

Estudio de percepción y necesidades de los usuarios de los servicios de salud de la montaña de Guerrero, México.

Margarito Moreno Rojas,*
César Piña Cámara,**
Heberto Priego Álvarez,***
Antonio Heras Gómez,****

Secretaría de Salud

ARTICULO ORIGINAL

Fecha de recibido
20 de junio de 2003

Fecha de aceptación
18 de septiembre de 2003

DIRECCION PARA RECIBIR
CORRESPONDENCIA:

Dr. Heberto Priego Álvarez. División
Académica de Ciencias de la Salud.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
Av. Mendez # 2838, Villahermosa Tabasco,
México.
priego@ujat3.ujat.mx

* Psicólogo Social en labor comunitaria en la Montaña de Guerrero. Secretaría de Salud.

** Maestro en Salud Pública y Maestro en Administración de Instituciones de Salud. Coordinador de los Programas Hospital de la Comunidad y Montaña de Guerrero. Secretaría de Salud.

*** Dr. en Ciencias de la Salud. Director de Planeación DGAIS-DGEDS, Secretaría de Salud.

**** Maestro en Economía de la Salud. Director General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud. Secretaría de Salud.

RESÚMEN

Objetivo: Conocer la percepción y necesidades de la población usuaria de los servicios de la Secretaría de Salud en 7 municipios de la región de la Montaña del estado mexicano de Guerrero (Alcozauca de Guerrero, Acatepec, Malinaltepec, Olinalá, Tlacoapa, Tlapa de Comonfort y Xochihuehuetlán).

Material y Métodos: Se realizó una investigación cualitativa bajo un muestreo no probalística por cuotas (50 familias) de acuerdo a la clasificación económica de las clases sociales. En cada uno de los 7 municipios, se seleccionaron 35 familias de bajo nivel económico, 10 de mediano nivel y 5 de alto nivel económico. De las 50 familias seleccionadas, 45 fueron de la cabecera municipal y 5 de alguna de las principales comunidades del municipio. La recolección de la información se realizó durante los meses de octubre a diciembre del 2002 mediante la aplicación de un cuestionario y la realización de 49 sesiones con grupos focales (un total de 376 participantes con un promedio de 7 grupos en cada municipio). Para las sesiones de los grupos, se contó con una guía de variables, con las cuales se exploró la percepción de los participantes. Además se aplicó una guía de variables en otros grupos conformados por prestadores del servicio de salud. Con las bases de datos creadas con la información recolectada y los reportes de los grupos focales se procedió a realizar el análisis de la información. Y a partir de éste, se emitieron recomendaciones para modificar lo detectado en el diagnóstico.

Resultados: Los usuarios de los servicios de salud reportan de manera reiterada un trato no adecuado hacia ellos por parte del personal de los Hospitales Comunitarios (HC), así como posibles negligencias cometidas en sus personas o sus familiares. Los usuarios reportan que hacen falta medicamentos y personal especializado; así mismo, se detectó que los usuarios desconocen en su mayoría los servicios que presta el HC, no conocen a los prestadores del servicio. También, que en un porcentaje importante no son conscientes de la autorresponsabilidad en el cuidado de su salud; ni saben cómo ayudar a mejorar el servicio, a no ser protestando y demandando ante las autoridades municipales. Por parte de

los prestadores del servicio, éstos reportan cierto grado de inconformidad por estar trabajando en este tipo de comunidades, en las cuales se sienten devaluados y distanciados de sus familias.

La mayoría de los habitantes están enfrentándose constantemente a situaciones estresantes que los predispone a reaccionar de manera agresiva o apática ante cualquier eventualidad; asimismo la deficiente socialización y la falta de habilidades para expresar emociones de manera sana, condiciona en ellos un carácter “duro”, que es fortalecido por las deficientes condiciones económicas, educativas y en salud. En este “ambiente humano” es fácil explicar la existencia de enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, así como parasitosis, intoxicación por picadura de alacrán, traumatismos y envenenamientos, neumonías y bronconeumonías con tasas elevadas de desnutrición y de mortalidad infantil y materna.

Este es el usuario que se resiste a asistir al hospital, el cual no tolera un “mal trato”, que ante la más pequeña falta de atención sienten que le están faltando al respeto, no tolera esperar un minuto para que se le atienda, ni quiere hacerse responsable de su salud. En fin, es quien demanda, desea sancionar, cuestiona y casi nunca propone, y cuando propone, no sabe la manera de comprometerse de manera responsable para participar en la solución de la problemática, a la cual él mismo contribuye con sus actos cotidianos.

Si a lo anterior agregamos el perfil psicosocial de la mayoría de los prestadores del servicio, tendremos un círculo vicioso que da por resultado una deficiente atención a la salud. La mayoría de los prestadores reaccionan de manera emocional, no asertiva ante las exigencias de los usuarios, incrementándose la brecha de comunicación y falta de respeto entre ellos. Las carencias de instrumental, medicamentos que han tenido los HC, así como la inconformidad por la vida y los problemas de relaciones interpersonales hacen que los prestadores del servicio, no posean la tolerancia, el respeto adecuado, o la habilidad para atender de manera eficiente y con calidez a los usuarios.

