



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Arredondo, Armando; Meléndez, Víctor
Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis
Salud Pública de México, vol. 34, núm. 1, enero-febrero, 1992, pp. 36-49
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634105>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative

MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: REVISIÓN Y ANÁLISIS

ARMANDO ARREDONDO,⁽¹⁾ VÍCTOR MELÉNDEZ,⁽²⁾

Arredondo A, Meléndez V.
Modelos explicativos sobre la utilización
de servicios de salud: revisión y análisis.
Salud Publica Mex 1992;34:36-49.

RESUMEN:

El presente artículo parte de una revisión conceptual sobre los distintos modelos que se han desarrollado para el análisis de la utilización de servicios de salud. Dichos modelos son: el epidemiológico, el psicosocial, el sociológico y el económico. En seguida se describen las etapas y/o determinantes del proceso de utilización de los servicios de salud y se hace un estudio de cruce con cada modelo mediante una matriz de contingencia. El análisis cruzado de los modelos estudiados sirve de punto de partida para la búsqueda de un modelo que permita, de manera integral y no aislada, encontrar la explicación más acertada de los determinantes de la utilización de servicios de salud, además de tomarse como marco conceptual de referencia.

Palabras clave: utilización de servicios de salud

Arredondo A, Meléndez V.
Explanatory models on health services
utilization: review and analysis.
Salud Publica Mex 1992;34:36-49.

ABSTRACT:

The present article begins with a conceptual review of the models which have been developed for the analysis of health services utilization. The models are: epidemiological, psychosocial, sociological and economic. The stages and/or determining factors in the procedure of health services use, are described and a cross study is made with each model by means of a contingency matrix. The starting point for the search of a model that enables (in a complete and unisolated way) the identification of the determinant factors in health service use is the cross analysis of the models under investigation. This cross analysis is also taken as a conceptual framework of reference in the unfolding investigation.

Key words: health services utilization

Solicitud de sobretiros: Dr. Armando Arredondo López, Departamento de Investigación en Financiamiento y Tecnología para la Salud, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655, colonia Sta. María Ahuacatitlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

(1) Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

(2) Ministerio de Salud, República de Honduras.

Fecha de recibido: 11 de marzo de 1991 **Fecha de aprobado:** 14 de octubre de 1991

SIGUIENDO A DONAVEDIAN, el proceso de atención médica (figura 1), se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan —en forma paralela pero no inconexa— el otorgante de la atención médica, por una parte, y el cliente, por la otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos el profesional de la salud puede ser el primero en

detectarla y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica.¹

El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico. En algunos casos el camino que lleva hacia el médico es tortuoso o interviene en él amigos y pacientes; lo que Freidson llama “sistema no profesional de referencias”. Una vez establecido el contacto con el médico, éste fija una serie de actividades que están representadas en la segunda cadena del modelo. Estas actividades son el proceso de

