

“Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización

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.
“Hacemos lo que podemos”:
los prestadores de servicios
frente al problema de la utilización.
Salud Publica Mex 1997;39:546-553.**

**Bronfman M, Castro R, Zúñiga E,
Miranda C, Oviedo J.
“We do what we can”:
Health service providers
facing the service utilization problem.
Salud Publica Mex 1997;39:546-553.**

Resumen

Este trabajo presenta la segunda parte de los resultados generales obtenidos mediante un estudio cualitativo realizado en el marco de la Encuesta Nacional de Salud II. Dicho estudio tuvo como objetivo identificar las modalidades y determinantes microsociales que intervienen en la selección y utilización que los individuos hacen de los servicios de salud, con el fin de proponer lineamientos de política encaminados a conseguir una mayor equidad, calidad y eficiencia en la provisión de los servicios. El estudio se realizó en áreas urbanas, entre los sectores socioeconómicos medios y bajos. Se realizaron 192 entrevistas individuales abiertas entre la población usuaria (actual y potencial) de los servicios en ocho ciudades del norte, centro y sur del país; en forma complementaria, se realizaron ocho grupos focales con usuarios de los servicios de salud en cuatro de esas ciudades. Se realizaron también 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. Toda vez que un trabajo anterior informó los hallazgos relacionados con los usuarios de los servicios, en éste se da cuenta de los principales resultados relacionados con los prestadores de servicios. En la primera parte se analiza brevemente el diseño teórico-metodológico que permitió el acercamiento a los significados que los actores, los proveedores de servicios, atribuyen a su trabajo y a las condiciones en las que lo realizan. En la segunda parte se presentan los resultados propiamente dichos. Se destaca la sensación de precariedad económica y material con que los pres-

Abstract

This study presents the second part of the general results obtained by a qualitative study conducted within the National Health Survey II. The object of this study was to identify main patterns and micro-social determinants which affect the process of selection and utilization of health services in order to propose policies aimed at more equity, quality and efficiency in health service delivery. The study was conducted in urban areas among the middle and middle-low class sectors. A total of 192 individual open-ended interviews and eight focus groups were completed among health users in four cities. Also, 61 service providers both from public and private services were interviewed. Since a previous work reported findings related to health service users, this study focuses only on the results pertaining to health service providers. The first part briefly discusses the study design which allowed to explore the meaning that actors—health service providers—attach to their job and working conditions. The second part presents the main findings. The sense of economic and material precariousness with which health providers from public institutions do their work is among the most important results. Common conflicts between health service users and providers are also mentioned, mainly those which arise from the organizational problems of the health center and from the scarcity of the basic drug stock. The third part reports the main coincidences and divergences between health service users and providers. Some of the divergences may be the reason for the under-utilization of health services. The work con-

(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 sobretiros: 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.

tadores de servicios del sector público realizan su trabajo. Se mencionan también algunos de los conflictos que los proveedores de servicios informan tener con los usuarios, sobre todo como resultado tanto de los problemas organizativos de los centros de salud, como de lo limitado del cuadro básico de medicamentos. En la tercera parte se presenta un análisis de las principales convergencias y divergencias que se dan entre usuarios y prestadores de servicios. Se propone que algunas de las divergencias identificadas pueden estar en la base de la subutilización de los servicios de salud informada en diversos ámbitos. El trabajo concluye con una serie de recomendaciones, que derivan del análisis presentado, orientadas a 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

cludes with a series of policy recommendations aimed at improving the quality and opportunity of health services provided by public institutions for the needs of the population.

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

Uno de los principales objetivos de la política social actual es ampliar al máximo la cobertura de los servicios de salud; para lograrlo, se ha considerado su provisión mediante varias estrategias que incluyen al sistema de seguridad social y a los servicios de salud a población abierta. Una gran parte de las inversiones recientes en este campo se han destinado a la construcción de servicios de salud, en particular para segmentos de la población que hasta hace algún tiempo estaban desprotegidos. Sin embargo, no existe la suficiente información sobre las características de la utilización de servicios de salud por parte de la población. Más aún, evidencias de diverso tipo (ante todo anecdótico y casuístico) indican que hay un desencuentro entre la oferta y la demanda de estos servicios.

