

Las decisiones de los habitantes de Medellín en materia de servicios de salud^a

Luz Stella Álvarez C.^b

RESUMEN

Objetivo: se realizó una investigación cualitativa para conocer las preferencias en materia de salud, de habitantes de diferentes estratos sociales de Medellín y las razones que explican esas preferencias. El objetivo era establecer si existían patrones de comportamiento entre los informantes y si algunos de los modelos teóricos contribuían a explicar esos patrones. **Métodología:** se entrevistaron 46 personas entre los meses de julio y septiembre de 2005. Se les preguntó si habían estado enfermos durante los últimos tres meses, qué pasos habían dado para solucionar su problema y por qué razón lo habían hecho. **Resultados:** se encontró que los factores que más pesan en las decisiones tomadas por los entrevistados son razones de índole cultural; es así como buscan recursos en la medicina popular; financiera porque de acuerdo a los recursos de que disponen, acceden a servicios de salud; e insatisfacción con la medicina occidental y con la prestación de los servicios de salud. **Discusión:** los elementos que las personas tuvieron en cuenta para decidir en salud fueron diferentes a aquellos planteados en los modelos teóricos de comportamiento en salud. **Conclusiones:** se necesita acudir a elementos aportados por otras teorías que consultan el contexto económico, social y cultural para la explicación de las decisiones en salud.

Palabras clave: *modelos de comportamiento en salud, medicina popular, preferencias en salud de la población colombiana, sistema de salud colombiano, barreras acceso a servicios de salud, investigación cualitativa en salud.*

Cómo citar este artículo:

Álvarez LS. Las decisiones de los habitantes de Medellín en materia de servicios de salud. Invest Educ Enferm. 2008; 26(1): 98-105.

INTRODUCCIÓN

Desde la sociología, la psicología y la antropología se han producido modelos teóricos para explicar las creencias, los comportamientos y las razones por las cuales las personas toman decisiones relativas al cuidado de su salud. Los modelos más extensamente usados son el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model), la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo Explicativo, el Constructivismo Social y la guía para ayudar a los pacientes en la toma de decisiones (Patient Decision Aid).

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue desarrollado en 1950 y es el marco conceptual sobre el comportamiento individual en salud más extensamente usado¹⁻⁶. El Modelo afirma que las decisiones que las personas toman respecto a su salud, ya sea para prevenir las enfermedades, o para buscar un tratamiento, son determinadas por el peso que dan a cada uno de los siguientes elementos (a) susceptibilidad percibida. Es la percepción que cada individuo tiene sobre la probabilidad de experimentar una condición que afectaría adversamente su estado de salud; (b) severidad percibida. Es la percepción individual sobre la seriedad de las consecuencias de desarrollar una enfermedad o dejarla sin tratamiento; (c) ventajas percibidas. La conducta adoptada por un individuo en materia de salud depende de su creencia en la eficacia de las opciones disponibles para reducir la enfermedad y (d) barreras

a Investigación cualitativa realizada en Medellín entre junio 2005 y mayo 2006, financiada por la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia.

b Nutricionista Dietista, Magíster en Salud Pública, PHD en Salud Pública, Profesora Escuela de Nutrición y Dietética Universidad de Antioquia. Correo electrónico: lalvarez@pijaos.udea.edu.co.

Recibido: 19 de junio de 2007. Envío para correcciones: 18 de febrero de 2008. Aprobado: 26 de marzo de 2008

Health seeking behavior in Medellin

Luz Stella Álvarez C.

percibidas. Los individuos contrastan la eficacia prevista de la acción con sus percepciones sobre los costos, riesgos y efectos secundarios.

La Teoría de la Acción Razonada⁷⁻¹², asume que los individuos toman decisiones haciendo uso sistemático de la información de que disponen y considerando las implicaciones y consecuencias de una acción antes de decidir o no comprometerse con ella. Según esta teoría, la característica que mejor predice cualquier acción de un individuo en materia de salud es su intención de ejecutarla. La intención es una combinación de dos aspectos: (a) la evaluación de los resultados del comportamiento y (b) las influencias del ambiente social. Estas influencias son específicamente los valores concedidos por su grupo social al comportamiento en consideración, además de la motivación del individuo para comportarse según los patrones culturales de su grupo social¹.