Conclusiones: Es necesario no sólo volver atractivo el servicio de los HC, y lograr que los usuarios hagan uso de él, sino que también se deben de mejorar sus características psicosociales mediante actividades que ya no refuercen la inmadurez y la dependencia de los usuarios, sino que aumenten su responsabilidad por la conservación de la salud y prevención de la enfermedad para que aumente el nivel de autorresponsabilidad por el cuidado de su salud. Asimismo los prestadores del servicio necesitan mejorar sus habilidades para establecer una empatía adecuada con los usuarios, esto, mediante el aprendizaje o mejoramiento de herramientas adecuadas, incluyendo mejores niveles de autoestima, y la puesta en práctica de las condiciones mínimas de convivencia sana entre el personal de salud y con los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Percepción.
Necesidades. Usuarios de servicios de salud.
Hospitales Comunitarios. Guerrero, México.

PERCEPTIONS AND NECESSITIES OF HEALTH SERVICES USERS FROM GUERRERO'S MOUNTAIN, MEXICO.

SUMMARY

Objective: To know the perception and necessities of Health Secretary population users from 7 municipal towns from the mountain region of Guerrero, Mexico (Alcozauca de Guerrero, Acatepec, Malinaltepec, Olinalá, Tlacoapa, Tlapa de Comonfort and Xochihuehuetlán).

Material and Methods: A qualitative investigation under a non probable sample was made from 50 family cuotes according to the economical classification from social classes. There were selected 35 low economical level families in each of the 7 municipal towns, 10 medium level and 5 high economical level. From the 50 selected families, 45 were from municipal towns and the other 5 were from main municipal communities. The collected information was made during October and December 2002 through a questionnaire application and 49 focus groups sessions (376 total participants with 7 groups in each municipal town). It was used a variable guide, for the groups sessions in which it was explored the participants perception. There was also used a variable

guide in other groups conformed by health service workers. It was proceeded to make an information analysis with the data bases created with the focal groups reports and collected information, and through this some advice was given to modify the diagnosis detected.

Results: The health service users report a non appropriate treat to them from Communitarian personal Hospitals (HC), as well as possible negligence made on them or on their relatives. Users reported that there is lack of medicine and specialized personnel; it was also detected that an important percentage are not conscious of their own responsibilities in their health care, besides they do not know most of the services the HC gives, neither know the service workers; they do not even know how to improve the service in another way from demanding and protesting to municipal authorities. Service workers report not being pleased to be working in these kind of communities, in which they feel devaluated and separated from their family.

Most of the inhabitants are facing constantly to stressed situations which predispose them to act in an aggressive and indifferent way through any event; deficient socialization and lack of the ability to express their emotions in a good way make them have a hard personality, which is reinforced with health, economical and educational deficient conditions. It is easy to explain the existence of respiratory and intestinal infectious illnesses as well as parasitosis, scorpio bites, intoxication, traumatismos, poisoness, pneumonia, bronchopneumonia, as well as elevated rates of malnutrition, childhood and motherhood mortality in this "human environment".

This is the kind of user who resists going to hospitals, the one who does not stand the "mistreat", and that with the minimum lack of attention feels not being respected. He does not tolerate waiting to be attended, neither wants to be responsible from his own health. He is the one who demands, wishes to punish, debates, seldom propound, and when he propounds he does not know how to make a responsible commitment to participate in problem solutions to which he daily contributes. If we add a psychosocial profile to most of the service workers, we would have a vicious cycle which gives a deficient health attention as a result. Most of the workers react

in an emotional way not being good to the users exigencies, increasing the communication and respect among them. The lack of medicine and instruments that HC had had, as well as the personnel and life problems make service workers not being tolerate, respectful nor able to attend the users in an efficient and warm way.

Conclusions: It is necessary to make the HC services attractive to people and make users use them, they should make better psychosocial characteristics through activities that increase health conservation and prevention to illness, so their own responsibility health care level magnifies too. Service workers would need to establish better communication abilities with users through learning how to treat them, including self esteem courses and practising healthy minimum communication between health personnel and users.

Key words: Perception. Necessity. Health service users. Communitarian Hospitals. Guerrero, México.

INTRODUCCION

El Modelo Global del Comportamiento (Arellano, 1993) es una abstracción simplificada de la realidad que busca explicar el comportamiento de los consumidores (en este caso usuarios de los servicios de salud) en función de las influencias que éstos reciben en cada momento y plantea la existencia de dos tipos de variables: Las *variables centrales* (de proceso) que corresponden al comportamiento individual interno. Estas variables, que generan la decisión de compra o búsqueda de servicio son influidas por una serie de variables externas y por algunas variables personales de procesamiento externo, específicamente las sensaciones y la percepción. Las *variables externas* (periféricas) que influyen sobre el proceso de decisión de compra o aceptación de un servicio de salud por el individuo (Priego Álvarez, 1996). Estas variables pueden ser físicas, biológicas o sociales.

