

Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular

Luis Eduardo Hernández-Ibarra, D en CSP,⁽¹⁾ Francisco J Mercado-Martínez, D en Sc.⁽²⁾

Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez FJ.
Estudio cualitativo sobre la atención médica
a los enfermos crónicos en el Seguro Popular.
Salud Publica Mex 2013;55:179-184.

Resumen

Objetivo. Examinar la atención médica que brinda el Seguro Popular a los enfermos crónicos en México, desde la perspectiva de quienes padecen las enfermedades y también de los profesionales de la salud. **Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio cualitativo en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, donde se entrevistó a 40 enfermos crónicos y a 14 profesionales sanitarios de primer nivel; posteriormente, se realizó un análisis crítico del discurso. **Resultados.** El Seguro Popular ha significado ganancias y pérdidas para los participantes. Los enfermos lo valoran positivamente al considerarlo un regalo, mas no un derecho social. Sus carencias económicas y de recursos les impiden acceder a la atención médica, obtener medicamentos y realizarse estudios de laboratorio, también generándose relaciones conflictivas con los profesionales. **Conclusión.** Los propósitos del Seguro Popular distan de lograrse en la atención a los enfermos crónicos. El Seguro tendría que ser objeto de análisis, y otorgar prioridad a la perspectiva de los enfermos y del personal de salud operativo.

Palabras clave: sistemas de salud; enfermedad crónica; métodos cualitativos; México

Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez FJ.
A qualitative study on health care to chronically
ill people in Popular Health Insurance program.
Salud Publica Mex 2013;55:179-184.

Abstract

Objective. To examine health care provided to chronically ill people in the Popular Health Insurance (*Seguro Popular*) from the perspective of patients and health professionals. **Materials and methods.** A qualitative study was carried out in Guadalajara, Mexico. 40 chronically ill people, and 14 health professionals of primary health centers participated in the study. Information was gathered using semi-structured interviews; critical discourse analysis was carried out. **Results.** *Seguro Popular* has meant gains and losses to participants. Chronically ill people value it positively since it is perceived as a gift, not a social right. Some obstacles impede participants accessing health care, obtaining medications and analysis. Conflictive relations also cause tensions between patients and health professionals. **Conclusion.** The initial goals of *Seguro Popular* are not achieved regarding health care to chronically ill people. The perspectives of sick people should be prioritized.

Keywords: health systems; chronic disease; qualitative methods; Mexico

(1) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.

(2) Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

Fecha de recibido: 20 de enero de 2012 • Fecha de aceptado: 1 de noviembre de 2012

Autor de correspondencia: Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra. Av. Niño Artillero 130. 78240 San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

Correo electrónico: eduardo.ibarra@uaslp.mx

El Sistema de Protección Social en Salud y su brazo Operativo, el Seguro Popular (SP), se crearon en México en 2003. Se trata de un seguro de salud dirigido a la población que carece de seguridad social. Según sus promotores, otorga un paquete de intervenciones y medicamentos, fomenta la atención oportuna de las familias, disminuye la brecha entre las familias inscritas a la seguridad social y las excluidas a la misma, supera las inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre las entidades federativas y reduce el gasto de bolsillo de las familias.¹

En menos de una década, el SP se convirtió en pilar de la atención médica a la población sin seguridad social en México. Según cifras oficiales, 52 millones de personas estaban afiliadas al primer semestre de 2012.² Sin embargo, también pasó a ser objeto de posiciones encontradas; para algunos era motivo de reconocimiento por sus fundamentos y logros, al haberse convertido en modelo de protección social en salud.^{1,3} En cambio, para sus críticos no garantiza el derecho a la protección a la salud y favorece la mercantilización de la atención médica.⁴⁻⁶

En este contexto, pocos trabajos se han preocupado por examinar sus alcances y limitaciones, sobre todo en la atención de problemas de salud prioritarios y desde la óptica de otros actores, además de los directivos y los académicos.^{7,8} Entre otros aspectos, el manejo y la atención de determinadas enfermedades crónicas podrían estudiarse para poner a prueba sus fortalezas y debilidades.⁹ No obstante, sólo un par de estudios exploran la atención que brinda el SP a los enfermos crónicos en el primer nivel de atención.^{10,11} En consideración a lo anterior, este trabajo examina la atención médica que el SP otorga a los enfermos crónicos desde la perspectiva de quienes padecen las enfermedades y de los profesionales de la salud.

Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo, desde una perspectiva crítico-interpretativa,¹² en un sector popular de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Utilizando un muestreo teórico,¹³ se seleccionaron 40 personas enfermas y 14 profesionales de la salud –ocho médicos y seis enfermeras– de tres centros de salud. El número de centros y participantes se decidió según el principio de saturación teórica.

La mayoría de los enfermos eran mujeres (85%), de 58 años de edad en promedio y de 5 a 25 años con alguna condición crónica (22 diabetes, 10 hipertensión, cinco diabetes e hipertensión, dos fibrosis pulmonar y una artritis). Del total, 80% se dedicaban al hogar y el

resto a la economía informal, por lo cual sus ingresos eran estables pero reducidos. Los profesionales tenían en promedio 22 años de trabajar en la Secretaría de Salud (SSa).

La información se obtuvo entre 2009 y 2010 mediante entrevistas semi-estructuradas. Se utilizó una guía con cuatro temas rectores: introducción, experiencias del padecimiento, búsqueda y acceso a la atención en el SP y recapitulación-salida. Los participantes fueron entrevistados al menos en dos ocasiones; los enfermos en sus domicilios y los profesionales en los centros de salud.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, y posteriormente se llevó a cabo el análisis crítico del discurso.¹⁴ Éste implicó explorar la función textual, así como la relacional e ideacional. Se hizo una lectura general del *corpus* para explorar lo que las personas dicen, los temas emergentes y su magnitud. Más adelante, se hizo una lectura línea por línea, extrayendo literalmente la voz de los actores, tanto para narrar los eventos, como para definir su posición en el mundo social y representar al “otro” diverso. Los resultados se presentaron a los participantes para corroborar y devolverles la información.

La participación fue voluntaria y bajo consentimiento informado. Se atendieron los principios de respeto a la autonomía, autodeterminación y confidencialidad de la información.¹⁵ El estudio fue evaluado por un comité de la Universidad de Guadalajara.

Resultados

El contexto

El sistema de salud en México es fragmentado e inequitativo. Tres sectores lo integran: a) las instituciones de seguridad social, que cubren a cerca de 40% de la población y que son aquellos que tienen empleo; b) la medicina privada, que cubre a cerca de 10% de la población que tiene capacidad de pago, y c) la SSa que ofrece servicios a la mitad de la población sin acceso a las anteriores opciones. A partir de 2004, la población no asegurada obtiene atención médica bajo el régimen del SP, pero con frecuencia en las instalaciones y con los mismos recursos de la SSa.

Los participantes del estudio coinciden en que el SP apoya a las personas sin seguridad social. Todos expresan su aceptación y conformidad inicial con el mismo; sin embargo, una serie de situaciones contradictorias y problemas emergen a medida que avanzan las entrevistas, y se agrupan en tres ámbitos: el ideacional, el relacional y el estructural.

a) Entre ganancias y pérdidas

La idea de la ganancia permea el discurso de los enfermos. La mayoría considera haberse beneficiado con el SP argumentando que ahora cuenta con un seguro. Se trata de una valoración positiva al considerar que han recibido un obsequio al cual no tenían acceso por ser pobres. Un enfermo comenta:

Muchas personas nos quejamos de la mala atención, de fulano y de Zutano. Pero a final de cuentas digo 'hay que agradecer uno, porque pos' esto ya es un regalo de Dios, nuestro señor'.

