

1982

Aspectos Atribucionales de la Utilización de Servicios de Salud. (Attributional Aspects of the Utilization of Health Services)

Gerardo Marín

University of San Francisco, marin@usfca.edu

B Marín

A.M. Padilla

Follow this and additional works at: <http://repository.usfca.edu/psyc>

 Part of the [Psychology Commons](#), and the [Sociology Commons](#)

Recommended Citation

Marín, G., Marín, B., & Padilla, A.M. (1982). Aspectos atribucionales de la utilización de servicios de salud. (Attributional aspects of the utilization of health services). *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 16, 78-89.

This Article is brought to you for free and open access by the College of Arts and Sciences at USF Scholarship: a digital repository @ Gleeson Library | Geschke Center. It has been accepted for inclusion in Psychology by an authorized administrator of USF Scholarship: a digital repository @ Gleeson Library | Geschke Center. For more information, please contact repository@usfca.edu.

ASPECTOS ATRIBUCIONALES DE LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

GERARDO MARIN
University of San Francisco
U.S.A.

BARBARA V. MARIN
University of California, San Francisco
U.S.A.

AMÁDO M. PADILLA
University of California, Los Angeles
U.S.A.

Este artículo reporta las respuestas que 100 Hispanos residentes del Este de Los Angeles en California dieron cuando se les preguntó el por qué ellos, sus familiares y la gente en general no recibían los servicios sanitarios que necesitaban. Como se ha encontrado en otros estudios, las razones consideradas como más importantes por los sujetos incluyeron el alto costo de los servicios de salud, la falta de seguros médicos, el problema de ser indocumentado, la falta de una persona que cuide a los hijos, el no poder dejar el trabajo para recibir los servicios, las largas esperas, y dificultades con el Inglés. Razones culturales tales como la preferencia por curanderos, el temor al médico y la modestia no fueron consideradas tan importantes como algunos autores han propuesto. Al preguntárseles a los sujetos por qué ellos no habían recibido servicios sanitarios que requerían en el pasado, en su mayoría mencionaron causas relacionadas con el sistema de prestación de los servicios mientras que al explicar la misma conducta por parte de sus familiares lo hacían aduciendo a factores internos tales como la pereza. En este sentido los sujetos percibían el fenómeno de la baja utilización de servicios sanitarios de la misma forma que algunos investigadores donde la responsabilidad se coloca en el individuo y no en el sistema sanitario aún cuando previamente habían evaluado a factores relacionados con el sistema sanitario como los más importantes al explicar el por qué ellos y la gente en general no recibían los servicios que requerían.

This paper reports on the answers given by 100 Hispanic residents of East Los Angeles, California to questions dealing with why they themselves, their families and people in general did not receive proper health care. As has been found in other studies, the reasons considered as most important by the subjects were the high cost of health services, the lack of medical insurance, being undocumented, lack of child care, long waits and difficulties in speaking English. Cultural reasons such as a preference for curanderos, fear of physicians or modesty were not considered as important as some authors have proposed. When respondents were asked why they themselves had not received services they needed, most of them mentioned causes that were related with the health delivery system while when explaining the behavior of others they utilized internal factors such as laziness. In this sense, the respondents viewed the issue of underutilization of service in the same fashion as some researchers where the responsibility is placed on the individual and not on the health delivery system, even though they mentioned problems with the system as the most significant reasons for why they themselves and people in general don't receive the medical attention they require.

Uno de los serios problemas de la comunidad Hispana en los Estados Unidos es la baja tasa de utilización de servicios de salud por parte de los miembros de esa comunidad. La Encuesta de Salud de California demostró que en 1955, los México-Americanos visitaban al médico un promedio de 2,3 veces al año mientras que los grupos Anglo-Sajones lo hacían 4,6 veces por año. Cuando se excluyen admisiones por partos de los datos relacionados con la utilización de hospitales, los México-Americanos tenían una tasa de 45 admisiones al hospital por cada 1,000 personas mientras que los Anglo-Sajones presentaban una tasa de 75 admisiones por cada mil individuos (Moustafa & Weiss, 1968). Estos patrones en la utilización de servicios de salud han continuado aunque las diferencias entre los dos grupos son menos drásticas. En entrevistas con 4,000 personas, los sujetos México-Americanos reportaron menos visitas médicas que los Anglo-Sajones así como el hecho de que los México-Americanos tenían menos frecuentemente una fuente regular de servicios médicos. Mas aún, los Anglo-Sajones reportaron el haber recibido exámenes médicos en el pasado con una frecuencia casi el doble del número reportado por los México-Americanos (Roberts & Lee, 1980).