Aplicado al usuario del servicio de salud el esquema funciona de la siguiente manera: por una parte, el proceso central, el cual se inicia con la carencia de algún elemento vital para los individuos (al aparecer la enfermedad, se

carece de salud). La percepción interna de esta carencia da origen a la necesidad (lo que ocurre cuando se llega a un cierto nivel de carencia); la necesidad que nace es la de recuperar la salud; esta necesidad a su vez , genera una orientación hacia la satisfacción , es decir, motiva al individuo a satisfacer su carencia. Como resultado de esta motivación, el individuo realiza un primer comportamiento que, de alguna manera , es un comportamiento instintivo, que le permitirá conocer ciertas características de la realidad exterior, es decir, realiza un aprendizaje que lo provee de elementos que le servirán para, posteriormente, evaluar mejor el entorno. Durante el proceso de aprendizaje, el individuo se ha ido formando una imagen parcializada de las cosas (le gusta o no le gusta) que se llamarán actitudes, las cuales, una vez generadas, tendrán un efecto retroactivo importante, ya que le producen motivaciones sin que existan necesidades evidentes. Finalmente, las actitudes, al influir sobre la motivación, darán origen a un deseo, es decir, a la orientación hacia la acción, en función de un producto o situación específicos (el asistir o no al centro de atención médica para buscar ayuda y recuperar su salud).

Por otro lado, en el interior de las variables periféricas, existen las variables biológicas, geográficas y sociales (la etnia, el nivel educativo, condición económica, etc.) las cuales si bien afectan fundamentalmente a los individuos en su nivel de carencia, también afectan a las necesidades. Es en este nivel donde se observan los primeros elementos de procesamiento personal, mediante las sensaciones, y en cierta medida también, la percepción (la cual presenta mayor relación con la experiencia personal del individuo). La motivación es fuertemente influida por las variables sociales, en la medida que la orientación hacia la satisfacción de las necesidades depende en gran medida de las influencias que reciba el individuo de su grupo social. Además, finalmente, mientras las variables mercadológicas (el servicio de salud en el hospital, existencia de sistemas de distribución, la publicidad, etc.) van a influir sobre la motivación; variables como la cultura (basada en los valores y costumbres sociales) lo van a hacer sobre las actitudes de los individuos. A partir de este modelo de comportamiento, es posible analizar y detectar las variables que pueden estar influyendo en la relación del hospital-comunidad y viceversa.

El objeto de este trabajo es conocer las necesidades y percepción de los usuarios hacia los servicios de salud de la Secretaría de Salud, en particular sobre los Hospitales de la Comunidad u Hospitales Comunitarios (HC), para facilitar posteriormente una intervención comunitaria en la región de la Montaña de Guerrero, México.

Material y métodos: Para realizar el estudio cualitativo en cada uno de los 7 municipios (Alcozauca de Guerrero, Acatepec, Malinaltepec, Olinalá, Tlacoapa, Tlapa de Comonfort¹ y Xochihuehuetlán), se seleccionó una muestra no representativa estadísticamente, pero sí representativa de la población, la cual estuvo formada por 50 familias (Muestra No Probabilística por Cuotas; Sampieri, 1991). De acuerdo a la clasificación económica de las clases sociales (Frank,1971), en cada uno de los municipios, se seleccionaron 35 familias de bajo nivel económico, 10 de mediano nivel y 5 de alto nivel económico. De las 50 familias seleccionadas, 45 fueron de la cabecera municipal y 5 de alguna de las principales comunidades del municipio.

La recolección de la información se realizó a través de elementos básicos de la observación directa y participativa (Gomezjara,1986); la detección de variables de percepción y necesidades mediante la aplicación de cuestionarios y la realización de sesiones con grupos focales. Asimismo se elaboró un cuestionario para detectar las variables que participan en la percepción y necesidades de los usuarios del servicio de salud (dentro de la teoría del *Marketing Social*); este cuestionario se piloteó para validarlo y se cerraron las posibles respuestas, las cuales sirvieron de guía en las sesiones con los grupos focales.²

A las 50 familias seleccionadas, se les aplicó la lista de cotejo de factores psicosociales y el cuestionario de variables de percepción y necesidades. En cada una de las familias se entrevistó a la madre de familia o a un miembro mayor de edad. Se visitaron un total de 350 familias. En las cabeceras municipales se entrevistó a 335 familias y 15 en 3 comunidades de tres de los municipios participantes en el estudio.