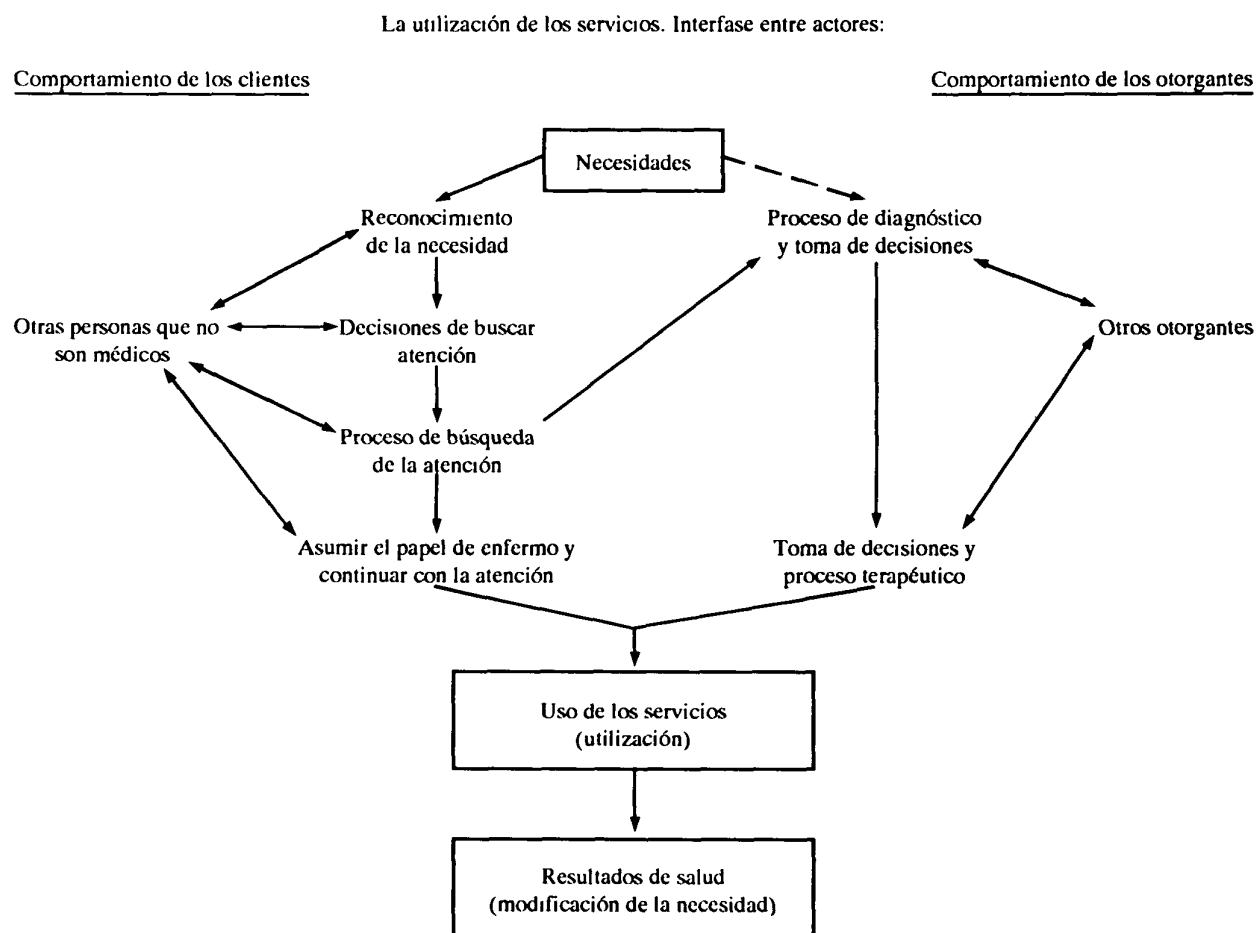


FIGURA 1. Modelo del proceso de atención médica

diagnóstico y toma de decisiones, y el proceso terapéutico, en el cual interviene un "sistema profesional de referencias".

Los dos ejes principales del proceso de atención médica, el comportamiento del cliente y el comportamiento del otorgante, convergen en la utilización de los servicios, que a su vez debería aliviar un poco la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Por ello se puede decir, además, que el proceso de atención médica tiene la propiedad de ser circular: comienza con la necesidad y termina con una modificación de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa; también es posible que no se logre aliviar la necesidad y, si se aplica mal la terapia, que se vuelva más intensa, o incluso que se cree una nueva.

De esta forma, se puede concluir que la utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.

CONSIDERACIONES GENERALES

En un enfoque ampliado, la utilización y sus determinantes tienen mucho que ver con el estudio de la accesibilidad; es más, algunos autores afirman que bajo este enfoque "el estudio de la accesibilidad se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de los servicios".² Este enfoque ampliado comprende diversos aspectos, considerando la utilización como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos.

A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad.

Esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, lo que a su vez ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios. De esta manera, encontramos un modelo epidemiológico que intenta abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud; un modelo psicosocial y otro social que intentan abordarlo en la

etapa de deseo y búsqueda de la atención, y, finalmente, un modelo económico que lo aborda en la etapa de inicio y continuación de la atención; esta última etapa además es motivo de estudio de los modelos psicosociales y sociales mencionados anteriormente (figura 2).

MODELO EPIDEMIOLÓGICO

Este modelo se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como "cualquier alteración en la salud y el bienestar" que requiere de servicios y recursos para su atención.¹

De esta manera, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas.³

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.

Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible. Los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte.

La utilización de los servicios, por consiguiente, estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso (cuadro I).

Así, los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención, en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento (diagnóstico personal) y, en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación.

Los riesgos pronósticos tendrán una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y en menor grado con los de diagnóstico y tratamiento.