Parte de las diferencias en los patrones del uso de los servicios médicos por parte de los Hispanos y de los Anglo-Sajones se debe a la mínima utilización de servicios preventivos por parte de los primeros. Varios estudios han demostrado que los Hispanos reciben menos cuidados pre-natales (Bullough, 1972; Teller 1978), menos cuidados dentales (Anderson, Lewis, Giachello, Aday & Shiu, 1981; García & Juarez, 1978; Roberts & Lee, 1980) menos cuidados médicos (Anderson et al., 1981; Bullough, 1972; Roberts & Lee, 1980), menos servicios de planificación familiar (Bullough, 1973) y menos exámenes oftalmológicos (Roberts & Lee, 1980). Mas aún, una razón que no puede aducirse en este caso es la de una mejor salud por parte de los grupos Hispanos dado que varios estudios han demostrado tasas de enfermedad más altas para este grupo que para los grupos Anglo-Sajones (Aranda, 1971; Moustafa & Weiss, 1968; Quesada & Heller, 1977).

Las razones frecuentemente utilizadas para explicar la baja tasa de utilización de servicios de salud son de hecho atribuciones de causalidad y la teoría de la atribución en psicología social provee un interesante marco teórico para analizar el fenómeno de la utilización de servicios. De hecho, las razones que se

han propuesto para la explicación de este problema de la baja utilización de servicios de salud pueden concebirse como factores internos al individuo o como factores externos. Los factores internos incluyen rasgos de personalidad, predisposiciones del individuo y factores culturales que podrían estar influyendo en el comportamiento. Los factores externos incluyen todos los impedimentos ambientales que pueden estar obstruyendo el acceso a los servicios médicos. Desafortunadamente hay ciertos factores que se pueden percibir de ambas maneras, como por ejemplo el factor económico. La pobreza de una persona puede ser considerada como un rasgo y por lo tanto un factor interno, pero un sistema de salud muy costoso que excluye a esa persona es un factor externo que influye en la tasa de utilización de los servicios.

El análisis de estas atribuciones se hace importante dadas las diferencias entre las atribuciones del actor y las del observador. Un actor al considerar su comportamiento enfatiza el rol de las condiciones ambientales en el momento de la acción. Un observador en cambio ve el mismo comportamiento, pero enfatiza el rol de las disposiciones o características del actor cuando trata de explicar la causa de ese comportamiento (Jones & Nisbett, 1971). En el campo de la utilización de servicios de salud, el énfasis por parte de los investigadores ha sido primordialmente el buscar las características internas o culturales que podrían explicar el comportamiento de la baja utilización de los servicios por parte de los Hispanos.

La naturaleza de la cultura Hispana, por ejemplo, ha sido propuesta por varios autores como la razón por la cual Hispanos no utilizan servicios médicos de la misma manera que los grupos Anglo-Sajones. Algunos autores sugieren que el familismo que subyace las manifestaciones culturales de los Hispanos interfiere en la utilización apropiada de los servicios médicos aunque un estudio ha demostrado que la dependencia en la familia extendida promueve y cohera al mismo tiempo la utilización de los servicios de salud (Hoppe & Heller, 1975). Otro autor (Suchman, 1964, 1965) ha propuesto que la cohesión de grupo y el etnocentrismo de los Puertorriqueños están relacionados con el desconocimiento de la existencia de los servicios médicos y un cierto escepticismo sobre su efectividad. El machismo y un extremo pudor también han sido propuestos como explicaciones de las bajas tasas de utilización de los servicios de salud por parte de los Hispanos (Galli, 1975; Moustafa & Weiss, 1968; Reeder & Reeder, 1964). Otros autores proponen que los Hispanos no confían en médicos Anglo-Sajones (Fuentes, 1972; Moustafa & Weiss, 1968) o que los Hispanos frecuentemente ignoran los síntomas de la enfermedad hasta que ésta llegue a un estado avanzado de gravedad (Moustafa & Weiss, 1968).