Cada psicólogo integró grupos focales en los cuales participó población representativa de todos los grupos sociales y de edad; así como el personal que labora en los hospitales. El número de grupos focales fue 49, con un total de 376 participantes. Cada grupo contó con un mínimo de cinco participantes y un máximo de 12. Las sesiones no se prolongaron más de dos horas y se realizaron en el espacios diversos como salones de clases, salones del DIF, sala de espera del Hospital y en el horario convenido por los participantes. En promedio, en cada municipio, se realizaron dos grupos con personal de salud, dos grupos con hombres y mujeres adultos, y dos grupos con jóvenes. Para las sesiones de los grupos, se contó con una guía de variables (Tabla I), con las cuales se exploró la percepción de los participantes.

Una vez recolectada la información se procedió a realizar el tratamiento de datos, se jerarquizaron los 10 factores más frecuentes (Durán, 2000), y se agruparon por problemáticas para definir las características psicosociales de los participantes en el estudio. Con las bases de datos y los reportes de los grupos focales se procedió a realizar el análisis de la información; y a partir de éste, se realizaron las recomendaciones de intervención pertinentes y adecuadas para cada municipio.³

RESULTADOS

Descripción de los datos.

En la mayoría de los grupos focales, los participantes reportaron un mal trato hacia ellos por parte de los prestadores del servicio, así como la carencia de medicamentos y la existencia de equipo médico en malas condiciones. La causa más frecuente, por la cual no asisten al Hospital, es el mal trato, y en menor proporción por los precios de los servicios. Así mismo, la mayoría de los participantes reportaron algún caso de posible negligencia médica sufrida en ellos mismos o en algún familiar o conocido.

Tabla I. Guía de variables a explorar en los grupos focales.

VARIABLES DE LA RELACIÓN SERVICIOS DE SALUD-COMUNIDAD.

1. Lenguaje: Dialectos versus idioma español.
2. Costumbres: Cuidado de la Salud, atención de partos, herbolaría, etc.

3. Condición socioeconómica y escolar.
4. Suministros de materiales requeridos en el hospital.
5. Distancias geográficas de las comunidades y acceso al hospital.
6. Trato entre el personal de salud y comunidad.
7. Utilización de la Práctica privada y Curanderos.
8. Ideologías Políticas, Religiosas, etc.
9. Errores en la atención médica (negligencia).
10. Satisfacción del paciente: trato, atención, discreción.
11. Continuidad: supervisiones, capacitaciones, tratamientos, etc.
12. Seguridad: en el inmueble, tratamientos, etc.
13. Comodidades: aspectos físico del establecimiento, del personal y de los materiales, así como las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.
14. Estrategias de ofertar el servicio.

Aunque reportaron que la lengua indígena puede ser una barrera para la prestación del servicio, éste puede ser fácilmente solucionado con la presencia de un traductor, el cual la mayoría de las veces es algún paciente o alguien del personal de salud o intendencia. De igual manera reportaron la falta de limpieza y mantenimiento en las instalaciones del hospital.

En algunos municipios, las deficiencias del servicio están siendo utilizadas como bandera política por líderes formales (Agentes Municipales y Presidentes Municipales), por ello, el reporte de las deficiencias adquirieron "tintes emotivos de escándalo". Lo cierto es que la mayoría de los participantes, comentaron estar conscientes de que falta hacer algo para mejorar al hospital y están dispuestos a colaborar, sin embargo, desconocen qué y cómo se puede hacer. La mayoría de los adultos no externaron necesidades precisas, solo la idea de tener un "buen servicio", y su disposición a volver a asistir al hospital.

La mayoría de los jóvenes participantes están distanciados del hospital, lo ven como un servicio al que recurren los adultos con sus hijos pequeños. Sin embargo, sí conocen casos de posible negligencia médica y algunos casos de "mal trato". Todos los jóvenes sugirieron que el personal de salud se acerque a ellos con capacitaciones y pláticas sobre temática de interés para el adolescente, enseñanza de cursos de primeros auxilios y actividades recreativas-ocupacionales.

Por su parte el personal de salud, hizo referencia a la necesidad de mejorar la

administración del hospital, de vencer los “vicios” que se arrastran desde hace tiempo y que saben están dañando la imagen que el hospital tiene ante los usuarios. Proponen hacer lo que sea necesario para mejorar el servicio, y están conscientes de que se han cometido errores, pero también desean tener la oportunidad para colaborar de manera responsable en la mejoría del servicio. Sus necesidades tienen que ver con traslados a lugares más cercanos a sus familiares, compensaciones económicas por estar trabajando “tan lejos” y dotación adecuada de medicamentos e instrumental médico.

Análisis de los datos.