El modelo explicativo se centra en los significados y las percepciones que las enfermedades y los aspectos relacionados con la salud tienen para los pacientes y para los profesionales de la salud. Su objetivo es facilitar el intercambio entre ambos grupos para hacer comprensibles las influencias sociales y culturales que cada una de las partes tiene cuando se encuentran en los servicios de salud¹.

La guía para ayudar a los pacientes en la toma de decisiones (Patient Decision Aids) no es un modelo explicativo de los comportamientos en salud. Se trata de un conjunto de herramientas puestas al servicio de los pacientes para que tomen decisiones en salud con base en la evidencia científica. Es una estrategia para socializar los hallazgos de las investigaciones y convertirlos en herramientas prácticas que le ayuden al paciente a tomar decisiones informadas sobre la conducta a seguir. Se trata de cualificar la participación del paciente, incrementando su conocimiento sobre opciones de tratamiento y posibles resultados¹³⁻¹⁴.

Los modelos mencionados tienen implicaciones prácticas en materia de políticas públicas. Por ejemplo, la perspectiva de modelos como el de creencias en salud, implica que las personas toman decisiones con base en

ABSTRACT

Objective: a qualitative study was carried out to explore health choices of Medellín's residents from different social strata and factors associated to decisions. The aim was to determine behavior patterns, if any, among informants and if a health behavior model contributes to explain any existing pattern. **Methodology:** forty six people from different social strata were interviewed from July to September 2005; informants were questioned about the diseases and ailments they suffered during the last three months, as well as the course of action taken and the reason for each decision made. **Results:** the study found that most relevant factors associated to people health choices are cultural reasons leading people to seek folk medicine, financial reasons related to economic resources to afford health service costs, confidence on the health professional, and dissatisfaction with Western biomedicine and with the Colombian health care delivery services. **Discussion:** the criteria to seek health therapies were different than those defined in the health behavior models. **Conclusions:** it is necessary to incorporate social, economic and cultural aspects when we try to explain people health seeking behavior.

Key words: *health seeking behavior models, folk medicine, people's health preferences in Colombia, health seeking behavior Colombian health system, barriers for access to health services, qualitative research in health.*

cálculos racionales, donde a cada factor se le da un peso específico dependiendo de la situación individual. Se trata de un cálculo de costo-beneficio aplicado al campo de las elecciones en salud. Algunos de esos modelos asumen que el conjunto de referentes culturales y condicionamientos sociales propios del grupo o sociedad en que las personas se desenvuelven, no cumplen un papel decisivo en las elecciones individuales.

Una perspectiva diferente es la planteada por el constructivismo social. En el campo de la antropología médica, la teoría del constructivismo social indica que la salud, la enfermedad y el comportamiento en salud se deben considerar como productos sociales y culturales¹⁵⁻¹⁶. Los conocimientos que soportan las prácticas en salud y las opciones terapéuticas escogidas por los individuos deberían ser considerados grupos de creencias que se crean en la interacción humana y con los significados preexistentes. Como producto de la creación humana, son contingentes y no responden a patrones universales válidos para todas las culturas¹⁵⁻²¹.

El objetivo de esta investigación fue explorar las alternativas terapéuticas escogidas por informantes de diversos estratos sociales en Medellín, y los factores sociales, económicos y culturales que pueden explicar esa selección. Se buscó establecer si hay algún patrón de comportamiento en las decisiones que las personas toman cuando buscan tratamiento para sus enfermedades, y si algunos de los modelos de comportamiento en salud podían ayudar a explicar las decisiones tomadas. En particular, el interés estaba puesto en las contribuciones del Modelo de Creencias en Salud para explicar las decisiones de los informantes, por ser el referente teórico más comúnmente usado y evaluado.