En el marco de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II), realizada en 1994, se llevó a cabo un estudio cualitativo orientado a profundizar en los determinantes microsociales de la utilización de los servicios de salud. El punto de partida de esta investigación fue el reconocimiento de la falta de estudios que exploren a profundidad la perspectiva de los actores centrales en la utilización de servicios, esto es, de la población en general y de los prestadores de servicios. Por qué se usan o por qué no se usan los servicios, constituyen preguntas de investigación que, en este proyecto, retoman la perspectiva de estos dos grupos de población.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados del estudio cualitativo, en relación con los prestadores de servicios de salud: ¿cómo ven ellos el problema de la utilización de los servicios? ¿Qué opinan de sus condiciones de trabajo y de la población usuaria? El diseño metodológico de este proyecto, así como los resultados generales relativos a los utilizado-

res de los servicios, se han documentado con anterioridad,¹ de tal manera que en la primera parte de este trabajo se presenta de forma resumida la estrategia teórico-metodológica que se seguirá en esta investigación. En la segunda parte se presentan los resultados generales respecto de los prestadores de servicios de salud, y en la tercera se muestra una comparación, en términos de convergencias y divergencias, entre estos resultados y los correspondientes a los usuarios de servicios. Para realizar este análisis, se precisa tanto de los resultados presentados en este trabajo como de los notificados con anterioridad.¹ Finalmente, el artículo concluye con una serie de recomendaciones que se derivan del análisis aquí presentado, y que pueden servir para mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

Diseño teórico-metodológico

Una preocupación central de la sociología médica ha sido el estudio de los factores que se asocian a la utilización de los servicios de salud. Los trabajos más conocidos dentro de este campo han intentado abordar tanto *macro*²⁻⁴ como *micro*⁵⁻⁷ de este problema. Resulta interesante destacar que la mayoría de esos trabajos se centran en el punto de vista del paciente,⁸ lo que resulta en un escaso número de investigaciones que hayan tratado de explicar el problema de la utilización no sólo a partir de considerar las limitaciones estructurales de los servicios⁹ sino, sobre todo, de la recuperación del punto de vista de los propios proveedores de servicios. Este trabajo busca contribuir en esta dirección.

En la realización de esta investigación se respetó la división del país en cinco 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.* Se excluyó a la Ciudad de México por disponerse de un estudio similar de reciente realización para este contexto. En cada ciudad se identificaron dos áreas geostatísticas básicas (AGEB) de nivel socioeconómico medio y dos de nivel bajo.† En cada AGEB se entrevistó a 12 enfermos y/o utilizadores de servicios, para 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, para un total de ocho grupos focales. Asimismo, en cada región se buscó entrevistar a tres médicos de la Secretaría de Salud (SSA), otros tres de servicios de seguridad social y tres más 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, así como en el caso de los prestadores de servicios de salud, se utilizó una guía de entrevista que facilitó la exploración sistemática de diversos temas, como la opinión que tienen los prestadores de los servicios de salud sobre las condiciones de su trabajo, las principales dificultades que enfrentan en su ejercicio diario, 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.

Las entrevistas, con una duración promedio de 60 minutos, se procesaron electrónicamente mediante el programa de cómputo Ethnograph.¹⁰ Para efectos de la codificación y análisis se diseñó un guión general para orientar los temas generales que deberían analizarse para cada región. Sin embargo, 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 el nivel general, al

mismo tiempo que facilitó el surgimiento de aspectos particulares específicos para cada región.