La mayoría de los habitantes, de estos municipios, están constantemente enfrentándose a situaciones estresantes que los predispone a reaccionar de manera agresiva o apática ante cualquier eventualidad, así mismo, la deficiente socialización y la falta de habilidades para expresar emociones de manera sana, condiciona en ellos un carácter “duro”, que es fortalecido por las condiciones deficientes en lo económico, educativo y en la salud. El grado de inconformidad con su vida los lleva a la búsqueda de mejores condiciones, sin embargo, la carencia de habilidades para elaborar respuestas alternativas sanas ante su situación desemboca la mayoría de veces en acciones dañinas para ellos y sus familias. Presas fáciles de líderes (políticos, religiosos, etc.) se dejan llevar con la esperanza de mejorar su condición de vida, sin embargo, se da por hecho que el crecimiento personal se da a la par que se mejora en el aspecto físico (mejoría en la vivienda, bienes de consumo, vestimenta, etc.), y tarde se dan cuenta que las deficiencias psicosociales no se solucionan con mejorar las condiciones físicas de su ambiente inmediato. Como consecuencia continúan los niveles altos de estrés, y bajos de socialización, de expectativas positivas para la vida, la carencia de estimulación física-afectiva de los hijos, y las constantes riñas con vecinos, familiares o desconocidos por diversas causas políticas-religiosas-económicas.

En este “ambiente humano” es fácil explicar la existencia de enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, así como parasitosis, intoxicación por picadura de alacrán, traumatismos y envenenamientos, neumonías y bronconeumonias. Desde luego

que las comunidades con mayor presencia de población indígena, presentan mayores niveles de desnutrición, llegando a afectar hasta el 58.3% de los menores de 5 años de edad (Diagnóstico de Salud de la Jurisdicción de Tlapa de Comonfort, 2000).

Al igual que la desnutrición, la existencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años, son condicionadas por las características del “ambiente humano” y físico existente en las comunidades. La incapacidad para elaborar respuestas alternativas ante problemáticas de salud, así como una actitud de conformismo y derrota, llevan la mayoría de la veces, a que los padres “contribuyan” a la muerte de sus hijos a causa de enfermedades, que diagnosticadas y tratadas en sus fases iniciales, pudieron ser superadas. No solo es la situación económica la que condiciona la falta de motivación para buscar ayuda, es el conjunto de sus rasgos culturales-personales, los que la mayoría de las veces los hace presa fácil de todo tipo de “dolencias y enfermedades físicas y emocionales”.

El carácter “duro” del habitante de estos municipios condiciona, junto con otras variables, la presencia de mortalidad materna asociada al embarazo, parto y puerperio. Por un lado, la pérdida de prácticas culturales sanas para apoyar a la embarazada han sido abandonadas ante la imagen idealizada del “Hospital dador de salud, y solucionador de todo tipo de enfermedad”, con ello la responsabilidad por la atención se ha trasladado, casi por completo, de la persona al hospital (el locus de control se ha vuelto externo), por el otro, la falta de sensibilidad en la aplicación de algunos programas de salud, por parte del personal del hospital, ha reforzado una brecha de distanciamiento en la cual se genera fácilmente las condiciones para que sucedan eventos lamentables como la mortalidad materna. Reforzado todo lo anterior, por las características psicosociales de los usuarios del servicio.

Lo mismo ocurre con la tasa de fecundidad, la cual está elevada en estos municipios y en el resto que integran la zona de la Montaña. En estas comunidades, la familia aún cumple funciones que fueron rebasadas hace tiempo por la sociedad urbana, e incluso por la rural no indígena. “Muchos hijos para asegurar la

vejez de los padres”, “para asegurar la supervivencia de algunos hijos, ante la muerte a temprana edad”; son algunas de las actitudes que condicionan las tasas altas de fecundidad; y esto fomenta la miseria de estas familias. Estas actitudes deben de ser consideradas, si se desea impactar más con las campañas de anticoncepción.

El ambiente externo es un reflejo de las condiciones internas de las personas; así, la presencia de hacinamiento, de fauna nociva, de deficiente higiene personal y de la vivienda y de mala ventilación en ella, constituyen una muestra de las condiciones en las cuales se encuentra su mundo emotivo e intelectual. Un mundo, que conforme avanza el tiempo, se vuelve más caótico e ingobernable, incapaz de entrar en diálogo con él; un mundo que si no se trabaja seguirá generando las condiciones para que se perpetúen los círculos actuales de miseria.

La conducta presente de los usuarios de los servicios de salud es resultado de sus experiencias pasadas a nivel individual y colectivo. Así, el acontecer histórico-social juega un papel importante para entender el actuar de los habitantes de estos municipios, pues si bien se perciben diferencias entre un municipio y otro, también se encuentran constantes en sus conductas, las cuales se van a revisar a continuación.