Un objetivo complementario era explorar si el nuevo sistema de salud colombiano, que se basa en el aseguramiento individual, con subsidio para los más pobres como herramienta para mejorar su acceso a servicios de salud, desplaza criterios de índole cultural en la toma de decisiones en salud. Estos aspectos culturales se refieren

a creencias y actitudes presentes por varios siglos entre la población colombiana que han coexistido en tensión con la medicina occidental. El objetivo era explorar si el mayor acceso a los servicios de salud, que teóricamente tiene hoy las personas de menores ingresos, aumenta la probabilidad de seleccionar las instituciones que hacen parte del sistema de salud.

METODOLOGÍA

El diseño metodológico de esta investigación, las estrategias de muestreo, la recolección de información, y el análisis de los datos se basaron en las premisas compartidas por la mayoría de los métodos cualitativos²²⁻²⁵, y especialmente, por dos metodologías: la Teoría Fundamentada (TF)²⁶⁻²⁷ y Procedimientos Rápidos de Recolección de Información (RAP)²⁸⁻²⁹. Igualmente se adoptaron algunas técnicas específicas de las guías de Miles y Huberman³⁰ sobre recolección y análisis de datos en estudios cualitativos. Estas metodologías eran apropiadas para este estudio dado, que su meta era construir una teoría fundamentada en la perspectiva de los informantes, en un tópico relacionado con su comportamiento en salud, en un período corto de tiempo.

Los informantes pertenecen a diferentes estratos sociales. En Medellín, al igual que en el resto de ciudades colombianas, la población está clasificada en seis estratos socioeconómicos. Las personas que habitan los barrios clasificados en estrato 1 tienen menores recursos económicos que el resto de la población; a medida que se asciende en la clasificación por estratos, las condiciones de vida son mejores, siendo el estrato 6 el nivel más alto.



1959. Edificios y techos. 38.5 x 51

Todos los informantes estaban en el rango de 30 a 60 años de edad y sabían leer y escribir. La mitad eran mujeres. El rango de 30-60 años se escogió porque este grupo de edad busca asistencia médica con mayor frecuencia que los menores de 30. Los informantes no eran profesores ni estudiantes de profesiones de la salud ni practicantes de la medicina popular y no se incluyeron mujeres embarazadas. Los entrevistados podían o no estar afiliados al sistema de salud. En Colombia, desde 1993, el sistema de salud es de aseguramiento individual y existen dos modalidades de afiliación: algunas personas (37% de la población) pertenecen al régimen contributivo³¹ porque están empleadas o porque tienen suficientes ingresos para pagar por sí mismos el costo del seguro. En el caso de las personas empleadas, el seguro es pagado conjuntamente entre el empleador y el empleado. Las personas con capacidad de pago que no son empleadas deben pagar ellas mismas el costo total del seguro³².

En Colombia el 37% de la población pertenece al régimen contributivo. El 44% de la población pertenece al régimen subsidiado³¹. Se trata de personas, que por sus bajos ingresos, reciben un subsidio del Estado para el pago del seguro. Este subsidio puede ser del 90%, 70%, ó 30% del costo de los tratamientos médicos. Tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado existen empresas aseguradoras de salud denominadas empresas promotoras de salud (EPS) y empresas administradoras del régimen subsidiado (ARS) respectivamente. El resto de la población colombiana, 19% no tiene seguro de salud³¹.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de julio y septiembre de 2005. Todos los entrevistados fueron contactados a través de informantes clave. En los estratos 1 a 4, estos informantes son líderes de organizaciones comunitarias en su vecindario. En los estratos 5 y 6 son empleados de compañías públicas y privadas. Las entrevistas se hicieron en las instalaciones de organizaciones sociales, en los sitios de trabajo o en los hogares de algunos informantes y duraron entre 40 minutos a una hora.

A los entrevistados se les pidió consentimiento para realizar la entrevista. El protocolo de la investigación fue aprobado por la Office for the Protection of Research Subjects de la Universidad de Illinois, en Chicago, y por la Universidad de Antioquia.

