

Artículo de investigación

La atención a la enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. La perspectiva de los profesionales y los legos

Alfonso Ruiz Gómez
Francisco Mercado Martínez
Martha Beatriz Pérez Aceves

RESUMEN

Poco se conoce sobre las perspectivas de los actores sobre la atención médica que se brinda a los enfermos en nuestro país. El presente estudio valora la atención y el manejo de la enfermedad crónica desde la óptica de los profesionales y los enfermos. En particular se comparan sus percepciones e interpretaciones sobre la atención otorgada en el primer nivel de atención. Se llevó a cabo un estudio cualitativo en una población en el centro occidente de México. Se seleccionó el centro de salud perteneciente a la SSA. La técnica empleada para la obtención de los datos fue la entrevista grupal, particularmente la de grupos focales. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a cuatro grupos de enfermos crónicos y a dos de trabajadores de la salud. Se hizo un análisis de contenido. Los profesionales participantes aluden sobretodo a la dimensión orgánica de la enfermedad; mientras que los sujetos enfermos a una combinatoria de factores orgánicos, emocionales y socio-económicos. La atención médica que se brinda a los enfermos crónicos es considerada de regular a buena por las enfermeras y los médicos. Para ambos profesionistas, la calidad es mejor que la otorgada en los servicios médicos de la seguridad social. Los enfermos crónicos por su parte tienen un punto de vista parecido al de los médicos y al personal de enfermería sobre la atención médica que reciben. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

Palabras clave: enfermedad crónica, investigación cualitativa, atención médica, grupos focales.

ABSTRACT

Few studies in México have explored the perspective of social actors on health care. The aim of this paper is to evaluate health care from the point of view of health professionals and chronically ill people. A qualitative study was undertaken in a small city in western México. A health care center was selected. Data were collected through group interviews, particularly focus groups. Semi structured interviews were applied to four groups of sick people and two to health professionals. Health professionals refer mainly to the biological dimension of chronic diseases; instead, chronically ill people to a combination of biological emotional and socioeconomic factors. Health care is defined by physicians and nurses as being regular to good, and its quality better than that of other medical institution. Chronic patients have similar ideas to health professionals regarding health care they receive.

Key words: chronic illness, qualitative research, health care, focus groups.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas afectan a millones de personas en el mundo, lo que constituye un problema de salud y una pesada carga para la sociedad. Aunado a ello, cada vez es mayor el número de pobres que las padecen (1). En México, el mejoramiento de las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud han provocado el descenso de las enfermedades infecciosas; ello se ha acompañado de un ascenso de las crónicas degenerativas. En el año 1999, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, las enfermedades del hígado y las enfermedades cerebrovasculares, representaron cerca del 88% de las muertes ocurridas en México. Y aunque comúnmente se observa que estos problemas se presentan en las áreas urbanas, entre la población adulta y los ancianos, también es frecuente encontrarlos en las áreas rurales, entre los jóvenes y los pobres (2).

Los servicios de salud han implementado desde hace décadas numerosos programas dirigidos a la atención y manejo de tales enfermedades crónicas. Casi todos ellos, sin embargo, han tenido poco éxito para mejorar los desenlaces esperados, tal como los niveles de cumplimiento, el control de los síntomas, la satisfacción con los servicios, la prevención de las complicaciones o el incremento en la esperanza de vida (3). Tales programas se han elaborado desde la perspectiva de los profesionales de salud, minimizando la perspectiva de otros actores involucrados. Así, poco se conoce la perspectiva de la población, la de los enfermos o la de los usuarios sobre la atención médica y los padecimientos. Menos todavía sobre sus significados e interpretaciones subyacentes.

El propósito de este estudio fue valorar la atención y el manejo de la enfermedad crónica desde la óptica de los profesionales de la salud y los enfermos. El estudio forma parte de un trabajo más amplio que se lleva a cabo en distintas ciudades del centro occidente de México (4).

ANTECEDENTES

Numerosos estudios se han llevado a cabo sobre las enfermedades crónicas y su atención desde la perspectiva epidemiológica. Un número importante de estos estudios tratan de la prevalencia de enfermedades como la hipertensión o la diabetes, (Crespo *et al.*, 2002 y Pérez *et al.*, 2002) (5,6), la calidad de vida de los enfermos Quirantes *et al.*, (2000), Barrón (1998), López (2003) y Salinas (2001) (7,8,9,10); la importancia del apoyo familiar Marín (2001), Rodríguez (1997) y Robles y Mercado (1993) (11,12,13) y el costo beneficio o costo efectividad Villarreal (2002), Mata *et al.*, (2002) y Bonet, *et al.*, (2002) (14,15,16).