La exposición al riesgo también tiene otra connotación, que implica un efecto protector en el grupo que se expone al mismo. Este sería el caso de los servicios de salud; dicho de otra manera, el "exponerse" a la utilización de un servicio específico de salud o de todos los servicios en su conjunto, "protege" a la población "expuesta" en relación con la que no lo está (cuadro II).

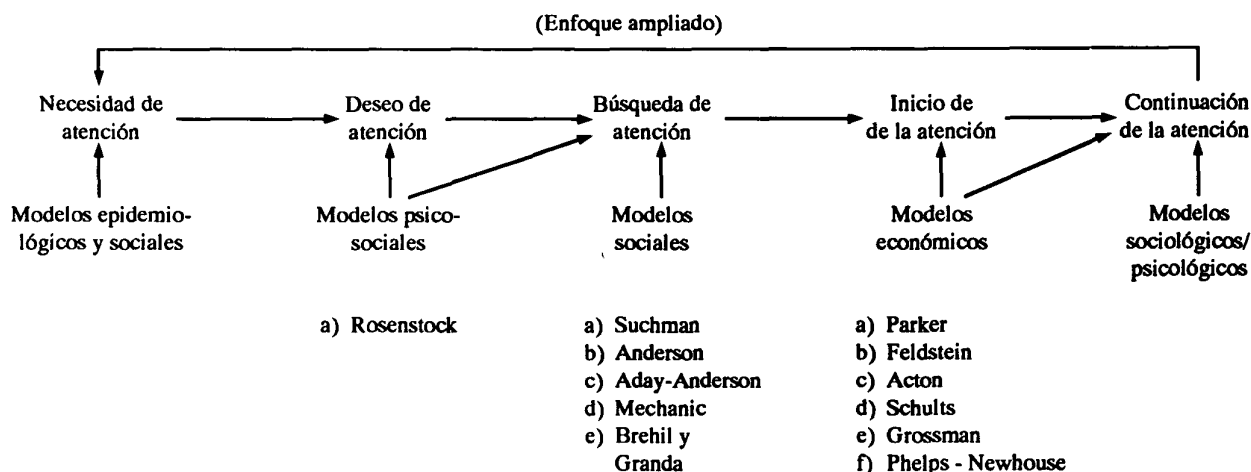


FIGURA 2. Sucesión de acontecimientos y modelos relacionados con la utilización de los servicios. (Modificado de Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. SPM 1985;438:456).

Tipo de riesgo	Servicios utilizados		
	Preven- ción	Diagnóstico y tratamiento	Manten- imiento
Iniciadores	+++	++	+
Promotores		+++	++
Pronósticos	++	+++	

CUADRO II			
La utilización de los servicios como efecto protector			
Exposición	Utilización		
	Grado	Efecto protector	Introgénia
Sí	Alto	Mayor	Mayor
No	Bajo	Mínimo	Mayor

Por consiguiente, la población "expuesta" en alto grado a la utilización de los servicios gozará de un efecto protector mayor, pero a su vez se expondrá a otro efecto que ya no es protector sino de riesgo propiamente dicho, que es la iatrogenia. Lo anterior dependerá de otra determinante muy importante: la calidad de los servicios.

Dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar considerablemente, disminuyendo a su vez el efecto de riesgo, o sea la iatrogenia, aumentando por

consiguiente el grado de utilización entre la población "expuesta".

Con respecto a la población que no se "expone" a la utilización de los servicios o que lo hace de manera muy eventual, su grado de utilización es muy bajo, el efecto protector es mínimo y la iatrogenia como factor de riesgo es mucho mayor si consideramos que esta población se "expone" a la utilización de otros servicios no institucionales, como pueden ser el curandero, el partero, el brujo, etcétera.

Otro de los factores determinantes considerados en este modelo es la demanda de los servicios; sin embargo no será abordado sino hasta que hablemos de los enfoques económicos. Finalmente, consideremos la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios como determinantes de la utilización.

Con respecto a la accesibilidad —“el grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población”—, es considerada como un factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los servicios. La accesibilidad por sí misma es motivo de otro trabajo similar a éste, ya que existen varios modelos y bastante literatura al respecto, razón por la cual no se abordará en detalle.

La disponibilidad —entendida como la capacidad para producir servicios, además de la simple presencia de recursos¹— también se considera otro factor intermedio, pero en este caso entre accesibilidad y las características de los servicios.