Esta concepción dista de entender el SP como un derecho social. Al contrario, al considerarlo como regalo, se descartan demandas adicionales. Esta noción lleva a adoptar posturas como aquella de aceptación y agradecimiento por lo recibido. Dicha noción legitima el acceso a una parte del servicio, más no a la totalidad, según se constata en aquel discurso sobre el "cubre/no cubrir". Lo anterior consiste en que el SP cubre parte de los gastos y los enfermos y sus familias lo restante, según describen los enfermos y los profesionales. Uno de los médicos lo presenta así:

...los mismos pacientes utilizan el "sí cubre y no cubre". Pero hay más que (el SP) no cubre... Por ejemplo, cuando mando a un paciente a realizarse algún estudio le pregunto "¿cómo le fue?". Responden nada más me cubría esto y yo tuve que poner esto otro porque no lo cubre. Entonces esa palabra de cubrir ya es muy común en todos los del SP...

Otra imagen que aparece en el discurso de los participantes se refiere a la calidad dudosa de la atención y los insumos empleados que remite, entre otras cosas, a los medicamentos, ya que según ellos el SP ofrece los de menor calidad. Según una de las enfermas:

...hay veces que (los médicos) recetan medicina original pero buena, cara pero buena. Pero en el Seguro Popular pos' no la tienen. A veces dan [recetan medicamentos], cosas buenas que luego, luego se ve la mejoría...

Mientras los enfermos consideran el SP como ganancia, los médicos entrevistados opinan lo contrario. Según éstos, les ha significado un incremento de las actividades que realizan en su jornada laboral, como comenta un médico:

(los médicos) vemos consulta abierta, Oportunidades y Seguro Popular; más otras actividades como estadísticas

y registro de programas, embarazo, diabetes, hipertensión, desnutrición. Se han incrementado los formatos, los mismos datos los tenemos que poner cinco veces...

b) ¿Una atención de calidad?

La mayoría de los enfermos alude al maltrato verbal del que son objeto por parte de trabajadores administrativos, médicos y, en menor medida, enfermeras. La anterior circunstancia contrasta con los discursos de sus promotores, quienes señalan que el SP habría de garantizar una mayor calidad técnica e interpersonal.¹ Una mujer con diabetes alude a tales situaciones,

la doctora me trató muy mal, me dijo "vea nomás, usted es una diabética". Sin preguntarme cómo vivía me dijo "Usted es de las que se sienta y traga, se sienta con una Cocota (coca cola) de dos litros, se la acaba y de seguro se va a dormir. ¿Cómo no va a ser diabética?... Coma, no trague.

Varios enfermos también coinciden en que son maltratados por el personal de afiliación. De los múltiples comentarios, uno sirve para ejemplificar tal situación:

...Nos humillan los que dan las fichas, las que están en las ventanillas nos tratan mal. Va uno a dar los papeles para que le den fichas y luego luego "aquí no le toca, fíjese primero, es en tal parte." Y llegando al otro te dicen lo mismo, nomás nos traen a vuelta y vuelta...

Los médicos y enfermeras señalan que, a partir de la implementación del SP, los enfermos exigen la atención, sobre todo por la propaganda transmitida en radio y televisión. A continuación, se ofrece uno de los spots transmitidos por el gobierno federal y el comentario de un médico:

...Hoy, millones de mexicanos duermen tranquilos porque saben que su familia ya cuenta con un hospital cerca, con doctor, medicina y tratamiento siempre que lo necesiten. Gracias a que están protegidos con el Seguro Popular, ahora su salud no les quita el sueño...

A ellos (los enfermos) les dicen (el Seguro) "cubre tal cosa". Pero luego aquí (centro de salud) no lo tenemos. Entonces hay ahí discordancia, los pacientes se molestan, y somos nosotros los que tenemos que dar la cara.

c) De buenas intenciones a recursos disponibles

Según los participantes, un conjunto de problemas han persistido en la atención médica durante años y

siguen sin resolverse en el SP; algunos, incluso, se han incrementado. Para médicos y enfermeras, el problema central consiste en la falta de recursos materiales, la escasez de recursos humanos y la mala administración, a pesar de haberseles asegurado que todas se resolverían con el SP. Por ejemplo, para asistir a consulta médica, los enfermos deben llegar temprano al centro de salud y hacer fila para alcanzar una ficha. Tal situación se ha agudizado tras la implementación del SP, por el incremento en el número de enfermos que solicitan atención porque permanece inalterado el número de médicos. Una participante se refiere así al asunto:

a las cinco de la mañana se viene uno (al centro de salud) para ser de las primeras. Si se viene uno después, ¡ya no! Ya no alcanza uno cita y peor ahora que hay Seguro Popular, ¡ahora menos!