Los estudios anteriores se caracterizan en conjunto porque no se interesan por la perspectiva de la población, los enfermos o los usuarios sobre la atención médica y sus padecimientos. El punto de vista de los diversos actores sociales sobre la atención médica es una tradición añeja en los estudios de las ciencias sociales y la salud (17, 18,19). Tal interés ha permeado la medicina y se ha incorporado en forma creciente a programas como los de atención primaria, promoción de la salud y la atención médica. Esta producción que indaga la perspectiva de los actores sociales sobre la salud se ha generado y difundido sobretodo en los países desarrollados. Algunos autores consideran este movimiento como un nuevo paradigma de la medicina que extiende su

enfoque a la población, se centra en la vida de los sujetos enfermos, (20) se ocupa de los grandes problemas sanitarios y los modelos y prácticas de atención desde orientaciones teóricas diversas, sobre todo la fenomenología, la teoría fundamentada y la teoría social crítica (21,22).

Las enfermedades crónicas han sido objeto de estudios centrados en la mirada de los actores sociales involucrados (23). Helman (24), por ejemplo sostiene que las teorías de los legos sobre la enfermedad muestran una lógica interna y consistente que ayuda a quién padece a darle sentido a lo que pasa y a encontrar las razones de ello, Blair (25), a su vez, reporta diferencias en la concepción sobre el cáncer y su manejo por clase social. Según sus hallazgos, los enfermos de clase media mencionan la importancia de combatir el cáncer con terapia psicológica y apoyo de su familia y amigos, mientras que los de la clase trabajadora destacan el tratamiento con cirugía y medicamentos, Hernández (26) sostiene que aunque los enfermos con diabetes no sigan las indicaciones de los médicos, con frecuencia se convierten en expertos en el manejo de la enfermedad.

Otros autores han destacado las diferencias existentes entre los enfermos y los profesionales de salud. Al comparar los modelos explicativos de los enfermos y los médicos, Cohen *et al.*, (27) reportan que cada uno hace énfasis en diferentes dominios; los enfermos enfatizan las dificultades en el dominio social y en el impacto de la enfermedad en sus vidas; los profesionales destacan los problemas fisiopatológicos y su impacto en el cuerpo de los pacientes. Palouzie (28) sostiene que existe un conflicto entre la población y los médicos ya que los primeros demandan atención hospitalaria a los pacientes con cáncer, mientras que los médicos están a favor de la eutanasia.

No obstante lo expuesto hasta aquí, son escasos los estudios que comparan la perspectiva de los médicos con la de los enfermos. Aunado a ello, muy pocos se han enfocado en la atención y el manejo de las enfermedades crónicas desde tales ópticas. El asunto es de primordial importancia en tanto tales enfermedades constituyen los principales problemas de salud. (29) Por lo cual es fundamental conocer los conceptos de los actores involucrados.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio cualitativo. Al ser un diseño idóneo para explorar la perspectiva de los actores sociales en torno al problema en cuestión. El estudio se realizó en una población de menos de 100,000 habitantes en el centro occidente de México. El estudio se realizó en el centro de salud de la SSA. La unidad contaba con dos médicos y dos enfermeras que atendían a los enfermos crónicos que asistían regularmente a la consulta externa, y un médico de guardia en el turno vespertino para el servicio de urgencias.

Se contacto al director de la institución, a quién se le presentó el protocolo y la solicitud para aplicar una entrevista a los enfermos y los profesionales de la salud. El proyecto fue aceptado pero condicionado a enviar el protocolo a la unidad de Investigación de la Secretaría de Salud del Estado.

La técnica que se empleó para la obtención de los datos fue la entrevista grupal. Se trabajó con la metodología de grupos focales (30). Se aplicaron entrevistas semiestructuradas. A seis grupos focales, cuatro de enfermos crónicos y dos

de trabajadores de la salud. La invitación a participar a los enfermos fue realizada por una doctora en una reunión en el club de enfermos crónicos; a los médicos y enfermeras se les invitó personalmente. El número total de participantes fue de 17. No se contó con ningún enfermo del sexo masculino en el estudio. Todas las enfermas presentaban uno o más padecimientos crónicos. Del total de 13 enfermas, cinco tenían diabetes, seis hipertensión y dos diabetes e hipertensión. Su edad fluctuó entre los 45 y los 88 años, y su edad promedio fue de 57 años, habían vivido con algún padecimiento de cuatro a 20 años. El número de integrantes de los grupos focales oscilo entre dos y cinco; la estrategia utilizada para los enfermos crónicos fue la de formar los grupos conforme llegaban a recoger sus medicamentos en la cita que se les programaba mensualmente en el club de enfermos crónicos. En el caso de los médicos y las enfermeras se les convocó a la entrevista en un horario que no interfiriera con sus labores diarias de consulta externa y atención a los enfermos.

Los médicos entrevistados fueron dos integrantes del Centro de Salud, uno del sexo masculino y el otro del sexo femenino, un médico con 20 años de laborar en la SSA y una doctora con un año. Las dos enfermeras entrevistadas tenían de diez y quince años de antigüedad en la institución.