El uso de la medicina folklórica y de curanderos es otra de las razones frecuentemente mencionadas como explicaciones culturales para las bajas tasas de utilización de servicios de salud (incluyendo a los servicios de salud mental) por parte de los Hispanos. Desde la década de los años 50 varios antropólogos y otro investigadores han estado estudiando las creencias sobre salud folklórica de los México-Americanos y de otros grupos Hispanos (Baca, 1969; Clark, 1958; Madsen, 1964; Rubel, 1966; Saunders, 1954; Schulman, 1960). Desafortunadamente estos investigadores han trabajado por lo regular en áreas rurales de los Estados Unidos y con poblaciones bastantes aisladas haciendo de esta manera que sus datos sean difíciles de generalizar a la mayoría de los Hispanos de las grandes ciudades estadounidenses. Estudios más recientes demuestran que existe una cierta prevalencia en la utilización de servicios de medicina folklórica pero la frecuencia de utilización es probablemente muy limitada y no está relacionada con el uso de servicios médicos (Farge, 1973; Nall & Spielberg, 1967; Teller, 1978; Weaver, 1970).

La dificultad con estas explicaciones culturales (internas) es que la baja utilización de servicios de salud puede explicarse culpando a la víctima - sugiriendo que si los Hispanos fueran más como los Anglo-Sajones entonces podrían recibir todos los servicios de salud que necesitan. Este es de hecho el argumento de la "cultura de la pobreza" que ha sido utilizado para explicar los patrones conductuales de diversos grupos en países desarrollados y en vías de desarrollo. Se supone que un rasgo interno del individuo, su cultura o su crianza lo haya formado para que actúe de cierta manera, en este caso, para que no utilice los servicios de salud.

Un área que merece más atención de la que ha recibido por parte de investigadores es el efecto de los obstáculos o barreras impuestas por el sistema de salud para que los Hispanos no reciban los cuidados adecuados. Estos factores externos al individuo han sido menos atractivos como área de estudio, pero son bastantes prometedores. No hay duda, por ejemplo, de que personas de bajos recursos económicos no pueden pagar el costo de los servicios médicos cuando estos continúan aumentando en precio en una proporción superior al aumento de los salarios, como sucede en los Estados Unidos. De hecho, varios estudios han encontrado que los ingresos económicos son un factor determinante en la utilización de servicios médicos por parte de los Hispanos (Anderson et al., 1981; Lee 1972; Melgares, 1975; Moustafa & Weiss, 1968; Quesada & Heller, 1977; Roberts & Lee, 1980). Pero aún cuando se controla la variable de recursos económicos, las diferencias en las tasas de utilización de servicios entre Hispanos y Anglos siguen siendo significativas (Anderson et al., 1981; Roberts & Lee, 1980).

El impacto de bajos ingresos en la tasa de utilización de cuidados médicos se ve aumentado por el hecho de que un gran número de Hispanos de bajos recursos económicos no tienen seguros médicos (Anderson et al., 1981; California Raza Health Alliance, 1979; Roberts & Lee, 1980).

Individuos de bajos recursos económicos tienen dificultad en obtener servicios de salud por varias razones: en algunos casos, los servicios no están disponibles o es difícil el llegar a ellos. En otros casos es problemático recibir cuidados médicos debido a largas esperas, falta de atención en horas de la noche o a problemas de transporte. De hecho, varios autores han demostrado el efecto de estas barreras en la calidad de los servicios de salud que reciben los Hispanos (California Raza Health Alliance, 1979; Dutton, 1978; Hayes-Bautista, 1973; Laosa, Burstein & Martin, 1975; Melgares, 1975; Quesada & Heller, 1977; Torres-Gil, 1978). Como un ejemplo, en 1976 la Comisión sobre Políticas de Personal en Servicios de Salud para California determinó que en áreas con una alta proporción de Hispanos como el Este de los Angeles había un médico para cada 3,700 personas mientras que en áreas Anglo-Sajones de clase media y alta había un médico para cada 458 personas (California Raza Health Alliance, 1979).