La percepción general que los usuarios de los servicios de salud, se han formado del HC es la de una institución con capacidad de solucionar sus problemas de salud de manera inmediata y satisfactoria; esta imagen no corresponde con la realidad actual, pues ha sido fomentada, en la mayoría de las veces por líderes políticos que toman de bandera la construcción de hospitales y centros de salud en las comunidades para recibir apoyo de los votantes. El habitante promedio de estas comunidades piensa en el hospital como la solución a todos sus problemas de salud, y otorga a esta institución la responsabilidad para cuidarlo y regresarlo a una vida sana. La imagen del HC se vuelve más idealizada por las crecientes necesidades, no sólo económicas y de salud que poseen, sino por sus características psicosociales: altos niveles de estrés, socialización deficiente, falta de capacidad asertiva de comunicación y carencia de muestras afectivas, etc.; todo ello condiciona un carácter “duro” ante las

exigencias y sumiso-pasivo ante la tarea de participar de manera responsable por mejorar su salud. La exigencia para el HC se traduce en la inasistencia al servicio por justificaciones del tipo de: no hay medicamento, me hacen esperar mucho tiempo, está todo sucio el hospital, cobran muy caro, no atienden bien, etc. (las cuales si bien están presentes en alguna proporción, consecuencia de deficiencias en la administración y los bajos presupuestos que reciben los HC, no son válidas en el momento de la enfermedad y ante una necesidad responsable de resolución del problema). Los habitantes han caído junto con el personal de salud en un círculo vicioso-destructivo en el cual por un lado el usuario exige más allá de lo que se le puede ofrecer y el prestador del servicio no “sabe cómo ofrecer de manera sana lo que tienen”. Así cada uno de ellos se siente defraudado por el otro, en una relación que se vuelve con cada nueva experiencia más destructiva que constructiva. Para muchas personas, el HC deja de ser poco a poco la solución a sus problemas y pasa a ser algo indiferente, incluso “una carga para ellos”; así justifican que no van al hospital porque les exigen mucho: cuotas altas, volver en los siguientes días, comprar el medicamento, etc.

La imagen del HC se deteriora más al evaluar al personal de salud con estándares morales que la misma población no sigue pero sí desea sancionar: entonces no aprueban que los médicos organicen fiestas (como reportaron la mayoría de los entrevistados) y se emborrachen, que coman mucho y se vuelven obesos, que se equivoquen en sus diagnósticos y tratamientos, que se sientan tristes por estar lejos de sus familiares, etc. Por ello la imagen actual que el HC tiene ante el usuario, ya no es el de una institución “responsable y amable que lo atiende como él merece”, sino un lugar en donde está un grupo de personas inconformes con su trabajo y carentes de atenciones a los usuarios; lo cierto es que en la formación de la imagen han participado ambos: el personal de salud y el usuario. Por los datos obtenidos se puede afirmar que ambos han contribuido con acciones cotidianas a alejarse uno del otro; no es el lenguaje una verdadera barrera (aunque así lo han reportado algunas personas), son más las características psicosociales de ambos los que han causado la dinámica actual; aunada a las deficiencias

en la administración de recursos humanos y materiales.

Más allá de la imagen devaluada que representa el HC ante los usuarios, la mayoría expresó tener el deseo de ayudar a mejorar lo que sea necesario y a participar en ello de manera activa; el mismo deseo de ayudar para mejorar fue expresado por el personal de salud, lo cual puede llevar a pensar que es necesario hacer uso de este dinamismo expresado de manera adecuada y no excluyente, en la planeación y puesta en práctica de alternativas de solución.

La satisfacción del usuario, dadas sus características psicosociales, está conformada por variables que intervienen en las relaciones interpersonales, y en la práctica profesional; así un usuario califica de “buen servicio” y se “siente bien atendido” si por lo menos existe la mayoría de lo siguiente: 1) Un saludo cordial al llegar al hospital por parte del personal; 2) atención sin espera prolongada, otorgamiento de ficha sin esperar mucho tiempo; 3) explicación del diagnóstico y/o el tratamiento sin tecnicismos y en su lengua indígena (si es que la habla); 4) un ambiente agradable, sin calor, sin malos olores, sin basura, sin favoritismos en contra de él, sin “cobros excesivos”, 5) la consulta médica con el medicamento necesario, 6) seguimiento del avance en el tratamiento, mediante visitas domiciliarias. Aunque la satisfacción está en función de la resolución de la problemática, el usuario da una calificación de “buen servicio”, aunque no le resuelvan el problema pero sí que le otorguen “buen trato” en su estancia en el hospital. Finalmente, el usuario desea que lo traten con “dignidad, respeto y tolerancia”, aunque la mayoría de los usuarios no pongan en práctica estos valores de convivencia. Así que el usuario pide ser bien tratado, pero puede no tener la misma consideración para el personal de salud; “porque ellos están ahí para atender a los enfermos”. Por ello se molestan si llegan a solicitar servicio y se enteran que el médico o la enfermera están almorzando (como si ellos no tuvieran derecho a hacerlo). Y en ocasiones sucede que dadas las características psicosociales del personal de salud, prolongan el almuerzo con la intención (más inconsciente que consciente) de mostrar por un lado quién tiene el control y por el otro de pedir tolerancia hacia ellos. Al final, aparece otro círculo vicioso, representación de una “lucha disfrazada” en la

cual el usuario reclama para él un “buen servicio” y el personal de salud reclama “tolerancia y consideración”.