Las entrevistas se llevaron a cabo en una sala de usos múltiples del centro de salud y/o en los consultorios de dicho centro. El primer autor se hizo cargo de las entrevistas contando con una guía temática, auxiliándose de una investigadora coordinadora. Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente 1 hora y 15 minutos. Dichas entrevistas se dividieron en cinco fases: la introducción, en la cual se expuso en términos generales el propósito de la reunión, la experiencia del padecimiento, la atención al padecimiento, la educación para la salud y la síntesis/clausura. Este trabajo incluye fundamentalmente la información de la segunda y tercera fase. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas en un programa para el análisis cualitativo de los datos. La transcripción literal de las grabaciones estuvo a cargo de una persona contratada ex-profeso. Se utilizó el software *Dragon Dictate* con el fin de transcribir las grabaciones. La información obtenida fue analizada mediante la técnica de análisis de contenido textual (31). Cada transcripción fue leída en su totalidad y releída para identificar segmentos temáticos. Se elaboraron códigos, se definieron y se les asignó una etiqueta. Una vez definidos las unidades de análisis, se realizó una segunda lectura, con el fin de seleccionar los fragmentos de entrevista correspondientes a cada código. También se seleccionaron citas textuales en cada entrevista y después se compararon y seleccionaron para asegurar su consistencia con los temas identificados.

RESULTADOS

La atención médica que se brinda a los sujetos enfermos en la población donde se llevó el estudio está a cargo de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, hay una unidad en cada institución. La Secretaría de Salud ofrece atención médica gratuita o de muy bajo costo a la población enferma en el centro de salud. Sobre todo a la población con menores recursos económicos, los menos favorecidos socialmente y los pobres. La población que allí acude por lo común no tiene acceso a la seguridad social ni

a la medicina privada. La atención de los enfermos crónicos en esa institución forma parte de la estrategia planteada por el gobierno mexicano para enfrentar los problemas derivados de las enfermedades no transmisibles (32). En este frente se propone, entre otras cosas, promover estilos de vida saludables, el diagnóstico temprano del sobrepeso, la diabetes y la hipertensión, desalentar el consumo de tabaco y alcohol y desarrollar intervenciones costo-efectivas y protocolos para atender los daños de estas enfermedades. En el centro de salud se aplican cuestionarios sobre factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Otros sobre estilos de vida no saludables como la dieta inadecuada, el abuso de alcohol, tabaquismo, falta de ejercicio físico, estrés y contaminación como factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la cirrosis y la osteoporosis. En el programa de salud del adulto y el anciano también se detectaron pacientes con riesgo de padecer enfermedades crónicas. También existen grupos de ayuda mutua entre quienes padecen enfermedades crónicas.

1) La experiencia del padecimiento

a) La perspectiva de los sujetos enfermos.

Las personas enfermas refieren la presencia de diversos trastornos al comienzo de su enfermedad, siendo los más frecuentes el cansancio, sensación de rareza, desesperación,



Carlos Larracilla/Útero

boca seca, orinar con frecuencia, ahogamiento y borracheras. En segundo término se refieren a otras molestias como sed intensa, sangrado de la nariz, dolor de cabeza, dolor de piernas y desvanecimientos. En menor medida aluden a trastornos tales como sensación intensa de calor, zumbido en los oídos y perdida de peso. Una de las participantes del estudio relata la aparición de estos trastornos al inicio de su enfermedad crónica en los siguientes términos:

...andaba haciendo el quehacer y de un de repente me sentí como mareada y empecé a ver oscuro; entonces yo no sé cómo estuvo la cosa que me caí, de cuerpo entero pa' adelante...

La aparición de estas enfermedades crónicas generalmente se presenta en la edad adulta; por lo general se les considera producto de factores económicos, sociales, antecedentes familiares y problemas emocionales. Varias personas ubican sus antecedentes en las primeras etapas de su vida asociando sus malestares a sus condiciones sociales y económicas; sobretodo a la pobreza y al trabajo duro, que para ellos fueron los desencadenantes de su enfermedad. Una mujer con diabetes refiere: "...mi vida pos ha sido muy.... difícil desde niña, muy pobre. Porque yo tuve diez hijos... toda la vida he trabajado y eso seguramente me trajo este mal..."

Aunque las personas enfermas no dan una respuesta unívoca sobre las causas de su enfermedad, a lo largo de las entrevistas suelen aparecer los antecedentes familiares, tal como nos lo relata una mujer que participó en el estudio:

Tenía mis abuelos de diabetis, tengo mi mamá, una hermana y un tío, casi toda la familia están con diabetis y yo me sentía como... borracha con dolor de cabeza, me sentía pues rara, rara hasta que me hice los análisis, me lo hice tres veces seguidas y, las tres veces me salía alta la azúcar y fue cuando vine al centro de salud.

Otro elemento fundamental para explicar sus padecimientos son los problemas emocionales tales como los sustos, los corajes, las preocupaciones y las impresiones que consideran también desencadenantes de su enfermedad. Un participante lo refiere en los términos siguientes:

he notado que a veces cuando traigo algún coraje, que no me desquito o cuando tengo algún susto es cuando me ataca. Dos veces el niño se me había perdido y lo andaba busqué y busqué, y no lo encontraba y hasta después ya que le (dije a) mi muchacho: '(ándale hijo falta) ir al centro anda a ver si está ahí' y ya fue cuando me dijo: 'mamá aquí está el niño' y ya fue cuando me controlé pero ya en la madrugada fue ¡cuando empecé a sentirme con una desesperación y así! Y sentí ahogarme. Yo digo que eso fue lo que me ocasionó la enfermedad...