Los médicos sostienen que el SP se montó en la estructura de la SSA, es decir, la atención se brinda en los centros de salud y en los hospitales de la red existente y, con el personal de la misma. Así, la estructura y la organización poco han cambiado; más bien se han vuelto más complejas, tanto para los afiliados como para el personal de salud, según indica un médico:

Pues ha sido prácticamente igual. Nosotros no vemos mucho cambio en función del tratamiento o mejora en la salud. Ahorita reportamos más... pero la atención médica ha sido igual... Se nos exige más información, pero la atención a los pacientes es igual

Los insumos y medicamentos utilizados es otro tema que aparece recurrentemente en el discurso de los participantes. Según éstos, los materiales que les envían son de menor calidad que antes de iniciar el SP, además reciben insumos que no solicitan y no utilizan. Así lo refiere uno de los médicos:

recibes material de curación de mala calidad, agarras unas pinzas y te quedas con esas pinzas en la mano porque se quiebran

Otra situación a la que aluden es la falta sistemática de medicamentos o de insumos para aplicarlos. Los comentarios de un médico y un enfermo describen distintas facetas del problema:

El SP da dos tipos de insulina. Sin embargo, corre por gasto del paciente las jeringas y el material para su aplicación porque se les da sólo el frasco, no el material para aplicárselo

...yo quisiera que le dieran a uno todo su medicamento. Porque ha habido veces que no tengo pa' comprar el Enalapril y lo tengo que tomar...

Si bien algunos enfermos reconocen avances en el acceso a medicamentos y exámenes de diagnóstico, por lo común están insatisfechos con los procedimientos, sobre todo por lo complicado del proceso para recibir el servicio y los cambios en los criterios de las coberturas. Esta situación se convierte en una experiencia tortuosa y de elevado costo por los problemas del traslado al centro de salud y para conseguir una ficha, según refiere una entrevistada:

Cuando voy [a consulta] espero que no me manden [a] hacer análisis. Una vez me mandaron, tuve que pagar taxi para ir, teníamos que volver unas tres veces, entonces 100 (pesos) pa' allá y 100 pa' acá. No nos los hicieron porque no se podía, que nomás [dos estudios]. Entonces me costó 400 pesos. Cuando me mandan [a] hacer uno... mejor voy aquí [al laboratorio particular en el barrio]

Los problemas que enfrentan los enfermos crónicos en la atención médica no pasan desapercibidos para el personal de salud, tales como los relacionados con la reafiliación, los medicamentos y los efectos que lo anterior tiene en el control de la enfermedad. Una enfermera sintetiza de la siguiente manera la sensación de desánimo que invade a los profesionales entrevistados.

A los pacientes les han fallado en todo (en el SP)... no tienen reafiliación, no tienen a veces medicamentos. Hay ocasiones que van al centro de salud y les dan un pase y luego les dicen "esto no entra". Entonces también lo que llevaban de evolución (de su enfermedad) se viene abajo, y a empezar nuevamente

Discusión

El SP ha sido objeto de debate entre sus promotores y sus críticos. Empero, tal debate ha mostrado poco interés por incorporar las voces de actores centrales del proceso, tales como los enfermos y el personal de salud operativo. Al tomar en consideración el punto de vista de estos actores, el presente trabajo aporta elementos que contribuyen a comprender mejor la atención otorgada en el primer nivel del SP a quienes viven con enfermedades crónicas.