La perspectiva de los prestadores de servicios

En esta sección se presentan, desde la perspectiva de los médicos, las principales características y problemas en el funcionamiento de los servicios y algunas diferencias entre las instituciones de seguridad social, las que atienden población abierta y los servicios privados. Lo anterior llevará a identificar algunas convergencias y discrepancias con respecto a la percepción de los servicios entre la población y los agentes de salud y proponer, al final, recomendaciones orientadas a mejorar las condiciones de los servicios que podrían repercutir en una utilización oportuna por parte de la población. Los hallazgos reportados se ilustran, cuando es posible, con testimonios de los entrevistados.

Características de los servicios y principales problemas en su funcionamiento

El ejercicio profesional del médico es visto, por la mayoría de los entrevistados, como desvalorizado, debido a los bajos salarios con que se retribuye su trabajo. El sueldo varía entre las instituciones, pero en todos los casos se considera insuficiente para mantener a una familia y por debajo de los salarios que reciben empleados del sector público o privado que tienen una calificación profesional inferior a la de los médicos. Muchos de los entrevistados están contratados por tiempo completo en más de una institución. Los casos en que eso no sucedía, correspondieron principalmente a mujeres casadas, cuyo salario es complementario al ingreso del esposo, y a otras responsabilidades en el ámbito del hogar. El salario del médico, sobre todo el del especialista, se conforma mediante la contratación en diversas instituciones, lo cual está implícita o explícitamente aceptado. En las entrevistas se cuenta con diversos testimonios que ejemplifican las largas jornadas de trabajo que acumulan los prestadores de servicios en una semana. Estas jornadas pueden llegar a ser de alrededor de 100 horas semanales sumando el sistema de jornada acumulada del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el horario nocturno en otra institución y la atención de la consulta privada entre semana:

Solamente así, más o menos, y aparte algo particular que vaya saliendo por ahí, ya nos sostenemos también, le buscamos pues la manera, la forma de adquirir in-

* 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.

† Como se mencionó con anterioridad una descripción más detallada del diseño teórico-metodológico de esta investigación ha sido ya publicada.¹

gresos, definitivamente el sueldo que nos paga por ejemplo Salubridad es muy poco.*

La contratación “multinstitucional” de los recursos médicos parece responder también a la necesidad de las propias instituciones de contar con especialistas en los tres turnos. En todas las instituciones se hizo mención de la insuficiencia de especialistas, lo cual puede deberse a una mala distribución de los recursos médicos en el país, de tal manera que a nivel local las instituciones están compelidas a contratar personal que ya labora en otras instituciones. Así, el sector satisface su necesidad de disponer de personal calificado mediante el establecimiento de una jornada de seis horas y con salarios en cada institución insuficientes para la sobrevivencia de una familia en las condiciones socialmente necesarias. Esto facilita y obliga al personal a buscar fuentes complementarias de ingreso. Parece evidente que habría mejores alternativas que la suma de contrataciones. Incrementar salarios, unificar clientelas, combinar la atención privada con la institucional, son sólo algunas de las estrategias que ayudarían a resolver esta fuente de ineficiencia institucional y de frustración personal.

Los servicios públicos

La vocación de curar aparece como “incuestionable” en la investidura profesional del médico y se convierte en una condición suficiente, desde la perspectiva de muchos médicos, para garantizar la calidad de la atención. Por ello, se dice que la calidad profesional de los médicos es la misma en cualquier institución, ya sea pública o privada: el médico de cualquier institución hace “lo mejor que puede con lo que tiene a la mano”, con las restricciones que le marcan las condiciones de la institución. De esta manera, las diferencias en la calidad de la atención entre instituciones, según la percepción predominante de los médicos, son resultado de problemas en la organización, normatividad y recursos de las instituciones y no de la capacitación de su personal.

Uno de los aspectos que mencionaron los médicos institucionales fue la limitada duración de la atención durante la consulta externa. El elevado número de pacientes que los médicos deben atender al día les impide dedicarle, a cada uno de ellos, el tiempo necesario para realizar todos los procedimientos requeridos a fin de establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados. Muchos médicos manifestaron que esta situación ge-

neraba descontento entre la población usuaria del servicio, pero que esa es una característica de cualquier servicio de la magnitud de estas instituciones, lo que no puede ser resuelto por el médico y, por tanto, no lo consideran cuando evalúan la calidad de la atención que brindan.