DISCUSIÓN

Si bien existe una diferencia entre los servicios proporcionados, las necesidades de los usuarios y la conceptualización de los programas por la Secretaría de Salud, no se le puede considerar como justificación válida para dejar de asistir al HC. Existe un gran porcentaje de población que desconoce los servicios que se prestan y en ello también justifican su “no asistencia” al mismo, sin embargo, la imagen idealizada que tienen del HC como solucionador de todas sus enfermedades, está condicionando la existencia de una brecha que se hace más grande cuanto más experiencias negativas tienen con el personal de salud. No se puede evaluar si los programas no son aceptados por que no están regionalizados o porque no se realizó la inclusión de manera adecuado de los destinatarios; aunque la información recolectada puede apuntar hacia esto último. Muchos de los usuarios reconocen su falta de responsabilidad para participar en los programas y servicios que ofrece el hospital y están conscientes que si participaran los beneficiados mayoritariamente serían ellos, sin embargo, citan constantemente “el mal trato”; y carentes de las herramientas para solucionar esta situación se generan un actitud de “por eso no voy”. Las diferencias que pudieran hacer poco atractivos los programas tienen que ver con la generalización de la cultura ciudadana con la que están matizados algunos programas y su falta de sensibilidad para adaptarse a las condiciones culturales de la población de estos municipios. Lo anterior puede ser resuelto otorgando al programa cierto grado de libertad para modificar, adaptar o cambiar algunas de las actividades, (con la responsabilidad de impactar los indicadores establecidos). Y por supuesto dotar a los HC de la capacidad de generar propios programas de acuerdo a las necesidades de los grupos de alto riesgo.

La casi nula intervención de la parte psicosocial de los usuarios, por parte de los programas que actualmente se realizan, hace necesario que se elaboren programas destinados a trabajar con esa parte de la

salud, no solo a nivel curativo sino preventivo (que es en donde más impacto tendría al construir valores sobre los cuales se levante una cultura de y para la salud).

En la aceptación del servicio de salud, las prácticas culturales juegan un papel importante. El uso de la herbolaria como alternativa de curación en estos pueblos es más una muestra de necesidad de “recurrir a ellos mismos” para solucionar sus problemas de salud, que una muestra “de atraso cultural”; por ello la lucha del modelo médico por aniquilar estas prácticas alejan más al HC del usuario que recurre a ellas. El usuario se siente no sólo excluido, sino lastimado cuando el personal de salud critica sus métodos de curación basados en la herbolaria y/o en algunas otras prácticas culturales. Lo mismo ocurre con la lengua indígena, el hablante no puede expresar todo el malestar (en síntomas) de manera adecuada y el médico no puede explicar el diagnóstico y tratamiento de manera correcta con lo cual “se lastiman” mutuamente en el intento por hacerse escuchar; y cada parte se queda con sus pensamientos y rencores para sí mismo, en un intento dialéctico de quererse ayudar.

Los usuarios son presa fácil de miedos, ante la noticia de la necesidad de una intervención quirúrgica, miedo que nace no solo de la brecha provocada por el lenguaje, sino por las experiencias narradas por anteriores pacientes que fueron intervenidos; miedo a no saber y/o entender qué es lo que van a hacerle, miedo a que se “vaya la luz cuando lo estén operando”, miedo a que “quede mal después de la operación”; en fin miedos. Lo difícil de la explicación de una intervención se magnifica si se toma en cuenta lo anteriormente comentado. La falta de explicaciones sencillas y “operativas” hacen nacer ideas erróneas de lo que es una intervención quirúrgica; y ante el personal de salud los miedos de los pacientes no tienen explicación pues el modelo médico no considera que sea difícil que el paciente se le dificulte entender un diagnóstico y/o tratamiento. La “privacidad” o pudor de los usuarios es también una de las barreras para que se acerquen a los servicios tales como el diagnóstico oportuno de Cáncer (DOC); el tabú es de mucho peso ante la necesidad de detectar una posible displasia, y más aún en un posible tratamiento. Es invasión total a la intimidad; que en muchas ocasiones el

personal de salud no considera con el cuidado necesario ante lo cotidiano que resultan para ellos estas prácticas. Lo mismo puede ocurrir en la atención de los partos, por parte de médicos de sexo masculino.

El desconocimiento que la mayoría de los usuarios tienen de los servicios que se ofrecen, puede ser una de las variables que están incentivando una imagen irreal del HC, pues al desconocer exactamente en qué los pueden ayudar el personal de salud, crean todo tipo de expectativas, las cuales la mayoría de las veces resultan falsas; generándoles un sentimiento de ser rechazados por el hospital. Dadas las características psicosociales de los usuarios, es grande la necesidad de buscar en el exterior un responsable de cuidar su salud (el locus de control es externo) y por ello el HC representa “el cuidador de su salud, el capaz de regresar la salud perdida”. En muchos casos, el personal del hospital representa “la última oportunidad de solución del problema de salud”; y es en este lugar donde no encuentra la solución a un problema para el cual no se buscó la solución en etapas incipientes en las cuales se pudo recuperar la salud de manera más fácil. Aunque no es la única variable que afecta la asistencia del usuario al hospital, si debe de considerarse importante al momento de planear una intervención. La mayoría de los entrevistados, solo reconoce a PROGRESA⁴ como programa del HC y que en él se aglutinan un conjunto de actividades en las cuales deben de participar para que no les retiren la beca.