Varios trabajos notifican efectos positivos del SP en la reducción de los gastos catastróficos y la mejoría en la atención médica.¹⁶ Las pocas investigaciones realizadas sobre la atención a enfermos crónicos también coinci-

den en sus efectos positivos. Bleich y colaboradores¹⁰ muestran una asociación significativa entre contar con el SP y un mejor tratamiento de la hipertensión arterial; Sosa-Rubí y colaboradores¹¹ informan que el acceso a la atención médica y el control de la glucemia mejoran en los beneficiarios del SP. En el mismo tenor, según una encuesta realizada en 2010, 94% de los entrevistados en todo el país estaban satisfechos con el SP; la cifra ascendió a 97% en Jalisco,¹⁷ estado donde se llevó a cabo el presente estudio.

Derivados de un estudio cualitativo, los hallazgos que aquí se presentan discrepan de la imagen positiva que transmiten los trabajos mencionados. No sólo se trata de la valoración negativa de los profesionales entrevistados sobre el SP, sino también de un conjunto de barreras y adversidades que notifican estos enfermos para acceder y hacer uso de la atención médica. De hecho, la satisfacción que manifiestan las personas entrevistadas pareciera tener sentido al considerarlo como un regalo o una dádiva. Para una población que vive en la pobreza y con lo mínimo para sobrevivir, contar con este seguro significa la posibilidad de disponer de un recurso que podrían utilizar en algún momento crítico; sin embargo, esto no impide reconocer sus problemas.

Un objetivo del SP es asegurar un paquete de intervenciones médicas, así como los medicamentos necesarios para el tratamiento. Según los hallazgos de esta investigación, los enfermos crónicos y el personal de salud entrevistados enfrentan sistemáticamente dificultades y carencias para acceder a ellos. Por un lado, el número reducido de médicos y, por otro, la cifra creciente de usuarios han saturado los centros de salud, lo que impide la atención a los enfermos, cuenten o no con SP. Por este motivo, los enfermos se ven obligados a llegar cada vez más temprano y a hacer largas filas de espera para asegurar una ficha para la consulta. Algunos desisten de acudir a los centros de salud, o a reafiliarse, y optan por recurrir a los servicios médicos privados del barrio, sobre todo quienes cuentan con recursos. Los medicamentos, a su vez, no son utilizados con frecuencia por tres razones: a) porque el centro de salud no dispone de ellos; b) porque el SP cubre parcialmente sus costos, o c) porque los excluyen, al considerarlos de mala calidad. El resultado, en todos los casos, es el no cumplimiento o cumplimiento parcial del tratamiento médico, con los efectos que ello tiene en el control de la enfermedad.

Otro propósito del SP ha sido lograr una mejor calidad en la atención médica. Sin embargo, tanto los profesionales de la salud como los enfermos entrevistados que han vivido este proceso refieren pocos avances. Los médicos no perciben logros en la atención que ofrecen, por la falta de recursos, los trámites administrativos cada vez más numerosos y las demandas de los enfermos a

las cuales no pueden responder. Los enfermos, por su parte, dan cuenta de una atención donde la violencia verbal contra ellos tiene carta de naturalización. No sólo se les considera apáticos, sino que suelen ser objeto de maltrato verbal por los profesionales. Según la evidencia aportada, tanto los enfermos como los profesionales de la salud aluden a que la atención brindada en el SP enfrenta problemas estructurales desde décadas atrás. Se trata de una situación semejante a la notificada en la época previa al Seguro Popular.¹⁸ Por este motivo, y en relación con el tema investigado, pareciera que el SP no ofrece mejoras en la atención a la población con enfermedades crónicas, en tanto que los profesionales de la salud incluso argumentan un deterioro en su situación.

Los hallazgos del presente estudio deberán valorarse con cautela; el trabajo de investigación se realizó en tres centros de salud donde funciona el SP en la Zona Metropolitana de la ciudad de Guadalajara. Esta decisión nunca se propuso identificar una región o población representativa de lo que ocurre en la ciudad, en el plano estatal o nacional. Por ende, lo aquí expuesto está relacionado con los grupos participantes y al momento en que se realizó el estudio. Por otra parte, si bien participaron enfermos y personal de salud operativo, ello no significa que el estudio refleje lo que ocurre en la atención médica en el primer nivel. Será necesario incorporar las voces de otros actores, por ejemplo directivos, familiares, personal administrativo y de servicios.