Aunque todos los individuos de bajos ingresos se enfrentan a serios problemas para poder recibir servicios de salud, el sistema de salud de los Estados Unidos presenta otras barreras adicionales que impiden el que los Hispanos reciban los cuidados que necesitan. El primer y más obvio de estos obstáculos es el idioma. Un 65% de los Hispanos en Estados Unidos prefieren el hablar en Castellano y aproximadamente una tercera parte son monolingües (California Raza Health Alliance, 1979). Es frecuente el que un Hispano no logre ni siquiera obtener servicios de salud por teléfono debido a la falta de una telefonista que hable Castellano (Lee, 1972).

Este obstáculo del idioma se debe en parte a la falta de proveedores de servicios de salud que sean bilingües (Hayes-Bautista, 1973; Melgares, 1975; Quesada, 1973; Quesada & Heller, 1977). Aunque los Hispanos representan el 16% de la población de California, sólo un 1% de los médicos o enfermeras de todo el estado son Hispanos (California Raza Health Alliance, 1979). Un estudio

de los estados del Sur-Oeste de los Estados Unidos ha demostrado también que los México-Americanos no están suficientemente representados en las ocupaciones de más prestigio dentro del sistema de salud (D'Antonio & Samora, 1962). Desafortunadamente esta situación no cambiará en el futuro próximo toda vez que los Hispanos representan un número muy limitado de estudiantes en escuelas de medicina y enfermería (California Raza Health Alliance, 1979).

La falta de documentos de inmigración es otra barrera que el sistema le impone a los Hispanos. Los servicios de salud no pueden ser obtenidos por un individuo sin documentos de inmigración toda vez que las leyes federales y estatales por lo general prohíben la utilización de fondos gubernamentales para proveer cuidados a individuos sin sus papeles en regla. Un ejemplo es el caso de California donde se estima que existen 1,275,000 Hispanos sin documentos de inmigración (California Raza Health Alliance, 1979): En el condado de San Diego por ejemplo, un individuo sin documentos no puede recibir ni siquiera servicios de emergencia. En el condado de Orange los pacientes deben presentar documentos de residencia antes de recibir los servicios de salud ofrecidos por el condado (Dallek, 1979). Ya que la deportación puede ser la consecuencia de buscar atención sanitaria, no hay duda de que un Hispano sin documentos va a estar temeroso de solicitar los servicios que requiere. Como resultados de esta situación, los Hispanos por lo general desconocen los servicios comunitarios que les son disponibles y los utilizan menos que aquellos individuos con sus documentos de residencia (Salcido, 1979).

En resumen, hay una serie de factores externos e internos que han sido atribuidos como razones para la baja utilización de servicios médicos por parte de los Hispanos en Estados Unidos. Las explicaciones internas al individuo incluyen ciertos rasgos estereotípicos de personalidad, así como patrones culturales como el familismo y el uso de la medicina folklórica. Por lo general estas explicaciones internas provienen de estudios poco confiables. Al mismo tiempo se han sugerido una serie de factores externos que podrían influir en la utilización de servicios. Estos incluyen la dificultad de acceso y el costo de los indocumentados. Aunque el papel de los factores económicos ha sido documentado, pocos autores han investigado el efecto que problemas con el idioma o con la documentación de inmigración tienen en la utilización de servicios.

Este estudio investigó varios aspectos de la utilización de servicios de salud por parte de los Hispanos permitiendo el que ellos mismos identificaran las razones que percibían como más importantes para explicar la baja tasa de utilización de cuidados de salud.

METODO

Sujetos

Un total de 100 Hispanos adultos fueron entrevistados mientras esperaban recibir servicios de salud o acompañaban a un familiar en una clínica comunitaria de bajo costo en Los Angeles, California. Un total de 51 hombres y 49 mujeres fueron seleccionados al azar con un rango de edades de los 16 a los 72 años. La clínica se escogió porque sirve a una población Hispana y es similar a otras clínicas comunitarias en el área de Los Angeles.

Procedimientos

Cada sujeto fue entrevistado individualmente por aproximadamente 30 minutos. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en una sala privada dentro de la clínica y todas se condujeron en Castellano.

Instrumento.

La entrevista utilizada en este estudio consistió de varias preguntas abiertas y de formato cerrado que incluían información socio-demográfica de los sujetos así como patrones de utilización de servicios, razones percibidas como importantes para la baja utilización de servicios sanitarios y respuestas típicas ante ciertos síntomas.

