, y después se compararon y seleccionaron para asegurar su consistencia con los temas identificados.

Resultados

Vivir con padecimientos y utilizar los sistemas de atención

Además de la diabetes, la mayoría de los participantes presenta 2 o más patologías crónicas. Un tercio tiene sólo diabetes, otro tercio una segunda enfermedad –hipertensión, artritis, tuberculosis o secuelas de accidente cerebrovascular– y el último tercio muestra 3 o más enfermedades. Casi todos consideran dichas condiciones de mayor importancia que la diabetes, argumentando las molestias que les ocasionan o sus efectos en el futuro.

María (43a, 16d), que tiene diabetes e hipertensión, dice al respecto: «*Por la diabetes no siento muchos síntomas de diabetes. Lo que más aborita me está perjudicando es la alta presión. Cuando mi presión sube, siento algo raro en el pecho, mis brazos los siento pesados y me siento muy nerviosa*».

Los participantes con 2 o más patologías crónicas se refieren por lo común a los numerosos síntomas que presentan, pero sin identificarlos como síntoma de alguna enfermedad en particular. La no asignación de síntomas específicos a una enfermedad en particular hace que perciban frecuentemente tales síntomas como problemas diferentes. Basándose en tales supuestos, los participantes suelen buscar atención médica para aliviar tales síntomas, más que cara al tratamiento de una enfermedad específica. La atención médica se busca para tratar los síntomas, para disminuir las molestias o para mejorar las actividades de la vida diaria. Por todo ello, la mayoría de los participantes considera extraña o irrelevante cualquier pregunta sobre el número de veces que han utilizado los servicios de salud por una enfermedad crónica específica, como sería la diabetes. Al igual que en otros países, en México los servicios de salud indican haber llevado a cabo una cifra de consultas médicas en cierto período. Tales informes indican el número de veces que los usuarios reciben atención médica por una enfermedad determinada en función del informe de los médicos sobre la enfermedad que dio lugar a que el paciente demandara consulta. Sin embargo, desde la perspectiva de los participantes se acude a la consulta por síntomas no específicos o causados por varias patologías crónicas. Y como la mayoría presenta múltiples enfermedades crónicas, dicha multiplicidad genera una superposición de problemas, síntomas o complicaciones. Así, las consultas informadas en los servicios de salud, al ser definidas por los profesionales de este ámbito, no se ajustan a las múltiples patologías y síntomas que presentan los individuos enfermos o se las separa en forma artificial. Corbin y Strauss señalan al respecto que el modelo de atención a las enfermedades agudas que domina el sistema médico de atención parece contribuir de forma parcial a «enfrentar» los problemas que suelen experimentar los enfermos crónicos en su búsqueda de atención médica⁹.

Los participantes utilizan diferentes sistemas de atención para el manejo de sus padecimientos y el alivio de sus sín-

tomos; algunas veces los utilizan de forma simultánea, otras en forma sucesiva. Mientras son atendidos por un médico, por ejemplo, pueden consultar a un integrante de su red de apoyo social (parientes, vecinos, amigos) o visitan a homeópatas, «yerberos» o farmacéuticos.

La mayoría de los estudios asume que los enfermos crónicos, por lo común, sólo hacen uso de los servicios de salud. Los hallazgos anteriores difieren de este supuesto. Las personas con enfermedades crónicas buscan y son referidas a múltiples sistemas de atención, y los servicios médicos son uno de ellos. Estos enfermos crónicos suelen estar en contacto con actores que tradicionalmente no se consideran relacionados con la medicina oficial, como los homeópatas y los terapeutas tradicionales. Otros autores han indicado hallazgos similares; Bronfman et al, por ejemplo, señalan la tendencia de los enfermos crónicos en México a combinar diferentes sistemas de atención. Esto sugiere que la utilización de los servicios de salud representa una vista parcial de las alternativas usadas comúnmente por los individuos con enfermedades crónicas¹⁰.

Tipos de servicios de salud utilizados

Aun cuando los participantes de este estudio viven en el barrio, no todos usan el mismo tipo de servicio de salud. La inmensa mayoría ha utilizado 2 o más servicios médicos (públicos, Seguridad Social y medicina privada), ya que mientras la cuarta parte acudió a un solo servicio, las tres restantes hicieron uso de 2 o más tipos de servicios, a veces de forma simultánea y otras sucesiva. Quienes han acudido a un solo servicio son aquellos con trayectorias estables de su padecimiento¹¹ y con pocas o ninguna complicación o efectos físicos, emocionales o sociales en su vida diaria. Al preguntarles sobre la utilización de algún otro servicio de salud, varios participantes respondieron de manera similar a la de Juan (61a, 17d), quien sin haber tenido molestias durante muchos meses señala: «*No, no los necesito, ¿para qué?*».