Los médicos perciben deficiencias en la organización de los servicios y en los recursos disponibles que afectan sus condiciones de trabajo y que repercuten en la efectividad curativa. Si bien en todas las instituciones se manifestaron problemas, éstos se presentaron con mayor énfasis entre los médicos de la SSA.

El principal problema se refiere a la falta de recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. Por ello, se prolongan los tiempos de espera de los pacientes, se difieren inadecuadamente las citas y existen limitantes para otorgar consulta o atención médica hospitalaria en condiciones óptimas, siempre como resultado de los volúmenes de población que atienden. Aunado a ello se encuentran los bajos salarios y los escasos estímulos para el personal, lo que favorece el ausentismo y el incumplimiento de la jornada laboral. Otro problema señalado es que en algunas de las instituciones, especialmente en la SSA, los directivos cambian con mucha frecuencia, interrumpiéndose la continuidad y dando lugar a la desorganización.

La fuerte carga de actividades administrativas, sobre todo en el IMSS, relacionada con el registro de las acciones y llenado de expedientes y lo riguroso de la supervisión y evaluación en el cumplimiento de estos deberes administrativos contrasta con la casi inexistente supervisión de la efectividad curativa y calidad de la atención que otorga el médico:

Nosotros aquí, como médicos, no trabajamos exclusivamente proporcionando la consulta, sino que tenemos otras actividades de tipo administrativo, financiero, de programación, de programas... muchas veces tenemos que salir de la unidad, tenemos que entrevistarnos con otras personas para que nos apoyen en diferentes programas... debemos llevar oficios, llevar papelería a la unidad [...].*

Respecto al equipamiento de las instituciones se señaló que, mientras que las de seguridad social cuentan con una mayor disponibilidad de tecnología médica avanzada y equipamiento para estudios, tratamiento y cirugía, en la SSA es más limitada y, en ciertos casos, el equipo es insuficiente y obsoleto. Otros problemas se refieren a la oportunidad con la que se les brinda

* Entrevista núm. 148, proveedor de la SSA, Chilpancingo, Guerrero.

* Entrevista núm. 170, proveedor de la SSA, Pachuca, Hidalgo.

mantenimiento y compostura. En servicios de apoyo clínico las deficiencias en estos rubros obstruyen los procedimientos curativos.

También se mencionaron problemas de irregularidad e insuficiencia en el abasto de medicamentos, además de que constantemente son cambiados por otros de menor calidad. Sobre este aspecto existe coincidencia en ciertas opiniones de los entrevistados respecto a que la población no confía en el medicamento institucional:

[...] a veces también tienen la idea de que los medicamentos que proporciona la institución no son tan buenos. El cuadro básico es muy limitado, no tiene la variedad tan alta de medicamentos que tenemos a nivel privado; a nivel institucional son unas marcas de laboratorios no tan prestigiadas. Nosotros a nivel privado estamos manejando puros medicamentos de marcas de prestigio y obviamente son mejores.*

En cuanto a las condiciones de trabajo se mencionó la falta de espacio, lo que se traduce en condiciones de hacinamiento y repercute en la calidad del servicio que se presta. Los entrevistados señalaron que el mantenimiento de los edificios también es deficiente, sobre todo en la SSA, de tal manera que en ocasiones no funcionan los sanitarios o algún equipo, dificultando la labor del médico y las condiciones del paciente.