Por otra parte, estos sujetos enfermos relatan manifestaciones de la enfermedad, es decir, cambios fisiopatológicos y sintomáticos que presentan en determinadas fases o etapas, principalmente dolor de piernas y de los brazos, mareos, dolores de cabeza, cansancio, sueño, falta de apetito y ahogamiento. Una participante señalaba al respecto:

"yo nada más a veces siento sueño, me siento un poco así como cansada y el dolor de piernas nada más".

Existen diversos problemas que se presentan a lo largo del tiempo estos problemas se circunscriben al aspecto físico, psicológico y familiar. Entre los problemas físicos se encuentran el cansancio, dolores de piernas, dolores de espalda, sueño, trastornos del estómago, dolores de cabeza, ahogamiento y dolores de huesos. Los problemas emocionales a los que aluden son variados destacando la histeria, el nerviosismo, el coraje, las mortificaciones y la desesperación. En los mismos términos se hace referencia a los problemas familiares como la relación inadecuada con el esposo, los hijos y los familiares políticos.

Al ampliar la información anterior y cuando reflexionan sobre cuan diferente es la vida cuando se padece una enfermedad crónica, refieren los efectos en el área física, la psicológica, la social, y la nutricional ya que la mayor parte de las entrevistadas son personas mayores. Entre los efectos físicos aluden al cansancio, dolores diversos (cabeza, espalda, piernas) bajar de peso y mareos. Entre los efectos emocionales destacan el nerviosismo, el sufrimiento, la tristeza, la soledad y la autoestima baja. Tal como una participante comentaba al respecto: "en principio yo me sentía triste me sentía como menos que toda las personas, tenía una tristeza enorme..."

Entre los efectos sociales destacan la pérdida del trabajo, la carencia de recursos económicos, la pérdida de pareja, la dependencia y las discapacidades y entre los efectos en la alimentación: el control dietético riguroso, el no respeto a las dietas y la no ingesta de bebidas alcohólicas o de refrescos.

b) La perspectiva de los profesionales

Los médicos perciben el comienzo de las enfermedades crónicas aludiendo sobretodo a su curso físico, orgánico o fisiopatológico. También dan cuenta del curso o evolución de la misma enfermedad a partir de un conjunto de síntomas y manifestaciones en las distintas fases. Mencionan que el paciente suele referir los síntomas médicos básicos de la hipertensión o de la diabetes. Tales síntomas aunados a los antecedentes familiares, son la piedra angular del diagnóstico, por lo cual dirigen su búsqueda ayudándose de los exámenes laboratoriales. Un médico señalaba al respecto: "Hay síntomas básicos, los hay tres cardinales para la diabetes que son poliuria, polidipsia y polifagia y para la hipertensión cefalea, los mareos y los antecedentes familiares..."

Haciendo referencia a los diabéticos e hipertensos, los médicos refieren que estos pasan por un período asintomático debido a que el organismo tiene una gran capacidad de adaptación y tolerancia hacia la enfermedad por lo que los pacientes piensan que están bien y no se sienten obligados a realizar los cambios que les solicitan como acudir a consulta periódicamente, tomar sus medicamentos o cambiar los hábitos alimenticios, por lo que no son muy conscientes de su problema. Estos profesionales en ningún momento aluden a los problemas sociales, económicos o emocionales ocasionados por tales enfermedades a los enfermos y a sus familias. Las enfermeras por su parte, mencionan que los enfermos no llevan las dietas porque a pesar de darles pláticas es muy difícil crearles conciencia de la importancia que tienen para su control. Aun así, la ceguera, las úlceras y la artritis son problemas frecuentes en los enfermos crónicos desde su punto de vista. Así lo refiere una enfermera participante:

Hay pacientes que vienen que conocí cuando entré aquí, veían bien y ya ahora los traen del brazo porque ya no ven, hay pacientitos o pacientes también que les salen muchas úlceras, otro problema la artritis como que también les afecta el tener diabetes. He visto muchas malformaciones en sus dedos.

La visión tan particular de los médicos sobre asuntos ajenos a lo orgánico se encuentra al reflexionar sobre cuan diferente es la vida de los enfermos cuando tienen una enfermedad crónica. Uno de ellos da cuenta de ello:

Los enfermos pasan por tres procesos: el primero la negación completa de que son enfermos. El segundo la transferencia es decir transfieren su enfermedad hacia otras enfermedades de fatal pronóstico como el cáncer, y por último el de formación reactiva, un mecanismo de defensa que ellos hacen para sentirse inmunes a la enfermedad; y cuando se derrotan las tres situaciones entonces dicen ahora si vengo ¡cúrenme! Pero no los podemos curar porque ya avanzaron en la gran mayoría de las complicaciones que pudieron haber evitado.