RESULTADOS

Los sujetos entrevistados en el estudio fueron en su mayoría de bajos recursos económicos: Un 56% ganaba U.S. \$ 600 o menos por mes mientras que un 60% de ellos mantenían a cuatro o más personas. El nivel educacional de los sujetos era también bastante bajo con un 52% habiendo recibido solo educación primaria (completa o incompleta). Aunque un 17% de los entrevistados estaban desempleados y 23% estaban trabajando parte del tiempo, sólo un 7% estaba recibiendo ayuda económica del gobierno. El 79% de los entrevistados había nacido en América Latina, en su mayoría en México o América Central.

Confirmando los resultados de investigaciones previas, los datos de este estudio demuestran que la mayoría de los entrevistados han utilizado servicios médicos con menos frecuencia de lo esperado. Un 25% de los entrevistados nunca había visitado a un dentista y la mitad nunca había visitado a un médico privado o a un optómetra. Tomando en cuenta solamente los 12 meses anteriores a la entrevista, sólo del 20% al 33% de los entrevistados había visitado a un médico privado, un optómetra o un dentista. En muchos casos los servicios eran necesarios, dado que un 20% de los sujetos contestaron afirmativamente a que ellos o algún miembro de su familia había querido ver a un médico, pero no había podido hacerlo. Los entrevistados utilizaban cuidados preventivos con poca frecuencia. Menos de un 20% de todas las visitas a otras clínicas, a dentistas o a optómetras se hicieron con el propósito de obtener cuidados preventivos, y sólo un 6% de las visitas a médicos privados se hicieron con ese propósito.

Las visitas a los que proveen medicina folklórica no explican este fenómeno del bajo uso de servicios de salud. Menos del 20% de los entrevistados había utilizado los servicios de sobadores, yerberas, o curanderos en los 12 meses anteriores a la entrevista. Además, las personas que utilizaron esta clase de servicios eran más propensas a usar otros servicios médicos que los demás sujetos. Mientras que el promedio de visitas para servicios médicos para todo el grupo era de 3.2, el promedio de visitas a servicios médicos para los que también utilizaron servicios folklóricos era de 4.2.

Dado que había una baja utilización de servicios médicos en este grupo nos interesó saber las razones o atribuciones que este mismo grupo daba para explicar este fenómeno. Durante la entrevista se les presentó a los entrevistados una lista de las razones más frecuentemente mencionadas en la literatura para explicar por qué los Hispanos no usan los servicios médicos. Se les pidió así mismo el que indicaran la importancia de cada una de esas razones en la baja utilización de servicios médicos. Los resultados demuestran que los factores externos fueron los que recibieron puntajes más altos en cuanto a su importancia.

La tabla 1 indica que los factores de costo, falta de seguro médico, falta de documentos de inmigración, falta de quien les cuide los hijos y el no poder dejar el trabajo para ir al médico son las razones percibidas como más importantes por los entrevistados para explicar el fenómeno del bajo uso de los servicios médicos. Todas estas razones tuvieron un promedio de más de 4.0 en una escala de 5 puntos. Los factores culturales como el uso de la medicina folklórica, el uso de la farmacia, la falta de respeto o el maltrato de los médicos y enferme-

ras y el soportar el dolor en vez de ir al médico (que son razones señaladas en la literatura como factores culturales), tuvieron puntajes muy bajos en cuanto a la importancia percibida (2.3 a 3.6). Es decir, cuando los entrevistados atribuyeron razones para la baja utilización de servicios médicos, en general las atribuyeron a factores externos al individuo, o sea, características del sistema de prestación de servicios.

Tabla 1

Evaluación de la Importancia de Razones por las Cuales no se Solicitan Servicios de Salud

<i>Razones por las Cuales no se Solicitan Servicios de Salud</i>	<i>Evaluaciones (1-Ninguna importancia; 5-Muy importante)</i>
A la gente le falta dinero.	4.7
La gente no tiene seguro médico.	4.6
A la gente le faltan los papeles.	4.3
La gente no tiene quien le cuide los niños.	4.2
La gente no puede dejar el trabajo para ir al doctor.	4.2
La gente tiene que esperar demasiado tiempo de que lo atiendan.	4.1
La gente tiene problemas hablando inglés.	4.1
A la gente le da miedo ir con el médico.	4.0
Los médicos y enfermeras no son Hispánicos.	3.9
Los médicos y enfermeras no hablan español.	3.8
No hay suficiente servicios donde la gente vive.	3.7
A la gente le da vergüenza que le examine un médico.	3.7
Los servicios están muy lejos de donde la gente vive.	3.6
Las horas de servicios son inconvenientes.	3.6
La gente prefiere aguantar el dolor en vez de ir con el médico.	3.6
La gente no sabe donde puede conseguir los servicios médicos.	3.3
La gente no cree en lo que los médicos dicen.	3.3
Los médicos anglo son muy fríos con la gente.	3.2
Los médicos y enfermeras le tratan a la gente mal.	3.1
La gente prefiere ir a la farmacia.	2.7
La gente prefiere ir con un curandero.	2.3