En el caso de la SSA los entrevistados manifestaron que el problema no responde exclusivamente a la falta de dinero, sino a la ineficacia administrativa, la burocracia y el centralismo en las decisiones. La adecuación del equipamiento, el abasto de los medicamentos y materiales, entre otros rubros, están obstaculizados por los trámites para su autorización, producto de papeleos, tardanza o ausentismo de los responsables:

[...] muchas veces, como tenemos un cuadro básico restringido, tenemos pacientes que necesitan antibióticos, no penicilina ni eritromicina; su familia no los puede comprar porque son muy caros. Antes recurríamos al agente (representante de laboratorios) para que nos lo regalara y poder dárselo al paciente, pero la norma cambió y ya no podemos hacerlo.†

Dentro de este marco institucional se ubican los problemas de la atención. Los médicos entrevistados no desconocen las dificultades que informaron los uti-

lizadores; saben que las condiciones en que se da el servicio generan descontento por lo que la población frecuentemente valora mejor los servicios privados que los institucionales. Sin embargo, tienden a minimizar estos problemas y, en ese sentido, a relativizar sus consecuencias sobre la utilización de los servicios por parte de la población lo que, como ya se mostró en los resultados de las entrevistas a la población, resulta en que las personas eviten en lo posible acudir a una institución pública.

A pesar del reconocimiento de las deficiencias señaladas en los servicios, los entrevistados coinciden en calificar la calidad del servicio como buena. Se argumenta que la calidad es buena porque “casi no hay quejas o son infundadas”. En efecto, las quejas de los pacientes son poco frecuentes, lo que pudiera deberse a que el sistema de quejas –entregarlas por escrito en un buzón– es poco conocido y accesible al usuario. Por ello, no parece ser un indicador adecuado de la satisfacción de los pacientes y, sin embargo, se asume como un indicador de la calidad.

Los servicios privados

La mayoría de los entrevistados mencionó que muchas personas tienen la apreciación de que los servicios privados son mejores que los institucionales. Tanto los médicos del sector público como los privados consideran que esto se debe a los menores tiempos de espera y a una relación médico-paciente más adecuada, basada en la posibilidad de dedicarle mayor tiempo a la consulta. Sin embargo, los médicos de las instituciones públicas consideran que el tomar en cuenta estos criterios para evaluar la calidad genera una valoración parcial, ya que la población “no comprende” que se trata de problemas propios de todas las instituciones que atienden a poblaciones numerosas y no toman en cuenta el “esfuerzo” que los médicos realizan para resolver los problemas de salud. Además, en su opinión la mayor y mejor tecnología de estas instituciones favorece una calidad más elevada que la atención en los servicios privados. El énfasis se hace, en primer lugar, en la vocación con la que el médico otorga el servicio; en segundo lugar, en la eficacia curativa y, por último, en las condiciones del servicio con las que tiene que enfrentarse el paciente. En cierta forma, el concepto de calidad del servicio se disocia entre aquello que resulta de las condiciones y normas de las instituciones y lo que corresponde estrictamente al quehacer del médico y su capacidad técnica.

Entre los médicos privados entrevistados que atienden a los sectores socioeconómicos bajos de la población, predominan los médicos generales. Los pro-

* Entrevista núm. 270, proveedor del IMSS, Veracruz, Veracruz.

† Entrevista núm. 33, proveedor de la SSA, Saltillo, Coahuila.

blemas que perciben para atender a su población fueron: a) una carencia de apoyo institucional para canalizar pacientes que requieren una atención más especializada; y, b) pocas posibilidades de actualización de conocimientos debido a que sus ingresos son bajos, ligeramente superiores a los que reciben los médicos generales de las instituciones públicas, por lo que no pueden dejar de percibir el ingreso diario que obtienen de la consulta. Sobre este aspecto, hubo especialistas que hicieron referencia a la insuficiencia de conocimientos de los médicos de las colonias populares, lo que observan al recibir pacientes con complicaciones derivadas de la atención que recibieron de estos agentes de salud.