Las enfermeras a su vez mencionan que los enfermos suelen deprimirse porque al revisarlos de la azúcar o la presión la traen alta y se preguntan sobre las razones aun cuando están tomando medicamentos y llevando la dieta. Otro factor que también los deprime según estos profesionales es la edad ya que casi todas las enfermas son adultos mayores, aunado al abandono de sus familiares, como lo señala una de ellas: "A veces, si están retirados de la familia entonces esto no los motiva; porque ellos están deprimidos, sobre todo por estos aspectos más que nada".

2) La atención a la enfermedad

a) La perspectiva de los sujetos enfermos.

Las personas enfermas aluden a la atención recibida en el centro de salud en términos bastante satisfactorios.

La atención es considerada buena o muy buena, de buen trato, con prontitud y al compararla con la otorgada en el seguro social siempre se considera de mejor calidad. Quienes están aseguradas al seguro social prefieren acudir al centro de salud porque no les cambian la fecha de sus citas y porque les dan mejor medicina que en el IMSS. Hay quienes están asignados a otros centros de salud pero prefieren asistir a esta población, al argumentar la eficiencia de la doctora, el ponerles videos de diabetes y osteoporosis e inclusive traen a sus hijos y familiares a consulta y ser atendidos.

La atención es considerada de buena calidad según la mayor parte de las personas entrevistadas. Entre otras razones porque les toman la presión, los tratan en caso necesario y si no baja la presión los canalizan al hospital. Asimismo, si el medicamento no les produce mejoría les buscan otra medicina para aliviar sus trastornos. También refieren que cuando hay medicina en el centro de salud se las dan, y solo cuando no las hay la tienen que comprar.

Por otro lado, las personas entrevistadas señalan ser bien atendidos por parte de las enfermeras y los doctores, por la amabilidad de los médicos, ser atendidos rápidamente, por revisión de la presión y la azúcar y darles los medicamentos cuando los ocupan. Incluso cuando hay mucha gente esperando consulta, hacen antesala hasta que les toca su turno como es descrito en los siguientes párrafos.

Todo nos gusta. Porque así como orita estamos nosotros aquí y hay mucha gente esperando... hasta que le toca a uno la consulta ... pero cuando se siente uno malo que ven a uno que anda muy malo de la presión pos luego, luego. Pa pronto nos atienden... y eso es lo que me gusta mucho...

Por otro lado las entrevistadas refieren que no encuentran aspectos negativos en la atención médica, salvo los cambios de médicos a otro centro de salud o la culminación del servicio social de los pasantes asignados a la unidad médica. Pero también hacen referencia a la falta de medicamentos y de insulina.

Y al comentar sobre los cambios que harían para modificar la atención médica señalan la necesidad de tener más medicamentos y que hubiera servicio de noche.

b) La perspectiva de los profesionales.

En lo relativo a la atención médica que se otorga a los enfermos crónicos en el centro de salud, los profesionales entrevistados la consideran de buena calidad, aunque a veces no tienen recursos necesarios como medicamentos y hay otros aspectos que están fuera de control como el hecho de que los enfermos no tengan recursos o no cambien sus hábitos de dieta, su ejercicio y que conciban la falsa esperanza que los medicamentos les van a resolver sus problemas. Uno de ellos alude al asunto en los términos siguientes:

No es suficiente la atención porque a veces no tenemos los recursos o los medios para hacer que el paciente se sienta que está enterado de su atención ¿qué puede hacer a veces el paciente que viene generalmente a los servicios de salud del centro de salud por falta de medicamentos cuando son gente de pocos recursos? La atención del médico hacia el paciente si es buena.



Carlos Larracilla/Vuelo nocturno

Las enfermeras por su parte, también mencionan la falta de recursos como son las tiras reactivas y los medicamentos. Otro aspecto al que hacen mención es al poco tiempo de dedicación al paciente ya que muchas veces el paciente acude para ser escuchado y para desahogarse de sus problemas pero el tiempo no les alcanza porque tienen otras cosas por hacer como son los trámites administrativos.

Los médicos también argumentan que no hay una conciencia plena de los pacientes en cuanto a la enfermedad y su atención, motivo por el cual no están controlados. Uno de ellos ilustra el asunto en los siguientes términos:

La atención es gratuita para los enfermos crónicos degenerativos... entonces el paciente lo toma ya como obligatorio que se le atienda, porque él quiere quitarse la responsabilidad. Toda la responsabilidad del control de su enfermedad es más de ellos que de nosotros.

Según ellos, los pacientes cuentan con su apoyo hasta para conseguirles los medicamentos por lo que reiteran que la atención es buena. Las enfermeras refuerzan el criterio de que la atención es buena ya que adicionalmente organizan convivios y les dan cursos.

Estos médicos relatan la satisfacción que les provoca el hecho de que algunos pacientes sigan sus indicaciones, al darles una atención personalizada y constatar que están controlados de sus problemas de salud. Esto no evita que les llamen la atención por no llevar la dieta o el ejercicio. Las enfermeras mencionan, por su parte, que a diferencia del seguro social ven a los enfermos como personas, hasta los conocen por su nombre, mientras que en el seguro se les ve como un número. Aunado a ello, están al pendiente de darles pláticas y los medicamentos. Una de ellas lo expone con bastante claridad:

No se les trata como en el seguro social, sino que aquí se les ve como personas; no se les ve como un número y decir: "ya llegó el paciente 5" aquí hasta los conocemos por nombre. Se les da un trato bien, yo creo que bien hecho.