Para la recolección de información se utilizaron entrevistas semi-estructuradas³³. A cada entrevistado se le preguntó si había estado enfermo durante los últimos tres meses y qué había hecho para curarse. Qué recursos había utilizado o a qué instituciones había acudido. Además de la decisión tomada, en cada paso se le preguntaba por qué, para establecer cuál era el criterio para la toma de decisión.

Si, por ejemplo, la persona había buscado una institución de salud pero había encontrado una barrera para el acceso o si había buscado otro recurso terapéutico con base en otros criterios.

RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo al estrato social, iniciando con los estratos 1 y 2 e incluyendo a todos aquellos informantes que tienen seguro de salud, sea porque pertenecen al régimen contributivo o al régimen subsidiado; posteriormente se presentan los datos de las personas que no tienen seguro de salud.

Los recursos de salud más usados por las personas de menores recursos económicos (estratos 1 y 2) son en su orden: automedicarse, acudir al farmacéutico, contener el problema y posponer la solución, usar plantas medicinales y, sólo en última instancia, ir al médico asignado por la Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) o la Empresa Promotora de Salud (EPS) a la que están afiliados según el caso.

La mayoría de los informantes enfrentó barreras para acceder a los servicios de salud. Las barreras son generalmente el copago, el costo del transporte para trasladarse al centro de salud o al hospital y las trabas administrativas para obtener una cita. Estas barreras afectan inclusive a aquellas que pertenecen al régimen subsidiado y tienen subsidio del 90% de sus gastos médicos.

El copago es el dinero que la persona que tiene un seguro debe pagar en el momento de usar el servicio de salud. Funciona en casi todos los países en donde existe el sistema individual de aseguramiento y tiene por objetivo supuestamente evitar el uso excesivo de los servicios por parte del usuario.

Las mayores dificultades de acceso por el transporte las encuentran quienes pertenecen al régimen contributivo pero viven en barrios de estratos 1 y 2, ubicados en la periferia de la ciudad, porque desde su lugar de residencia deben desplazarse al centro de la ciudad o a otros barrios. La tercera barrera que impide o limita el acceso a los servicios de salud son los horarios y los mecanismos administrativos establecidos en las instituciones de salud para acceder a las citas.

En ocasiones las barreras impuestas por la falta de recursos para el transporte y para el copago sobrepasan la percepción de severidad. Aunque las personas sientan, o claramente sepan, que tienen o pueden tener una enfermedad grave, la barrera de costos o la administrativa se impone e impide el acceso.

Un pequeño grupo de personas de los estratos más pobres buscan hierbateros o rezaderos para resolver sus problemas de salud. Este nombre se le da a practicantes de la medicina popular que aprendieron su oficio gracias a la experiencia empírica y que usan plantas medicinales combinadas con rezos y pases mágicos para solucionar diferentes problemas, entre ellos los de salud, financieros y emocionales. Las personas que consultan hierbateros y rezaderos creen que hay enfermedades que pueden ser impuestas por otros –maleficios- y que sólo ellos pueden actuar en estos casos. Otros entrevistados dijeron que ellos no habían acudido a hierbateros y rezaderos pero que lo harían en situaciones desesperadas y enfermedades terminales para las que la medicina occidental no les ofrece alternativa.

Los recursos de salud buscados, así como las razones de búsqueda de los entrevistados de estrato 3 y 4 son diferentes. El recurso de salud más buscado es acudir a un médico de una institución de salud y, en segundo lugar, la automedicación y el uso de remedios caseros, especialmente de plantas medicinales. Las personas de estos estratos, especialmente los que tienen formación profesional, acuden con frecuencia a profesionales de la medicina alternativa tales como bioenergéticos, acupunturistas y homeópatas.

La mayoría de las personas entrevistadas que viven en vecindarios de estratos 3 y 4 están afiliadas al régimen contributivo ya sea porque trabajan, porque lo pagan por su propia cuenta o porque son beneficiarios de su esposo (a) o compañero (a).