Otros participantes suelen acudir a 2 o más servicios de salud. Aunque casi todos presentan condiciones crónicas con trayectorias oscilatorias o inestables, el acceso a estos servicios tiene pocos efectos benéficos en su padecimiento. Esta combinación también ocurre por razones económicas o de empleo. En algunos casos, los participantes acuden a la medicina privada sólo cuando cuentan con recursos económicos suficientes, otros tienen acceso a la Seguridad Social cuando cuentan con un empleo asalariado o cuando disponen de recursos para pagar una cuota de afiliación. Varios más enfrentan problemas cuando acuden a los servicios de salud públicos, especialmente a causa de las largas horas de espera. Josefa (61a, 33d), la persona con mayor número de años con diabetes y que también presenta tuberculosis, describe las razones por las cuales ha utilizado varios servicios a lo largo del tiempo: «*Cuando se le acabó el seguro social [su esposo perdió el empleo] fui al centro de salud [público]. Me atendieron por ocho años, luego me dijeron que fuera al hospital*

[público] ... [Pero] *me enfadé porque... hay mucha gente, y terminas yéndote [a casa] a las tres, cuatro, cinco de la tarde, todo débil, sin comer... y ahora aquí [en el centro de salud público] allá me mandaron... al hospital [público]. [Pero] estoy cansada de estar allí, no me hacen caso ni nada... Un doctor [hospital privado] me atendió, un buen doctor, pero no tenía [dinero] con que pagarle [y dejé de ir].»*

La mayoría de los estudios sobre el uso de los servicios de salud evalúa el número de veces que se utilizan en un período determinado. Esta estrategia metodológica parece ser de poca utilidad cuando se tiene en mente la naturaleza crónica de estos padecimientos y las demandas derivadas de su manejo. Dada la necesidad de manejar sus padecimientos crónicos durante años o décadas, los participantes de este estudio se refieren por lo general a los servicios de salud más en términos sincrónicos que diacrónicos. Los servicios usados en el presente están en relación con lo ocurrido en el pasado. Dos efectos específicos derivan de estas circunstancias. El uso de servicios de salud en países como México implica, por un lado, referirse a diferentes tipos de servicios de Seguridad Social, pública o medicina privada. En el contexto de las condiciones laborales, económicas, de la vida diaria y familiar, los participantes, por lo general, combinan los servicios. Tal estrategia puede explicarse teniendo en cuenta varios factores. Todos los participantes tienen acceso a la asistencia pública, menos de la mitad a la Seguridad Social y un número menor a la medicina privada. Los últimos 2 grupos dependen por completo de su situación laboral o de disponer de recursos financieros suficientes para cubrir los gastos de la atención médica, situación poco frecuente entre los habitantes de los barrios pobres en México y en otros países. Por estas razones, buscan y utilizan los servicios de atención médica disponibles en ese momento. De hecho, los participantes hicieron uso simultáneo de 2 o hasta 3 servicios en determinados momentos, situación que resulta en una pérdida de los recursos sanitarios existentes.

El contacto con profesionales de la salud en diferentes lugares

Según los profesionales de la salud, los pacientes deben consultar a los médicos en forma rutinaria para controlar su(s) condición(es) crónica(s) y prevenir las complicaciones. No obstante, desde la perspectiva de los individuos enfermos las consultas con los médicos son apenas una parte de un amplio espectro de posibilidades de contacto con múltiples profesionales de la salud en diferentes espacios.

Los participantes reconocen la importancia de consultar con los médicos para el diagnóstico y el manejo de su(s) patología(s). Sin embargo, la mayoría hace referencia a conflictos en su búsqueda de atención médica; por ejemplo, los médicos del primer nivel les imponen obstáculos permanentemente para limitar su remisión a los especialistas. Por ese motivo, pocos participantes consideran haber

tenido consultas suficientes con los especialistas, y esto tengan acceso a la Seguridad Social, sean usuarios de los servicios públicos o, incluso, en el caso de la medicina privada. Para esto hay múltiples razones, pero 2 casos ilustran este punto. Juan (61a, 17d) comenta la negativa de su médico de familia para remitirle a un especialista en el seguro social. «*Le dije al doctor que me mandara [al especialista] porque el azúcar en mi sangre no bajaba. Los doctores son muy... mecánicos, sólo hacen un trabajo. Tienes que estar de machacón [insistente], decirle me siento mal, mándeme con otro [médico]... [pero] no hacen caso.»*