Si tienen o no dinero los usuarios para pagar los servicios del HC es una cuestión que no queda clara. Ellos hacen referencia a los costos elevados que se les cobra por los servicios y que no los pueden pagar; por su parte el personal de salud refiere que los usuarios sí tienen dinero para pagar pero que no quieren (se ponen en su papel de necesitados). Lo cierto es que la revisión de las tarifas considerando variables no sólo económicas, sino lo satisfecho con el servicio permitiría establecer un “precio más razonable”. Considérese que por sus características psicosociales, no son responsables de su salud y sienten que no tienen por qué pagar para recuperarla; por ello el mejorar su autorresponsabilidad predispondría al usuario a “pagar lo necesario”.

Las estrategias de comunicación utilizadas por el HC están, en la mayoría, descontextualizadas de la realidad de estas comunidades: carteles con muchas letras, tecnicismos para explicar padecimientos o tratamientos, mucho énfasis en la curación y poco en la prevención; saturación de mensajes visuales y escritos, etc. El uso de la radio del Instituto Nacional Indigenista, es uno de los pocos aciertos para transmitir mensajes de salud en esta zona de la montaña, pues es un “medio de comunicación apropiado por los pobladores”, es suyo y lo que se dice a través de él es de y para ellos. Eso debe de ser el HC: “de ellos y para ellos”.

CONCLUSIONES

Las características psicosociales de los usuarios, influyen de manera importante al formarse una percepción de los servicios de salud. Si bien reportan deficiencias en la atención que reciben; también es cierto que su socialización y los niveles elevados de estrés condicionan una personalidad demandante (sin tolerancia, sin respeto, sin diálogo) que conduce a la formación de una imagen deteriorada acerca del HC. El uso indiscriminado, de la construcción de hospitales y centros de salud, como bandera política ha contribuido a que los habitantes de estos municipios se formen una imagen irreal de lo que el hospital les puede solucionar. La lengua indígena, las distancias entre los pueblos y el hospital, las ideologías religiosas y políticas, las experiencias de posibles negligencias médicas, son variables que han estado afectando la relación entre el usuario y hospital, reflejándose principalmente en la baja demanda del servicio de salud.

Por otro lado el hospital, en cuanto reproductor de estructura social, mantiene irresueltos muchos conflictos latentes entre el personal. De estos conflictos la mayoría son conscientes y expresan deseo de encontrar la solución. De esta manera, encontramos a los usuarios con deficientes herramientas psicosociales para enfrentar y solucionar de manera sana las situaciones cotidianas que pueden resultar problemáticas; y por el otro lado al personal de salud, algunos con iguales deficiencias psicosociales, tratando de encontrar y mantener un equilibrio entre sus razones internas y externas para estar

trabajando en el hospital y ofrecer un buen servicio. De aquí la necesidad de replantear algunas de las estrategias que se están siguiendo para ofertar el servicio, así como programar actividades que impacten la parte psicosocial no solo de los usuarios sino también del personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Arellano Cueva, Rolando A. *Comportamiento del Consumidor y Marketing: Aplicaciones prácticas para América Latina*. México: Harla S.A. de C.V., 1993.
- FranK, R., Massy, W. Y Wind, Y. *Market Segmentation*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
- Priego Álvarez, Heberto. El proceso de Compra en servicios de Salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1996;4:18-21.
- SSA. Diagnóstico de Salud de la Región de la Montaña de Guerrero. Jurisdicción Sanitaria de Tlapa de Comonfort, Secretaría de Salud. 2000.

NOTAS

- ¹ Tlapa de Comonfort es la sede de la jurisdicción sanitaria y la única que cuenta con un Hospital General, los demás municipios de la región poseen solo Hospitales de la Comunidad (HC).
- ² Si bien existen estudios que han definido al marginado: su personalidad y estilo de vida y han propuesto estrategias para modificarla (entre otros Martini, 1983; Gomezjara, 1982; Cueli, 1982; Siri, 1978), lo cierto es que al momento de retomarlos y traducirlos en actividades, la mayoría de las veces o chocan con estructuras rígidas de la administración o se pierden en la teorización de la realidad; de aquí que se haya optado por utilizar la metodología del enfoque de riesgo aplicado a variables psicosociales, y poder así obtener un perfil de los usuarios del servicio de salud.
- ³ Las recomendaciones de intervención no se incluyen en el presente artículo.
- ⁴ Hoy llamado **Oportunidades** por el gobierno federal.