La entrevista contenía varias preguntas específicas sobre el uso de servicios médicos por parte del entrevistado y por parte de su familia. En una de las preguntas, las personas entrevistadas reportaban si ellos o uno de sus parientes necesitaban servicios médicos y no los habían obtenido. Si respondían afirmativamente, se les pedía que mencionaran la razón por la cual ellos o sus parientes no habían ido al médico. La tabla 2 presenta las respuestas dadas por los sujetos. Como se puede apreciar, la mayoría de las razones dadas por las cuales el entrevistado no había visitado al médico o al dentista era porque no había necesidad, seguido por razones del costo de los servicios. Pero cuando los sujetos tenían que dar las razones por las cuales un miembro de su propia familia no había ido al médico, casi la mitad atribuía ese comportamiento a un rasgo de personalidad de la persona, como por ejemplo la desidia o la pereza.

Estas respuestas se pueden dividir en factores externos al individuo y en factores internos. Los factores externos serían el costo de los servicios y problemas con el idioma, mientras que los factores internos serían los rasgos de personalidad y la falta de tiempo. Las razones que no se podrían clasificar como externas o internas incluyen la falta de necesidad y el no saber la razón. Dado que un análisis de chi cuadrado requiere independencia de las respuestas, y que algunos entrevistados respondieron a más de una pregunta, estas últimas fueron escogidas al azar de manera que cada sujeto se incluyera solamente una vez en el análisis, dando un total de 46 sujetos que fueron incluidos. Un chi cuadrado de 2×2 (razones internas-externas por razones de uno mismo o del miembro de la familia) dio un resultado estadísticamente significativo ($\chi^2 (3) = 12.55, p < .01$). Este análisis implica que los sujetos atribuyeron muchos más de sus propios comportamientos a razones externas mientras que las conductas de miembros de su familia fueron atribuidas a factores internos, principalmente a rasgos de personalidad.

Discusión

Los resultados de las entrevistas indicaron claramente una baja utilización de servicios sanitarios por parte de este grupo Hispano de bajos ingresos económicos. Aunque la baja utilización sólo se puede definir con base en las verdaderas necesidades de un grupo (López, 1981), en este caso, muchos de los entrevistados señalaron que ellos mismos o un miembro de sus familias estaban necesitando servicios médicos que no habían recibido. Dado que los sujetos estaban utilizando servicios médicos en el momento de la entrevista, es probable que una muestra representativa del barrio mostraría niveles más altos de necesidad.

Cuando los entrevistados evaluaron la importancia de una serie de posibles factores explicativos de la baja utilización de los servicios, los factores externos fueron los que recibieron consistentemente los puntajes más altos. Estos factores externos son básicamente factores relacionados con la organización del sistema de servicios, como es por ejemplo, el alto costo de los servicios y la barrera del idioma. López (1981) en una revisión de la literatura sobre la baja utilización de servicios de salud mental también llegó a la conclusión de que los factores relacionados con la organización y el costo de los servicios son más importantes que los factores culturales para explicar estos patrones de utilización de servicios médicos en el futuro donde el esfuerzo se debe centrar no en el producir un cambio en los patrones culturales de los Hispanos, sino en el mejoramiento del acceso a los servicios.

Tabla 2

Porcentaje de Razones Atribuidas a Uno Mismo o a Un Miembro de la Familia para Explicar Falla de Utilización de Servicios Médicos

<i>Razones por no usar Servicios médicos</i>	<i>Uno mismo</i> ¹	<i>Miembro de la Familia</i>
Costo	23	27
Razgo de Personalidad	4	46
Idioma	2	11
Falta de Tiempo	—	8
No había necesidad	68	—
No sabe	—	8
Otra	3	—
	100%/o	100%/o
	N = 126	N = 26

¹ Esta columna contiene las razones dadas a preguntas sobre por qué no habían ido al dentista, al médico privado o a otra clínica.