María (49a, 17d), como otros, describe la saturación en el hospital al tratar de consultar con un especialista: «*Me mandaron [al hospital público]... pero es una porquería de clínica... ¡Dios mío! Yo me tuve que salir. Después de 35 pacientes me tocaba, los tienen a todos en una silla sentados esperando a que haiga una camilla ... ¿Cómo podía estar ahí parada? Me fui a una clínica [privada].»*

Kasper¹² subraya que la mayoría de los estudios sobre las barreras de la atención médica se centra en el ingreso a los servicios. Este enfoque se mide, por lo general, analizando los medios de acceso y de contacto con los médicos, y se basa en el supuesto de que el médico sigue siendo la clave de ingreso al sistema de atención médica. Nuestros hallazgos muestran otros elementos que derivan de lo que señalan los enfermos crónicos. Los participantes reiteran la negación persistente de los médicos del primer nivel para enviarlos al especialista, y las dificultades y obstáculos de acceder a la consulta aunque se les haya enviado al especialista. Estos hallazgos sugieren que la recomendación médica de evaluar a enfermos crónicos al menos una vez al año por parte del especialista es una meta que dista de cumplirse. Los hallazgos invitan a los investigadores a indagar también la perspectiva de los médicos sobre este asunto, así como a explorar su relación con procesos macrosociales, tales como los efectos de los recortes financieros en el sector salud sobre el tema en cuestión.

La consulta con el médico se considera importante para el manejo de la(s) enfermedad(es), pero tal consulta dista de ser el factor de mayor importancia. Periódicamente, ciertos participantes acuden a laboratorios para determinar sus niveles de azúcar en sangre. Más de la mitad de los participantes ha realizado esta prueba en laboratorios privados, farmacias o en sus propios hogares. Varios argumentan que no disponen de tiempo suficiente para acudir a la consulta con los médicos a causa de su trabajo. Por esto, una vez realizados los análisis, llevan los resultados al médico o ellos mismos los evalúan y ajustan las dosis de los medicamentos o la dieta.

Estos participantes también están en contacto con otros profesionales que parcial o totalmente les resuelven ciertos problemas específicos, aunque no se ubiquen en un consultorio, centro de salud u hospital. Aquí surge el papel fundamental del personal de enfermería, de los técnicos de

laboratorio, de los nutricionistas y de los trabajadores sociales. De acuerdo con nuestros hallazgos, algunos participantes interrumpen durante cierto tiempo el uso de servicios médicos o evitan acudir a los médicos, aunque continúan en contacto con otros profesionales en diferentes lugares. En el contexto de la vida urbana y del mundo laboral de los habitantes de este barrio, parece serles más fácil buscar el consejo de estos profesionales que el apoyo de los médicos. En el caso de los trabajadores que no tienen un empleo asalariado, y por ende no tienen acceso al seguro social, una opción económica parece ser el laboratorio privado, donde por unos 3 dólares estadounidenses o un día de pago llevan a cabo un análisis de azúcar en sangre. En el grupo al que nos referimos, el acceso a proveedores de salud no médicos puede ser crítico para el manejo de las enfermedades crónicas.

Frecuencia de utilización de los servicios de salud

Se encontraron cuatro categorías de participantes-usuarios de los servicios de salud en relación a su(s) patología(s) crónica(s). Los participantes utilizan los servicios de forma frecuente, ocasional, periódica o los abandonan. Varias características son comunes a todos: la totalidad ha utilizado los servicios de salud, especialmente durante el diagnóstico de la(s) enfermedad(es); parece no haber una cronología entre las categorías, ninguna precede o sigue a las otras de forma necesaria, y tales categorías derivan del contacto de los participantes con los profesionales médicos en los espacios clínicos.

Los participantes que usan los servicios de salud frecuentemente –3 o más consultas al año– presentan una trayectoria de su padecimiento oscilatoria o deteriorante, trabajan en actividades domésticas y están incapacitados y/o jubilados. Además, reciben el apoyo de sus familiares, sobre todo para acudir a la atención médica.