La situación es distinta para el médico institucional que también ejerce de forma privada. En general son especialistas que han adquirido prestigio en su medio social y que atienden a población de los sectores socioeconómicos medios y altos. Coinciden en la apreciación de que la medicina privada permite el establecimiento de relaciones médico-paciente más adecuadas, de las cuales depende en mucho la demanda de sus servicios, de mayor confianza y continuidad y con un acceso más ágil y efectivo. Estos médicos encuentran en la institución mecanismos de apoyo tanto para su clientela como para ellos, en cuanto a su desarrollo profesional. En términos económicos el ingreso que obtienen del ejercicio de la medicina privada es superior al ingreso institucional; sin embargo, aun así el salario institucional les permite conservar el consultorio en los tiempos en que la clientela disminuye.

A decir de los médicos, la ineficiencia de las instituciones para brindar una atención ágil y adecuada a la población tiene la ventaja de expulsar demanda hacia los servicios privados, lo que permite un balance entre lo público y lo privado “de manera que nos deja a todos trabajar”.

Características de la población usuaria de los servicios y problemática de salud

Los entrevistados perciben claras diferencias entre la población que acude a las diversas instituciones. La población del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) presenta un nivel socioeconómico medio, con mayor nivel educativo y mejores ingresos que la de la SSA. Acuden a los servicios en mejores condiciones de salud debido a su capacidad económica y educativa y a que hacen más uso de servicios preventivos como el control del embarazo y del recién nacido. En algunos casos se mencionó a los servicios del ISSSTE como los de mayor problema en la calidad de la atención expresada en una

mayor inconformidad por parte de los pacientes. Sin embargo, prevalece la concepción de que los usuarios del ISSSTE, por tener más educación, o porque ocupan cargos en las instancias federales, son más exigentes con los agentes de salud:

El paciente del ISSSTE es el más difícil de todos. Como todos son burócratas se sienten con privilegios, están acostumbrados a que aquí mis chicharrones truenan, al México de 1950 o 1960, sí, al cacicazgo, a que yo soy muy influyente [...].*

Los usuarios de los servicios del IMSS son más heterogéneos; acude población tanto de bajo nivel socioeconómico, como de nivel medio e incluso alto. En la SSA, la población que acude es la de mayor pobreza y con menor nivel educativo, que se desplaza de lugares lejanos o mal comunicados y carente de recursos económicos, lo que hace que no se siga el tratamiento o las indicaciones médicas. Los pacientes de la SSA fueron considerados por muchos de los entrevistados como los más necesitados y los más “dótiles”.

Prácticamente todos los entrevistados coincidieron en la apreciación de que los usuarios se acercan a los servicios después de varios días de estar enfermos. Esto refuerza el hallazgo reportado en otra parte,¹ en el sentido de que los individuos utilizan los servicios cuando están enfermos con el fin de evitar caer enfermos. Esto no significa que los médicos entrevistados estén conscientes de esta diferenciación. Más aún, puede suponerse que su desconocimiento es precisamente lo que les dificulta entender por qué los enfermos esperan tanto tiempo para usar los servicios.

Los médicos entrevistados también coinciden al señalar que antes de la utilización de los servicios, los individuos recurren a remedios caseros y a la automedicación (sobre todo analgésicos y antibióticos), a partir de la orientación que reciben de las mujeres de su red social, ya sea la madre, la hermana, o la esposa, entre otras.

La falta de cultura preventiva por parte de la población es un problema frecuentemente señalado. Dentro de este tema, sin embargo, hay matices: en las instituciones donde existen programas de prevención de la enfermedad se confirma el hallazgo, documentado previamente, en el sentido de que tales programas asumen un papel activo. Los programas preventivos mencionados se refieren principalmente a los de vacunación, la distribución de los sobres de rehidratación

* Entrevista núm. 96, proveedor de la SSA, Morelia, Michoacán.

oral o al manejo de los brotes de enfermedades epidémicas. En este sentido los entrevistados coinciden en señalar a estos programas como un éxito pero, por otra parte, consideran que no existe una cultura de la prevención entre los usuarios y que es necesaria mucha más educación para solventar este problema.