Al cuestionamiento de cuáles son los principales problemas o dificultades que notan en la atención médica que se otorga a los enfermos crónicos, los médicos mencionan que los pacientes adultos mayores presentan enfermedades asociadas. Aparte de ser diabéticos y/o hipertensos presentan reumatismo, insuficiencia vascular periférica o insuficiencia vascular cerebral. Algunas de ellas se presentan por el mal control de su enfermedad mientras que otras son concomitantes.

Son pacientes mayores de edad con enfermedades comórbidas, o sea, aparte de su problema diabético hipertenso son reumáticos, son de insuficiencia vascular periférica o insuficiencia vascular cerebral.

Entre los obstáculos destacan la carencia de medicamentos por lo cual cuando algunos tienen una complicación se les canaliza o transfiere lo más rápido posible. Aunado a los medicamentos, las enfermeras señalan la falta de reactivos y otros insumos para llevar a cabo una atención médica adecuada. Además de la saturación del trabajo cuando llegan muchos pacientes y la escasez de recursos humanos.

Ante la posibilidad hipotética de cambiar algún aspecto que influya negativamente en la atención médica, los médicos cambiarían la resistencia de los pacientes a aceptar su enfermedad, así como aquellos hábitos perjudiciales para su salud y les harían más responsables para que tomaran los medicamentos. Las enfermeras por su parte contarían con un promotor de salud que orientara a los pacientes y auxiliaría al médico con el expediente y el seguimiento. También motivarían más a los pacientes para realizar ejercicio y comieran con calidad porque eso les ayuda más que el medicamento. Aunado a ello se cambiaría el sistema desde arriba porque las fallas se dan en cascada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue valorar la enfermedad crónica y su atención desde la óptica de dos actores involucrados: los profesionales de la salud y los sujetos enfermos. En particular se compararon sus perspectivas sobre la atención otorgada en el primer nivel de los servicios públicos de salud.

Entre los hallazgos más importantes de este estudio destaca que la atención médica que brindan es considerada de regular a buena por estos profesionistas. Para ambos profesionistas la calidad es mejor que la otorgada en los servicios médicos de la seguridad social. Las personas enfermas por su parte coinciden con el punto de vista de los médicos y el personal de enfermería sobre este asunto. Casi todos le dan una calificación buena a la atención recibida.

Médicos y enfermeras coinciden en que la atención que brindan va más allá de lo requerido por la institución: buscan y otorgan medicamentos a los enfermos, van a sus casas, les brindan confianza y son humanitarios, entre otras muchas otras actividades que realizan. Tal dedicación y compromiso con los enfermos no les impide detectar varios problemas que inciden en el otorgamiento de una atención de calidad como es la falta de recursos, sobre todo de medicamentos, de reactivos y otros insumos. La alusión frecuente a los medicamentos apunta a una problemática para el tratamiento de las enfermedades crónicas más comunes, como son la hipertensión arterial, la diabetes y la artritis, en tanto con frecuencia no se dispone de los medicamentos gratuitos o a bajo costo en el centro de salud. Por su parte para las personas enfermas la atención recibida en los centros de salud es evaluada en términos favorables por dos motivos adicionales, se trata de una atención gratuita o poco costosa y cercana a los hogares donde viven. Tal gratuidad se entiende comúnmente como el acceso a un servicio al cual no se tiene derecho; razón por la cual suelen estar bastante agradecidos. Lo anterior no les impide reconocer carencias o deficiencias que encuentran en dichos centros de salud. Aquí destaca la falta de medicamentos y otros recursos materiales, la falta de espacios adecuados para la consulta y el número elevado de personas que acuden a solicitar atención, con la consecuente larga espera para ser atendidos.

Los médicos también culpan a los enfermos crónicos el no cumplir las indicaciones médicas y no adoptar estilos de vida saludables para poder mejorar sus enfermedades. Por su parte, las personas enfermas señalan que les gusta la atención médica, que los atienden bien tanto las enfermeras como los doctores y culpan más bien a que los medicamentos no les funcionan y por lo tanto no mejoran sus padecimientos.