Un elemento que caracteriza el comportamiento en salud de los informantes de estrato 3 en adelante, incluyendo los de estratos 5 y 6 es que algunos tienen, no un patrón de comportamiento, sino patrones de comportamiento de acuerdo al tipo de enfermedad o problema de salud que enfrentan. Las personas acuden a un tipo específico de tratamiento de acuerdo a la circunstancia o a su problema de salud, por ejemplo, ante un problema alérgico visitan un practicante de medicina alternativa pero frente a una infección aguda acuden a un practicante de medicina occidental.

En cuanto a las razones por las cuales las personas escogen los recursos de salud, se observa que a pesar de que la mayoría de los entrevistados de estratos 3 y 4 están afiliados al régimen contributivo y cuentan con seguro de salud, ellos también encuentran barreras para el acceso a los servicios de salud; estas barreras son en su mayoría de tipo administrativo, generalmente condicionadas por las cortapisas impuestas por las Empresas Promotoras

de Salud para desestimular el uso de los servicios. Son problemas relacionados con el horario, los tiempos de espera para las citas y los motivos de consulta permitidos. Las barreras obligaron en varios casos a buscar recursos diferentes a los de la EPS, aunque más costosos. Buscaron a otros profesionales privados, o acudieron a amigos y familiares que son profesionales de la salud.

Son varias las razones que llevan a la búsqueda de medicina alternativa. Una de ellas es que además de resolver los problemas de salud, prevenir las enfermedades y mantener la salud física y mental. Otra razón es la búsqueda de integralidad en los diagnósticos y tratamientos, involucrando el cuerpo, la mente y el espíritu. Estas personas, además, esperan que el profesional de salud explore las dimensiones psicológicas de su enfermedad y no sólo sus manifestaciones físicas. Algunos usuarios de medicina alternativa buscan superar lo que para ellos es una limitación de la medicina occidental, que enfatiza sólo los aspectos biológicos de la salud y la enfermedad. Otra razón que manifestaron algunos de sus usuarios, es que la medicina alternativa se corresponde con sus nociones sobre la salud y la enfermedad pues involucra aspectos como el manejo del estrés, el bienestar emocional o las buenas relaciones familiares.

Para los estratos 5 y 6 el recurso más comúnmente usado es el médico, y en menor proporción automedicarse y usar remedios caseros. Estas personas disponen de mayores recursos. Además de contar con la afiliación al régimen contributivo, la mayoría tiene pólizas de medicina prepagada, con recursos para pago de profesionales o con familiares y amigos que son profesionales de la salud. El médico al que acuden es generalmente el escogido dentro de la póliza de medicina prepagada, un profesional que ejerce su práctica en la medicina privada, un familiar médico y sólo en último lugar el médico asignado por la EPS. Igual que sucede en los estratos 3 y 4, las personas de estratos 5 y 6 buscan con frecuencia médicos egresados de universidades que practican algunas modalidades de medicina alternativa tales como homeopatía, bioenergética y acupuntura.

Las razones para escoger el profesional de salud en estos estratos casi siempre son la confianza, la comodidad y la oportunidad de los servicios. Se trata de familiares, amigos, personas previamente consultadas o bien recomendadas. Un elemento central en esta escogencia es la claridad de que se trata de personas egresadas de una universidad acreditada. La confianza en el profesional es un elemento que va más allá de saber que la persona tiene los conocimientos y las habilidades necesarias para resolver el

problema que se le consulta. En muchos casos, las personas entrevistadas refirieron como confianza el hecho de saber que el médico los conoce, conoce su historia, los llama por su nombre.

Por último se destaca una situación especial que viven las personas de cualquier estrato que no están afiliadas al régimen contributivo ni al subsidiado, que no tienen seguro de salud. En esta investigación se encontraron personas en esta situación que pertenecen a los estratos 1, 3 y 4. Se trata de desempleados o persona con empleos informales que no pueden pagar con sus propios recursos el costo del seguro de salud. Estas personas tienen el mismo patrón de comportamiento independiente de su estrato social. Todas, en primer lugar, se automedican o utilizan remedios caseros aún en los casos en que consideran que la enfermedad que tienen es grave o potencialmente grave. En segundo lugar consultan con un farmacéuta.