Un resultado interesante e importante se relaciona con las explicaciones que los sujetos dieron sobre por qué ellos o sus familiares no habían recibido los cuidados sanitarios necesarios. Tal como lo predice la teoría de la atribución (Jones & Nisbett, 1971), los sujetos adujeron causas externas para explicar su propia conducta y causas internas para explicar la conducta de sus familiares. Varias investigaciones (e.g., Dutton, 1978; Hayes-Bautista, 1973; Melgares, 1975; Quesada & Heller, 1977), así como los datos presentados aquí corroboran la importancia de factores externos (tales como el alto costo) que limitan el acceso a los servicios. A pesar de esto, como lo hicieron los entrevistados, varios investigadores y administradores siguen utilizando atribuciones internas (e.g., la cultura, pereza, etc.) para explicar la baja utilización de servicios sanitarios por parte de los Hispanos. Estos resultados se relacionan con el problema metodológico que es inherente a estudios con encuestas donde los resultados que se obtienen en parte están determinados por las preguntas y los temas que se incluyan. Es así que estudios recientes sobre la baja utilización de servicios (e.g., Anderson et al., 1981; Roberts & Lee, 1980) no han estudiado el importante efecto que la falta de documentos de inmigración puede tener sobre la baja utilización de servicios sanitarios. Es obvio que este problema solo se puede entender cuando se toma en cuenta toda la problemática socioeconómica y política de la población estudiada.

NOTAS AL PIE DE LA PAGINA

1. La investigación presentada en este trabajo fue llevada a cabo bajo subvención MH 24854 del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos al Centro de Investigaciones sobre Salud Mental Hispánica de la Universidad de California, Los Angeles, Amado M. Padilla, Investigador principal, cuando los tres autores se encontraban trabajando allí. Los autores desean agradecer la ayuda de Frida Goldstein Friend y Bernardita Betancourt en la recolección de los datos. Un informe preliminar de estos datos apareció en Marín, Marín y Padilla (1980). Se puede pedir separata de este artículo escribiendo a: Gerardo Marín, Departamento de Psychology, University of San Francisco, San Francisco, C A 94117, USA.

REFERENCIAS

- Anderson, R., Lewis, S.Z., Giachello, A.L., Aday, L.A., & Shiu, G. Access to medical care among the Hispanic population of the Southwestern United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 1981, 22, 78-89.
- Aranda, R. C. The Mexican American syndrome. *American Journal of Public Health*, 1971, 61, 104-109.
- Baca, J. E. Some health beliefs of the Spanish speaking. *American Journal of Nursing*, 1969, 69, 2172-2176.
- Bullough, B. Poverty, ethnic identity and preventive health care. *Journal of Health and Social Behavior*, 1972, 13, 347-359.
- California Raza Health Alliance. *The California Raza Health plan: An action guide for the promotion of Raza health in California*. Berkeley: Chicano Health Institute of Students, Professors, and Alumni, 1979.
- Clark, M. *Health in the Mexican American culture*. Berkeley: University of California Press, 1958.
- Dallek, G. *Health care for California's poor/separate and unequal*. Santa Monica: National Health Law Program, Inc., 1979.
- D'Antonio, W. V., & Samora, J. Occupational stratification in four Southwestern communities: A study of ethnic differential employment in hospitals. *Social Force*, 1962, 41, 18-24.
- Dutton, D. B. Explaining the low use of health services by the poor: Costs, attitudes, or delivery systems. *American Sociological Review*, 1978, 43, 348-368.
- Farge, E. J. *La vida Chicana: Health care attitudes and behaviors of Houston Chicanos*. San Francisco: R. and E. Research Association, 1975.