Los hallazgos de este trabajo coinciden y difieren con otros autores en varios sentidos: Según el discurso de los médicos participantes en este estudio, similar a lo que refiere Mercado *et al.*, (4) el componente más positivo y favorable de la atención médica remite a los recursos humanos, sobre todo al personal médico. Pero a diferencia de ese estudio también hay buena impresión de la labor realizada por el personal de enfermería. La visión que tienen los médicos del personal sanitario que labora en los centros de salud, en este caso de las enfermeras, es favorable al considerarlas de gran apoyo en las actividades de la consulta externa. El elemento que destaca de las entrevistas con las personas enfermas remite de una forma u otra a los profesionales de la salud. Sin embargo, se trata de un enfoque centrado más en los médicos que en las enfermeras situación similar al estudio referido de Mercado y colaboradores. Investigaciones realizadas por otros autores nos muestran situaciones parecidas a las encontradas entre nuestros informantes. Por ejemplo, Cohen *et al.* (1994), Hernández (1995) y Hunt *et al.* (1998) (33) notaron que los pacientes y médicos enfatizan diferentes dominios en sus modelos explicativos. Los pacientes enfatizan dificultades en el dominio social y el impacto en sus vidas, mientras que los del equipo de salud están más dirigidos a los problemas fisiopatológicos y al impacto físico de la enfermedad. En este estudio los médicos y las enfermeras aluden más a los daños orgánicos o físicos encontrados en los pacientes como la ceguera, la artritis etc. y las enfermas crónicas consideran de mayor importancia los efectos de su padecimiento en los aspectos emocionales, sociales, económicos, familiares por mencionar los más frecuentemente señalados.

A partir de los datos aquí expuestos, resulta evidente que nos encontramos con dos perspectivas o formas de entender la atención. Fue de gran interés ver cómo los profesionales (médicos o enfermeras) hacen referencia a la perspectiva "científica" de la atención de la enfermedad crónica, es decir, la visión externa y ajena del individuo que padece una enfermedad crónica. En cambio las personas enfermas crónicas proporcionan la perspectiva interna, es decir la visión de quienes viven día a día su vida cotidiana con una enfermedad crónica. El presente estudio permitió acercarse a los discursos de los participantes; a recuperar sus perspectivas y puntos de vista sobre la atención en un centro de primer nivel de atención. Dicho en otras palabras, aquí están expresadas sus percepciones, representaciones, opiniones, creencias y conceptos. La concepción de los médicos y las enfermeras hace referencia a la atención institucional teniendo como eje central la enfermedad crónica, mientras que las personas enfermas aluden más a sus padecimientos.

Las limitaciones de este trabajo son las siguientes: no cuenta con la posibilidad de generalizar los resultados; únicamente se entrevistaron a dos enfermeras y dos médicos que son el personal asignado al centro de salud y a cuatro grupos focales de enfermas crónicas con 13 participantes por lo que se tuvo que aplicar a menos elementos de lo que marcaba la metodología lo que limitó que se pudiera obtener más información en las entrevistas sobre los temas a desarrollar. Asimismo el total de los participantes enfermos pertenecen al sexo femenino por lo que no se contó con el punto de vista de los hombres lo que limita el que se tenga información para un análisis mas profundo de diferencias y particularidades de acuerdo al género.

A pesar de que se esperaba que las personas participantes y los profesionales en salud expresaran en forma abierta libre y espontáneamente sus experiencias, sentimientos y opiniones acerca de los padecimientos y la atención médica, todo parece indicar que ello no ocurrió quizás por falta de experiencia en la aplicación de la técnica de grupos focales o por la técnica misma ya que no suele ser bien visto que las personas hagan críticas de las instituciones sanitarias. Este estudio busca acercarse a lo que piensan las personas y proporciona algunos elementos para mostrar que existen múltiples visiones de una misma realidad, en este caso las personas enfermas, y los profesionales de la salud. Como se observa es trascendental contar con el punto de vista de los enfermos crónicos y de los profesionales de salud para implementar programas de promoción de la salud y atención médica. También es necesario efectuar más estudios sobre la atención médica en otras instituciones para contar con un panorama más amplio sobre el primer nivel de atención a fin de encontrar alternativas para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Además, esta metodología cualitativa permite la participación de los usuarios en la evaluación y mejora de los servicios. Sería de utilidad realizar estudios sobre la situación de los enfermos crónicos, teniendo en mente las condiciones en que se desenvuelven en la sociedad, incorporar la visión de género a la interpretación de los problemas de salud y la participación de la población en el diseño de las estrategias de atención. Esto permitirá desarrollar programas y servicios que ayuden a los enfermos crónicos a tener una mejor calidad de vida. Una propuesta que se visualiza al tratar de entender los programas de atención a los enfermos crónicos remite obligatoriamente a la perspectiva de quienes toman las decisiones en salud en este caso de los directivos y administradores así como al de las o los cuidadoras (es) de los enfermos crónicos.

Otra propuesta por el hecho de que los profesionales de la salud ven los programas como impuestos y con una tendencia vertical que parecen ser el producto de un modelo de atención jerárquico, es el realizar la evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa para poder incorporar los puntos de vista de quienes viven día a día con la atención y el manejo de las enfermedades crónicas desde distintas posiciones.