Los usuarios que acuden en forma ocasional –una o dos veces al año– son por lo común los más jóvenes, tienen trayectorias estables u oscilatorias y trabajan fuera de su hogar, por lo que de acudir a la atención esto implicaría no trabajar y no recibir un ingreso ese día. Aquellos que tienen acceso a la Seguridad Social evitan ausentarse de sus trabajos temiendo ser despedidos a causa de su enfermedad. Alberto (34a, 2d), un policía privado con acceso al seguro social, señala sobre su problema: «*Empecé [a trabajar]... y ya no tenía tiempo de ir al seguro social. Fui durante uno o dos meses, y después ya no tuve tiempo por el horario [de trabajo].*»

Los participantes que utilizan los servicios de salud de forma intermitente tienen trayectorias estables u oscilatorias, pero en dos circunstancias diferentes. Algunos no tienen manifestaciones o efectos secundarios debidos a su enfermedad, así que sólo utilizan los servicios médicos cuando sienten alguna molestia o complicaciones, pero después de algunas semanas o meses abandonan los servicios médicos al sentir mejoría. Esther (58a, 16d) describe su situación de

la siguiente forma: «*[Voy al seguro social] cuando se me terminan las pastillas, porque no me siento mal... sólo cuando me duelen los huesos entonces voy, pero de otro modo no... ¿A qué voy?... creo que ando [estoy] estoy bien, si sube [el azúcar en la sangre], tengo que ir.*»

Otros participantes en esta misma categoría utilizan los servicios médicos de forma regular, pero se ven forzados a abandonarlos por varias razones. Por lo común tienen acceso al seguro social, pero dejan de acudir al perder el empleo, y por ende su afiliación al mismo seguro. Silvia (35a, 10d) se refiere a sus circunstancias de la siguiente forma: «*Mi esposo tenía seguro social, pero cuando ya no pudo pagarlo, pos ya nos lo quitaron... Iba a ir (a consulta) pero ahora que nos quitaron el seguro social, ya no voy.*»

Algunos participantes han dejado de acudir a los servicios de salud durante más de un año, y sólo van a los servicios de urgencia cuando se presenta una crisis severa. El abandono de los servicios se da principalmente por parte de los ancianos, con 2 o más patologías crónicas, con trayectorias oscilatorias o deteriorantes, que no cuentan con el apoyo familiar y que no han mejorado a pesar de tratamientos previos. El abandono también se produce entre los jóvenes que presentan únicamente diabetes, tienen una trayectoria estable y enfrentan dificultades para acudir a la consulta dadas las características de su empleo.

Varios informes señalan que un porcentaje elevado de pacientes, de la población general y de ciertos grupos con condiciones crónicas, utilizan los servicios médicos. De acuerdo con los resultados de una encuesta llevada a cabo en 3 ciudades de América Latina, el 95% de los pacientes con hipertensión arterial en la Ciudad de México utilizó los servicios de salud en los 6 meses previos. Cifras un poco menores se encontraron en otras 2 ciudades sudamericanas¹³. Otros autores han hallado que pacientes diabéticos en una ciudad de Estados Unidos acudieron a los servicios de salud 3,4 veces en un año¹⁴. Utilizando otra metodología, nuestros hallazgos muestran una imagen diferente de la de estos estudios. Sin la intención de homogeneizar los patrones de utilización de los servicios de salud, detectamos aquí un patrón diferente. Aunque algunos participantes hacen uso de los servicios de salud de forma permanente, otros los han abandonado. Los hallazgos de este estudio refuerzan la pauta de que algunas personas enfermas utilizan mucho los servicios de salud, mientras que otras los usan poco. Más allá de características de los sujetos enfermos como su sexo o edad, estos patrones de utilización resultan de la combinación de factores complejos: trayectoria del padecimiento, tipo de trabajo, ingresos y acceso a cierto tipo de atención médica. Para el grupo aquí estudiado, entonces, no hay grandes diferencias en el uso de los servicios de salud entre varones y mujeres, con trayectorias similares, o según el tipo de trabajo, como sería el caso de los vendedores ambulantes sin acceso a la Seguridad Social.

Conclusiones

Aun cuando nuestros hallazgos distan de poderse generalizar, ofrecen una comprensión de la perspectiva de los enfermos crónicos en la utilización de los servicios de salud. Un tema «fértil» para estudios posteriores podría ser la evaluación de la perspectiva de los individuos enfermos y compararla con la de otros actores sociales involucrados, grupo doméstico o familiares, miembros de las redes sociales de apoyo y profesionales de la salud. Otro tema a investigar podría ser la perspectiva de los sujetos enfermos crónicos por clase social o por accesos a diferentes sistemas médicos. En una sociedad tan altamente estratificada como la de México, el tema de la utilización de los servicios de salud entre personas pertenecientes a diferentes clases podría ayudar a crear nuevas políticas de salud, especialmente para las poblaciones desfavorecidas o que cuentan con escasos recursos.