- Fuentes, J. A. *Sociocultural barriers responsible for the limited acceptance and utilization of Anglo health facilities and medical care by Mexican Americans*. Unpublished manuscript, Loma Linda University, 1972.
- Galli, N. The influence of cultural heritage on the health status of Puerto Ricans. *The Journal of School Health*, 1975, 45, 10-16.
- García, J. A., & Juárez, R. Z. Utilization of dental health services by Chicanos and Anglos. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978, 19, 428-436.
- Hayes-Bautista, D. The relation between Chicano free clinics and the larger health care matrix: The myth of the free clinic. In J. L. Schwartz (Ed.), *Free medical clinics: Innovations in health care delivery*. Washington, D. C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
- Hoppe, S. K., & Heller, P. L. Alienation, familism and the utilization of health services by Mexican Americans. *Journal of Health and Social Behavior*, 1975, 16, 304-314.
- Jones, E. E., & Nisbett, R. E. The actor and the observer: Divergent perceptions of the behavior. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins & B. Weiner, *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, NJ.: General Learning Press, 1971.
- Kiev, A. *Curanderismo: Mexican American folk psychiatry*. New York: The Free Press, 1968.
- Laosa, L. M., Burstein, A. G., & Martín, H. W. Mental health consultation in a rural Chicano community: Crystal City. *Aztlan: International Journal of Chicano Studies*, 1975, 6, 433-453.
- Lee, I. *The pattern of medical care use of Mexican American patients at a model neighborhood health center in Los Angeles*. Doctoral dissertation, University California, Los Angeles, 1972.
- López, S. Mexican American usage of mental health facilities: Underutilization reconsidered. In A. Baron (Ed.), *Explorations in Chicano psychology*, Praeger, 1981.
- Madson, W. *Mexican Americans of South Texas*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1964.
- Marín, B., Marín, G., & Padilla, A. M. Factores asociados con la utilización de servicios de salud en una población hispana de Estados Unidos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1980, 3, 212-225.
- Melgares, R. Overcoming barriers associated with increasing the numbers of Mexican American dentists. In R. W. Summicht & C. F. Anderson (Eds.), *Proceedings of the Workshop on Minority Dental Students Recruitment Retention, and Education*. Kansas City, MO.: School of Dentistry, University of Missouri, 1975.
- Moustafa, T. A., & Weiss, G. *Health status and practices of the Mexican Americans*. Advance Report II of the Mexican American Study Project. Los Angeles: University of California Press, 1968.

- Nall, F. C., & Spellberg, J. Social and cultural factors in the responses of Mexican Americans to medical treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 1967, 8, 299-308.
- Quesada, G. M. *Mexican Americans: Mexicans or Americans?* Lubbock, TX: Southwestern Council of Latin American Studies, 1973.
- Quesada, G. M., & Heller, P. L. Sociocultural Barriers to medical care among Mexican Americans in Texas: A summary report to research conducted by the Southwest Medical Sociology Ad Hoc Committee. *Medical Care*, 1977, 15 (5), 93-100.
- Reeder, S. J., & Reeder, L. G. Some correlates of prenatal care among low income wed and unwed women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1964, 90, 1304-1314.
- Roberts, R. E., & Lee, E. S. Medical care use by Mexican Americans: Evidence from the Human Population Laboratory Studies. *Medical Care*, 1980, 18, 266-281.
- Rubel, A. J. *Across the tracks: Mexican Americans in a Texas city*. Austin: University of Texas Press, 1966.
- Salcido, R. M. Undocumented aliens: A study of Mexican families. *Social Work*, 1979, 24, 306-311.
- Saunders, L. *Cultural differences and medical care: The case of the Spanish Speaking people of the Southwest*. New York: Russell Sage Foundation, 1954.
- Schulman, S. Rural healthways in New Mexico. *Annals of the New York Academy Sciences*, 1960, 84, 950-958.
- Suchman, E. A. Sociomedical variations among ethnic group. *The American Journal of Sociology*, 1964, 70, 319-331.
- Suchman, E. A. Social factors in medical deprivation. *American Journal of Public Health*, 1965, 55, 1725-1733.
- Teller, C. A. Physical health status and health care utilization in the Texas borderlands. In S. R. Ross (Ed.), *Views across the border*. Albuquerque, N.M.: University of New Mexico Press, 1978.
- Torres-Gill, F. M. Age, health, and culture: An examination of health among Spanish speaking elderly. In M. Montiel (Ed.), *Hispanic families*. Washington: National Coalition of Hispanic Mental Health and Human Service Organizations, 1978.
- Weaver, T. Use of hypothetical situations in a study of Spanish American illness referral systems. *Human Organization*, 1970, 29, 140-154.