Convergencias y divergencias entre personal médico y utilizadores de servicios de salud

Los resultados presentados aquí permiten analizar las convergencias y divergencias entre utilizadores y proveedores de servicios de salud. Una de las convergencias más importantes es que tanto la búsqueda como el otorgamiento de la atención médica se realiza con fines curativos. La medicina preventiva únicamente se basa en el cumplimiento de esquemas de vacunación, control de los brotes epidémicos, la detección de enfermedades crónicas y la promoción de la atención prenatal y del recién nacido. La educación en salud se reconoce como necesaria para la prevención y la mayor colaboración del paciente en el cuidado y tratamiento médico; sin embargo, no se otorgan las condiciones para que durante la consulta se promuevan estas acciones. El médico considera que el único objetivo de su labor es el de curar enfermos.

Hay evidencias de un permanente desencuentro entre el discurso médico y el discurso cotidiano de los pacientes. Para el primero, la prevención favorece la no enfermedad; para la población, la prevención se inicia cuando se está enfermo y “funciona” para prevenir caer enfermo.

Hay informantes que definen la “gravedad” como un estado inmediatamente previo a la muerte, lo cual no coincide con la definición propuesta por la medicina moderna. Esta divergencia podría explicar por qué algunos casos definibles clínicamente como graves, al no ser autopercebidos así por los pacientes, no acuden al servicio o lo hacen tardíamente. Este desencuentro, por lo demás, no es sorprendente: en un mundo de limitación económica y carencias, como el de la mayoría de los informantes de AGEB bajas, lo grave, lo que amerita una acción especial, es sólo aquello que va más allá de su propia cotidianeidad, ya de por sí precaria. En ausencia de un acuerdo a nivel del discurso, la utilización no se da.

A partir de la lectura de las entrevistas al personal de salud y a los utilizadores de servicios se aprecian discrepancias en cuanto a la priorización que cada uno hace respecto a lo que espera del servicio. La población valora la facilidad y rapidez para recibir la atención, así como la confianza que le da el médico

respecto al diagnóstico y tratamiento. Para los médicos institucionales la prioridad es la efectividad médica y poco parece importar la satisfacción del usuario. Este desencuentro conduce al desaliento de la población para utilizar los servicios, al retraso de la búsqueda de los mismos y a la complicación de la enfermedad.

La población aprecia que el médico tenga un buen conocimiento de los problemas y necesidades de salud del individuo, de manera que sea capaz de curar. Sin embargo, la interacción que se establece entre médicos y pacientes, sobre todo en las instituciones públicas de salud, en muchos sentidos se caracteriza por el enfrentamiento o, por lo menos, por un desencuentro entre ambos, dado por la falta de comunicación e intercambio de la información o inclusive por un trato autoritario de los médicos, y otros agentes de salud, hacia los pacientes. Esta percepción de enfrentamiento es más evidente en los usuarios de los servicios de seguridad social, ya que las personas consideran que han estado pagando por esa seguridad, por lo que tienen derecho al servicio y a una atención de mayor calidad. En este sentido, otra discrepancia entre la población y los prestadores de servicios se refiere a la visión que cada uno tiene de la seguridad social. Para la población derechohabiente, la seguridad social es un derecho que obtiene por su relación laboral y porque paga el servicio. Para los médicos es una prestación o, más aún, una concesión del Estado y del sector empresarial; son servicios médicos de alto nivel técnico que la capacidad económica de los usuarios no les permitiría pagar. Por ello, las deficiencias no demeritan la capacidad técnica del servicio, mismo que permite “ayudar a gente que de otra manera no tendría acceso a este tipo de atención”.