Se reconoce la contribución potencial de los estudios etnográficos o de la metodología cualitativa para poder comprender el uso de los servicios de salud¹⁵. Muchos investigadores han aumentado su interés por conocer las opiniones, creencias y representaciones de la población en el cuidado a la salud. Sin embargo, los estudios llevados a cabo concluyen presentando, por lo general, la perspectiva de los profesionales de la salud. Generalmente, estas inves-

tigaciones no coinciden con la perspectiva de los sujetos «legos». Hay ventajas al imponer el uso de metodologías cualitativas para estudiar la utilización de servicios de salud. Esta perspectiva nos permite comprender esa utilización en términos diacrónicos y sincrónicos, y además la multiplicidad y coincidencia de los servicios utilizados. Tal perspectiva puede tener profundas implicaciones sociales y económicas para el manejo del paciente y para efectos financieros en los servicios de salud nacionales o locales en países desarrollados o en desarrollo.

Finalmente, quisiéramos mencionar dos limitaciones importantes del estudio: nuestra investigación ha dependido fundamentalmente de la información obtenida de individuos enfermos a través de entrevistas y, en menor grado, de la observación. La información final pudo haber tenido más consistencia si hubiéramos empleado técnicas adicionales y si hubiéramos recurrido a otros actores sociales, como los miembros de su familia y los profesionales de la salud que trabajan en el barrio. Por otro lado, parte de la información se analizó inmediatamente después de su obtención. Sin embargo, se podrían obtener otros resultados si se hubiera empleado un estilo circular de investigación. Esto es, obtención de información, análisis, regreso a obtener más información y así sucesivamente.

Discusión Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Numerosas investigaciones han explorado el papel de los factores sociodemográficos y culturales en la utilización de los servicios de salud.
- Diversos modelos se han aplicado para entender el uso de los servicios de salud. Destacan el modelo de creencias en salud, el conductual y el socioestructural.
- Poco se conoce sobre la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los sujetos con enfermedades crónicas.

Qué aporta este estudio

- Se han encontrado cuatro modalidades de utilización de los servicios de salud: frecuente, ocasional, periódica y de abandono.
- Los sujetos enfermos explican tales modalidades en términos diferentes que los profesionales de la salud.
- Las modalidades de utilización cuestionan la organización actual de los servicios de salud.

Bibliografía

1. Coulter A, Fitzpatrick R. The patient's perspective regarding appropriate health care. En: Albrecht LG, Fitzpatrick R, Scrimshaw C, editors. The handbook of social studies in health & medicine. London: Sage; 2000; p.454-64.
2. Wolinsky, FD. The sociology of health. Principles, practitioners and issues. Belmont: Wardsworth Pub., 1988.
3. Conrad P. The experience of illness: recent and new directions. En: Roth J, Conrad P, editors. The experience and management of chronic illness. Greenwich: Jai Press, 1987; p. 1-31.
4. Mercado FJ, Ramos IM, Valdez E. La perspectiva de los enfermos crónicos del sector popular sobre la atención médica. Cad Saude Pública 2000;16:759-72.
5. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Ed. Aljibe, 1996.
6. Waitzkin H. Micropolitics of medicine: theoretical issues. Med Anthropol 1986;17:134-6.
7. Minayo MCS. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
8. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage, 1996.
9. Corbin JM, Strauss A. Unending work and care. Managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass Pub., 1988.
10. 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;39:442-50.
11. Mercado FJ, Robles L, Ramos IG, Torres TM, Alcántara E, Moreno N. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En: Mercado FJ, Robles L, editores.

- Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/OPS, 1998.
12. Kasper JD. Health-care utilization and barriers to health care. En: Albrecht LG, Fitzpatrick R, Scrimshaw C, editors. *The handbook of social studies in health & medicine*. London: Sage, 2000; p. 223-46.
 13. Baris E, Sánchez S, De Vasconcellos M, Belmartino M. A population-based survey in three cities of Latin America. En: Fleury S, Belmartino S, Bars E, editors. *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Ottawa: International Development Research Centre, 2000; p. 185-221.
 14. Hiss RG. Barriers to care in non-insulin-dependent diabetes mellitus. The Michigan experience. *Ann Intern Med* 1996;124:146-8.
 15. Mechanic D. Medical sociology: some tensions among theory method and substance. *J Health Soc Behav* 1989;30:147-60.