La estrategia empleada fue la entrevista semiestructurada, lo cual significa que aquí se han priorizado los discursos de los participantes a costa de otros elementos que pudieran dar pistas para comprender mejor la atención, por ejemplo indagar si los discursos corresponden a las prácticas del día a día.

El SP se ha convertido en el modelo privilegiado de atención médica dirigido a la población sin seguridad social en México. Por ello debería ser objeto de mayor escrutinio y atención, ya sea para examinar sus logros o para identificar sus limitaciones y desafíos. Desde la perspectiva de quienes participaron en este estudio, la atención médica que ofrece a los enfermos crónicos dista de cumplir los propósitos que le dieron origen. En este contexto, el debate sobre el mismo tendría que incorporar las interpretaciones de académicos, administradores y sus promotores nacionales o del primer mundo, pero sobre todo las de quienes han vivido la enfermedad y su atención a lo largo de muchos años.

Agradecimientos

A los participantes del estudio por su colaboración; asimismo, a los revisores del manuscrito previo, por sus comentarios y sugerencias.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet* 2006;368:954-961.
2. Comisión Nacional de Protección Social en Salud Secretaría de Salud, Gobierno de México. CNPSS: Informe de resultados enero-junio 2012. [consultado 2012 octubre 20]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/inforres2012.pdf>
3. Knaul F, Arreola-Ornelas H, Mendez O, Martínez A. Justicia financiera y gastos catstroficos en salud: Impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49 suppl 1:S54-S65.
4. Homedes N, Ugalde A. Twenty-five years of convoluted health reforms in Mexico. *PLoS Med* 2009;6(8): e1000124. doi:10.1371/journal.pmed.1000124
5. Laurell AC. Health system reform in Mexico: a critical review. *Int J Health Serv* 2007;37:515-535.
6. López O, Blanco J. Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud Colect* 2008;4:197-226.
7. Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud en México. *Salud Publica Mex* 2008;50:429-436.
8. Nigenda G, Bejarano R, Rosales Y, Ruiz A. Evaluación de la gestión en la operación del Seguro Popular de salud 2003. FUNSALUD, México, DF. 2004 [consultado 2011 julio 25]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx>.
9. Córdova J, Lee G, Hernández A, Aguilar C, Barriguete-Meléndez J, Kuri P, et al. Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y sistema de indicadores de diabetes en México. *Rev Mex Cardiol* 2009;20:42-45.
10. Bleich S, Cutler D, Adams A, Lozano R, Murray C. Impact of insurance and supply of health professionals on coverage of treatment for hypertension in México. *BMJ* 2007;335:875.
11. Sosa-Rubí S, Galárraga O, López-Ridaura R. Diabetes treatment and control: The effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bull World Health Organ* 2009;87:512-519.
12. Mercado-Martínez F J. Qualitative research in Latin America: Critical perspectives on health. *IJQM* 2002;1:1-26.
13. Kuzel AJ. Sampling in qualitative inquiry. En: Crabtree BF y Miller WL. *Doing qualitative research*. Newbury Park: Sage, 1992: 31-44.
14. Fairclough N. *Analyzing discourse. Textual analysis for social research*. London-New York: Routledge, 2003.
15. Murphy E, Dingwall R. Ethics of ethnography. En: Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. *Handbook of ethnography*. Londres: Sage, 2001:339-51.
16. Barros R. Wealthier but not much healthier: Effects of a major health insurance program for the poor in Mexico. Palo Alto: Stanford University, 2009.
17. Comisión Nacional de Protección en Salud. Seguro Popular Encuesta de satisfacción [sitio en internet] 2010 [consultado 2011 octubre 31]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/Encuesta_de_Satisfaccion_2010.pdf
18. Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Valdez-Curiel E. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cad Saude Pública*. 2000;16:759-772.