Los ejemplos de insatisfacción ante la calidad de los servicios también constituyen un factor que determina la utilización de los servicios. Abundan los testimonios de informantes que señalan que “para qué van a ir al centro de salud si ahí los tratan muy mal, o no les explican qué tienen”. Por otra parte, debido al carácter frecuentemente caótico de los servicios de salud, los usuarios conciben la experiencia de utilizarlos como una cuestión de suerte. De esta última dependerá que no “les toque” esperar mucho, que no haya mucha gente y, por lo tanto, que alcancen a recibir una ficha para la consulta, que el personal encargado encuentre su expediente, que el médico que los reciba tenga buen carácter y que les regalen el medicamento al salir.* Desde un punto de vista médico, en cambio, la utilización de los servicios de salud, preventivos y

* Entrevista núm 167, Pachuca, Hidalgo.

curativos es, ante todo, una cuestión racional: los medios (los servicios) corresponden a los fines (preservación de la salud). El desfase entre ambas visiones explica una buena parte de la falta de utilización de servicios.

Conclusiones

Con el objeto de mejorar la calidad de la atención es necesario establecer mecanismos de comunicación y evaluación entre los diferentes prestadores de servicios que permitan analizar y buscar soluciones, de manera conjunta, a la problemática de los servicios. En este sentido muchos de los entrevistados mostraron gran entusiasmo con el estudio por percibir que era la primera vez que se les preguntaba su opinión sobre los problemas del servicio.

Existe una urgente necesidad de garantizar que los insumos necesarios para la operación de los servicios lleguen con oportunidad y suficiencia a los mismos. Mientras no disminuya la precariedad real de los servicios, no cabe esperar mejoras en otros rubros.

Es igualmente necesario concientizar a los médicos acerca de la forma en que lo perciben los usuarios y de las razones de ello. Los médicos no sólo ignoran este aspecto sino que, además, mantienen una visión idealizada de sí mismos. Este distanciamiento entre ambos actores sólo puede repercutir en perjuicio de los utilizadores y de la calidad del servicio que reciben. Cabe suponer que en la reducción de esta brecha de percepción radica una de las claves para lograr un trato humano más igualitario; y que en la existencia de un trato humano más igualitario radica una de las claves para incrementar la calidad de los encuentros médico-paciente en estas instituciones. En este sentido, las estrategias que se instrumenten para mejorar la calidad de la atención deberán orientarse a satisfacer la perspectiva de los usuarios.

Finalmente, es necesario continuar con la investigación sobre el problema de la utilización de los servicios. Es particularmente urgente llevar a cabo estudios para caracterizar las condiciones de trabajo

que tienen los prestadores de servicios en cada una de las principales instituciones de salud, con miras a desarrollar análisis comparativos que permitan a las diversas instituciones beneficiarse a partir del conocimiento de sus propias fortalezas y debilidades en relación con las demás. La investigación en esta línea también permitirá comparar las percepciones que tienen los prestadores de servicios sobre sus condiciones de trabajo, con mediciones estandarizadas sobre las características de las mismas. Es claro que los programas de reforma de los servicios de salud no podrán alcanzar los resultados esperados en términos de incremento de la calidad y de la eficiencia si no se atiende a las condiciones objetivas de trabajo de los prestadores de servicios y a lo que ellos piensan de su propio ejercicio profesional; en ese sentido, este trabajo constituye un primer aporte.

Referencias

1. Bronfman M, Castro R, Miranda C, Oviedo J, Zúñiga E. 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.
2. Parsons T. *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
3. Mechanich D. The concept of illness behavior. *J Chron Dis* 1961;15: 189-194.
4. Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Q* 1966; XLIV(3):94-127.
5. Suchman EA. Sociomedical variations among ethnic groups. *Am J Soc* 1964;70(3):319-331.
6. Anderson RA. A behavioral model of families use of health services. *Centre for Health Administration Studies 25, 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.
7. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care* 1985;23(5):438-460.
8. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med* 1994;39(5):655-670.
9. Dutton D. Financial, Organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med* 1966;23(7):721-735.
10. Seidel J, Friese S, Leonard DC. *The Ethnograph v4.0: A user's guide*. Amherst: Qualis Research Associates, 1994.