En síntesis, en la investigación se encontró que a) las personas de menores recursos económicos y los que no tienen seguro de salud toman las decisiones sobre los recursos terapéuticos básicamente por las limitaciones que las barreras, especialmente las financieras, les imponen; b) algunas personas buscan las alternativas terapéuticas dependiendo del tipo de enfermedad que padecen. Es el caso de aquellos que acuden a la medicina popular porque creen en enfermedades impuestas por otros (maleficios), y es también el caso de las personas que acuden a la medicina alternativa; c) algunas personas buscan alternativas terapéuticas dependiendo de su concepto sobre la salud y la enfermedad. Es también el caso de algunos usuarios frecuentes de la medicina alternativa y de usuarios de la medicina popular; y d) la confianza en el personal, la cercanía de las instituciones de salud y la oportunidad de los servicios son los factores que más pesan en las personas de estratos superiores.

DISCUSIÓN

Se puede afirmar que, como lo sustentan algunos de los modelos de comportamiento en salud y en particular el Modelo de Creencias en Salud, en las personas pesan diferentes elementos para tomar la decisión sobre qué alternativa escoger cuando están buscando solucionar sus problemas de salud. Sin embargo, se observa que los elementos considerados son mayores y más complejos que los del Modelo de Creencias en Salud y que el peso específico de cada elemento no es siempre el mismo, depende del contexto socioeconómico al que se hace referencia.

Con respecto a cuáles son los elementos que las personas consideran al tomar decisiones en salud, se nota que

hay tres aspectos relacionados entre sí, que los modelos de comportamiento en salud no integran suficientemente. La diferencia entre los criterios por los cuales las personas toman las decisiones y la base conceptual de los modelos teóricos de comportamiento en salud radica en que las concepciones sobre la salud y la enfermedad y las expectativas en el sector salud y en los profesionales de la salud parecen tener un rol significativo no considerado en los modelos.

El primero de los tres aspectos es que hay ocasiones en que las personas buscan determinados recursos de salud llevados por una particular visión sobre qué es la salud y la enfermedad y cuál es la etiología de las enfermedades, por ejemplo, cuando creen que hay enfermedades impuestas por otros, como algunos usuarios de la medicina popular, o cuando piensan que la salud no es sólo una condición física, sino que incluye las esferas emocional y mental, como algunos usuarios de la medicina alternativa.

En segundo lugar, hay ocasiones en que las personas escogen una alternativa terapéutica u otra, dependiendo del tipo de enfermedad que enfrentan por ejemplo, cuando presentan una enfermedad respiratoria crónica o una alergia, acuden al practicante de medicina alternativa, pero cuando se trata de otras enfermedades acuden al médico occidental. En estos casos no se trata del peso de las barreras, la susceptibilidad, la gravedad ni las ventajas. Se trata de criterios de elección más complejos. No hay un patrón de comportamiento, sino patrones de comportamiento que ponen a la medicina occidental en el mismo orden jerárquico que otras alternativas, un recurso más, que se usa en ciertos casos, ciertas enfermedades, pero donde otras alternativas disponibles también son consideradas y usadas.

En tercer lugar se observa que actualmente los profesionales de la salud son requeridos para dar solución a problemas o situaciones que la medicina occidental ha considerado tradicionalmente por fuera del ámbito del sector salud. Es el caso de personas que buscan equilibrio emocional, mejoramiento de las relaciones familiares, manejo del estrés, bienestar personal. Es decir, motivos de consulta a los profesionales de la salud que no están necesariamente relacionados con el padecimiento de lo que tradicionalmente se ha catalogado como una enfermedad. Por lo tanto criterios como la gravedad, las ventajas, la susceptibilidad no juegan un rol central en estos casos.