Para concluir, este documento permite adentrarse más a los procesos de investigación en la enfermedad crónica desde la perspectiva de la investigación cualitativa. Esta vía acrecentó nuestro interés en las personas que sufren día con día de un padecimiento crónico y en el cual los servicios de salud deben efectuar mas estrategias y actividades para lograr dar respuesta social con una mayor equidad, calidad y protección financiera a este sector de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Arellano, O, Blanco-Gil, J. La polarización de la política de salud en México. *Cuadernos de Salud Pública*, 2001;17:(1)15-20.
2. Secretaría de Salud. *Informe de México. "Logros en Promoción de la Salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México, 2000"*. México, 2003, 1-10.
3. Bronfman M, *et al.* "Del cuando al porque". La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública México*, 1997;39(4):442-450.
4. Mercado FJ, Alcántara E, Tejada LM, Lara N, Sánchez A. La atención médica a los enfermos crónicos en México. Quales as diferencias entre



Carlos Larracilla/Tras el campo de trigo con cuervos

a perspectiva dos médicos, das enfermeiras a das pessoas doentes? En: Magalhaes Bosi ML, Mercado FJ, *Pesquisa Qualitativa de Servicos de Saúde*. Petrópolis, Editora Vozes, 2004. pág. 363-400.

5. Crespo-Mojena N, Martínez-Hernández A, Rosales-González E, et al. Diabetes mellitus e hipertensión: Estudio en el nivel primario de salud. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 2002;18(5):331-335.
6. Pérez-Rivero JL, Regueira-Naranjo JL, Hernández-Hernández R. Caracterización de la diabetes mellitus en un área de salud. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 2002;18(4):251-253.
7. Quirantes-Hernández A, López-Granja L, Curbelo-Serrano V, et al. La calidad de la vida del paciente diabético. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 2000;16(1):50-56.
8. Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldan, FL, Sánchez-Casanova LI, et al. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública México*, 1998;40(6):503-509.
9. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, et al. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública México*, 2003;45(4):259-267.
10. Salinas-Martínez AM, Muñoz-Moreno F, Barraza-De León, AR, et al. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública México*, 2001;43(4):324-333.
11. Marín-Reyes F, Rodríguez-Moran, M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública México*, 2001;43(4):336-339.
12. Rodríguez-Moran M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública México*, 1997;39(1):44-47.
13. Robles L, Mercado FJ. "El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulina no dependiente". En: Mercado F. y Robles L. (eds). *Familia, Salud y Sociedad*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.; 1993, 310-343.
14. Villarreal-Ríos E, Mathew-Quiroz A, Garza-Elizondo ME, et al. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública México*, 2002;44(1):7-13.
15. Mata M, Antonanzas F, Tafalla M, et al. El coste de la diabetes tipo 2 en

España: El estudio CODE-2. *Gaceta Sanitaria*, 2002;6(6):511-520.

16. Bonet-Pla A, Navarro-Pérez J, Puertas-Cabot A, et al. Control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos atendidos en dos equipos de Atención Primaria y costes directos asociados. Parte I: Valoración del riesgo cardiovascular. *Medifam*, 2002;12(8):41-48.
17. Menéndez, E. "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad". *Relaciones*, 1997;69:237-270.
18. Herzlich, C. *Santé et Maladie*. París, Mouton & Co.; 1969.
19. Herzlich, C, Pierret J. "De Ayer a Hoy: Construcción Social del Enfermo". *Cuadernos Médico Sociales*, 1988;(43):21-30.
20. Armstrong, D. "The patient's view". *Soc Sci Med*, 1984;18(9):737-744.
21. Morse J, Ed. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, SAGE; 1994.
22. Morse J, Field, P. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. Thousand Oaks, SAGE; 1995.
23. Gerhardt, U. Qualitative Research on Chronic Illness: The Siege and the Story. *Soc Sci Med*, 1990;30(11):49-59.
24. Helman, C. *Cultura health and Illness*. London, Wright; 1990.
25. Blair, A. Social class and the contextualization of illness experience. En: A. Radley, *Worlds of illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*. New York, Boudle; 1993, 27-48.
26. Hernandez C. "Integration: The experience of Living with Insulin Dependent (type I) Diabetes Mellitus. *Can J Nurs Research*, 1996;28(4):37-56.
27. Cohen N, Tripp-Reimer T, et al. "Explanatory models of diabetes Patient Practitioners Variation. *Soc Sci Med*, 1994;38(1):59-66.
28. Paulouzie AM. Aspects of the European dying process, *Soc Sci & Med*, 1985;20:851.
29. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e Informática "Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1995". *Salud Pública México*, 1997;39(1):85-91.
30. García-Calvente MM, Rodríguez M. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 2000;25(3):115-122.
31. Mínayo L. *Desafío do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo, Hucitec-Abrasco; 1993.
32. Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Secretaría de Salud. México, 2001.
33. Hernán García, M, Gutiérrez Cuadra, JL, Lineros González C, Ruiz Barbosa C, Rabadán Asensio A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Atención Primaria*, 2002;30(07):425-433.

ALFONSO RUIZ GÓMEZ¹
FRANCISCO MERCADO MARTÍNEZ¹
MARTHA BEATRIZ PEREZ ACEVES²

¹ Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

² Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.

CORRESPONDENCIA

Dr. Alfonso Ruiz Gómez.
 Sierra Mojada 950. Col. Independencia.
 Guadalajara, Jalisco. C.P. 44340.
 Tel/Fax: (33) 36-17-7846.
 aruiz@cuucs.udg.mx

SIN CONFLICTO DE INTERES DECLARADO