Otro interrogante planteado sobre la fuerza explicativa de los modelos de comportamiento en salud es si el peso de cada uno de los elementos cambia de acuerdo a los diferentes contextos sociales y económicos. En el caso del Modelo de Creencias en Salud el interrogante es ¿la susceptibilidad percibida, gravedad percibida, las

barreras, juegan el mismo rol en los distintos estratos sociales? No parece ser así. Tal vez para las personas de mayores recursos económicos, cada uno de los elementos del modelo pueda ser considerado en igualdad de condiciones, y después de pesar cada uno de ellos, decidan la conducta a seguir y el tipo de recurso de salud a buscar. Sin embargo, para las personas de menores ingresos, las barreras, especialmente las financieras, no son sólo un elemento más en los cálculos, sino que se constituyen en el elemento único y central que determina las decisiones a seguir. En algunos casos cuando las personas más pobres saben que no tienen los recursos económicos para acudir a las instituciones de salud, criterios como la gravedad y la susceptibilidad percibidas pasan a un segundo plano y la barrera en el acceso se constituye en el elemento determinante de la decisión.

Referentes teóricos como el constructivismo social parecen aportar otros elementos para el análisis de las decisiones tomadas por las personas en materia de salud. Como se anotó, muchas veces las decisiones tienen fundamento en referentes culturales relacionados con los conceptos sobre la salud y la enfermedad. Otro aspecto crucial en la toma de decisiones son las expectativas que tienen y las demandas que las personas hacen a la prestación de los servicios de salud. También es central en el análisis, la estructura del sistema de salud que facilita o entorpece el acceso a los servicios de ciertos grupos sociales y la respuesta que estos grupos dan a esas limitaciones y potencialidades del sistema. Esos son elementos producto de la cultura y las relaciones sociales que, más que patrones universales, parecen ser propios de cada contexto particular.

Finalmente es importante destacar que este fue un estudio exploratorio, con una pequeña muestra, que no fue diseñado para confirmar o descartar ninguno de los modelos de comportamiento en salud analizados. Se trató de una primera aproximación al objeto de estudio que señalara posibles asuntos a profundizar. Se hace necesario continuar en esta misma línea de trabajo, preferiblemente teniendo en consideración una mayor población con el objetivo de conocer con mayor profundidad las razones que llevan a las personas a tomar las decisiones en salud.

CONCLUSIONES

Los modelos que se han elaborado desde diferentes disciplinas para explicar las razones por las cuales las personas toman decisiones en salud, de los cuales el Modelo de Comportamiento en Salud ha sido el de mayor aceptación en el campo científico, fueron insuficientes para interpretar las decisiones tomadas por los participantes en esta

investigación. Las personas deciden la acción a seguir dependiendo de otros criterios además de la gravedad y la susceptibilidad percibidas, las barreras y las ventajas. También cuentan para ellas sus conceptos sobre salud y enfermedad, su interpretación sobre las causas del padecimiento que enfrentan, sus expectativas con los profesionales de salud y la organización del sistema de salud. Por lo tanto, se necesita acudir a elementos aportados por otras teorías que consultan el contexto económico, social y cultural para la explicación de las decisiones en salud.

La autora agradece la financiación de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia para la realización de esta investigación. Además, los comentarios y aportes de los profesores Susan Scrimshaw, Jack Salmon, Daniel Swartzman, Kristine Jones y Ben Greenspan, de la Universidad de Illinois, Chicago.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scrimshaw S. Culture, behavior and health. En: Merson M, Black R, Mills A, editores. *International Public health*. Gaithersburg: Aspen; 2000. p.43-64.
2. Janz NK, Becker MH. The health belief model a decade later. *Health Educ Q*. 1984; 11(1): 1-47.
3. Janz NK, Schotenfel D, Doerr K.M, Selig SM. A two-step intervention to increase mammography among women 65 and older. *Am J Public Health*. 1997; 87(10): 1683-87.
4. Janz NK, Champion VI, Strecher VJ. The health belief model. En: Glanz K, Rimer K, Lewis FM, editores. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. 3ª ed. San Francisco CA: Jossey-Bass; 2002. p.45-65.
5. Betancourt JR. Cultural competency: providing quality care to diverse populations. *Consult Pharm*. 2006; 21(12): 988-95.
6. Iriyama S, Nakahara S, Jimba M, Ichikawa M, Wakai S. AIDS health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: a test of perceived severity and susceptibility. *Public Health*. 2007; 121(1): 64-72.
7. Perkins MB, Jensen PS, Jaccard J, Gollwitzer P, Oettingen G, et al. Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: what do we know? *Psychiatr Serv*. 2007; 58(3): 342-8.
8. Ajzen I, Fishbein M, Heilbroner RL. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. 3ª ed. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall. 1980. 278 p.
9. Ajzen I. Theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process*. 1991; 50(2): 179-204.

10. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavior control. *J Exp Soc Psychol.* 1986; 22: 453-474.
11. Guo Q, Johnson CA, Unger JB, Lee L, Xie B, Chou CP, et al. Utility of the theory of reasoned action and theory of planned behavior for predicting Chinese adolescent smoking. *Addict Behav.* 2007; 32(5): 1066-1081.
12. Cha ES, Doswell WM, Kim KH, Charron-Prochownik D, Patrick TE. Evaluating the theory of planned behavior to explain intention to engage in premarital sex amongst Korean college students: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44 (7): 1147-1157.
13. Tugwel P, Santesso N, O'Connor MA, Wilson A. Knowledge translation for effective consumers. *Phys Ther.* 2007; 87(12): 1728-1739.
14. O'Connor MA, Stacey D, Légaré F. Coaching to support patients in making decisions. *BMJ.* 2008; 336 (7638): 228-229.
15. Berger PL, Luckmann T. The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge. Garden City, N.Y: Doubleday; 1967. p.129-184.
16. Lupton D. The social construction of the medicine and the body. En: Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, editores. *Handbook of Social studies in health and medicine.* Thousand Oaks, CA: SAGE; 2000. p.50-63.
17. Muehlenhard CL, Kimes LA. The social construction of violence: the case of sexual and domestic violence. *Pers Soc Psychol Rev.* 1999; 3(3): 234-245.
18. Stevenson C. Theoretical and methodological approaches in discourse analysis. *Nurse Res.* 2004; 12(2): 17-29.
19. White R. Discourse analysis and social constructionism. *Nurse Res.* 2004; 12(2): 7-16.
20. Gergen KJ, Lightfoot C, Sydow L. Social construction: vistas in clinical child and adolescent psychology. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004; 33(2): 389-99.
21. McElroy A, Jezewski A. Cultural variation in the experience of health and illness. En: Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, editores. *Handbook of social studies in health and medicine.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2000. p.191-209.
22. Roelofs C. Using qualitative methods to evaluate and make change in the work environment. *New Solut.* 2005; 15(4): 337-41.
23. Donalek JG. Choosing among qualitative traditions. *Urol Nurs.* 2004; 24(5): 409-10, 422.
24. Cook KE. Using critical ethnography to explore issues in health promotion. *Qual Health Res.* 2005; 15(1): 129-138.
25. Morse JM. Beyond the clinical trial: expanding criteria for evidence. *Qual Health Res.* 2005; 15(1): 3- 4.
26. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.* Thousand Oaks, CA: Sage; 1998. p.1-56.
27. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* New York: Aldine de Gruyter; 1967. p.1-70.
28. Scrimshaw NS, Hurtado E. Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care. *Anthropological approaches to improving program effectiveness.* Los Angeles: UCLA Latin American Center; 1987. p.12-35.
29. Scrimshaw NS, Gleason GR, editores. *Rapid assessment procedures. Qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes.* Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries; 1992. p.10-25.
30. Miles MB, Huberman M. *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook.* 2ª ed. Thousands Oaks, CA: Sage; 1994. p.2-85.
31. Ministerio de Protección Social. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptima de Senado de la República y Cámara de Representantes 2006-2007 [Internet]. Bogotá D. C: Ministerio de Protección Social; 2007 [acceso abril 21 de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15290DocumentNo2353.PDF>
32. Colombia. Congreso de la República. Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Ley 100 de 1993. Bogotá, DC: Congreso de la República; 1993.
33. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ.* 1995; 311(6999): 251-253.