Las características de los servicios ejercen una gran influencia sobre la población y pueden no modificar e imitar (y de hecho lo imitan) los patrones de utilización.

MODELO PSICOSOCIAL

Este modelo fue propuesto por Irwon M. Rosenstock y se basa en el concepto de “health behavior”, o sea la ac-

tividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad.

Considera que la decisión de “buscar salud” es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de estadios o bases; por consiguiente, este modelo no intenta proporcionar una explicación exhaustiva de todas las acciones de salud, sino que intenta la especificación de algunas variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento de los actores en el área de la salud.

La mayoría de las variables usadas en el modelo son tomadas y adaptadas de la teoría psicosocial, especialmente del trabajo de Lewin. Específicamente incluye dos clases de variables:

1. El estado psicológico de alerta o aprehensión para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida, y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad.
2. Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos.

La susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición. La seriedad percibida puede incluir amplias y complejas implicaciones como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.

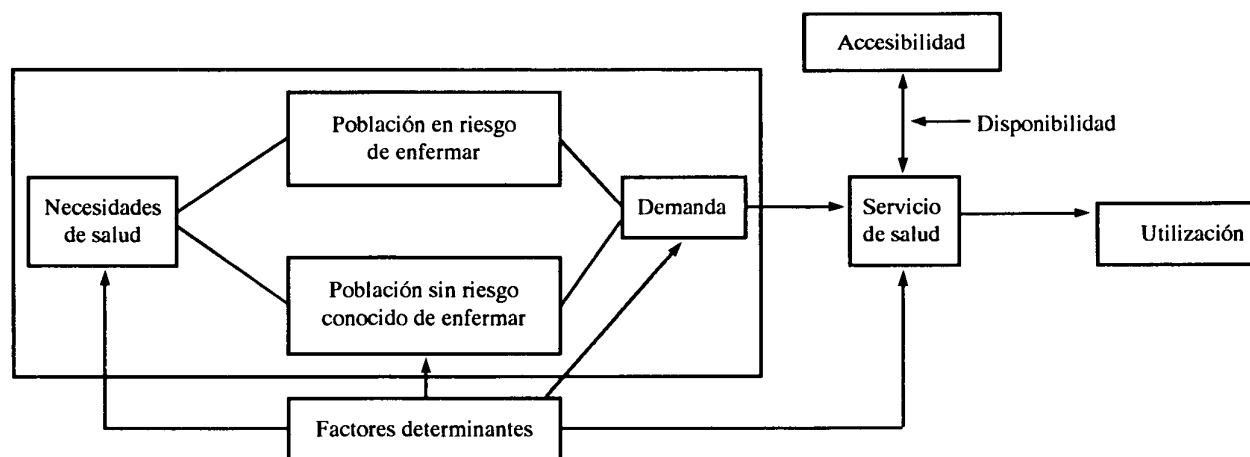


FIGURA 3. Modelo epidemiológico de utilización de servicios de salud

Con respecto a las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar los servicios, se considera que la dirección que la acción ha de tomar es influenciada por las creencias con respecto a la efectividad de conocer alternativas disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad a la cual el individuo se siente sujeto; un individuo puede pensar que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo ve los inconvenientes, como el costo, lo desagradable, el dolor, etcétera.

También deben considerarse los factores precipitantes o "detonantes"; a este respecto se menciona que el nivel de alerta o aprehensión provee la energía o fuerza para actuar, y la percepción de beneficios proporciona un patrón preferente de acción. En el área de la salud estos factores detonantes pueden ser: internos (percepción del estado corporal) o externos (interacción interpersonal, impacto de medios de comunicación, etc.)

La utilidad del modelo dependerá de la manera en la cual las creencias con respecto a la salud puedan ser modificadas en forma planificada: "cambiar a la gente es más difícil que cambiar su ambiente".⁵

El efecto de la comunicación de masas tiende a reforzar la opinión del auditorio, más que a cambiarla; la gente se expone a los medios de comunicación por propia iniciativa y de una manera muy selectiva (selección propia).

La combinación de la comunicación de masas y de técnicas de influencia personal, utilizando el concepto de "simpatía emocional" en sub-grupos específicos de población, puede dar mayores resultados en modificar las creencias con respecto a la salud y el comportamiento que el uso aislado de cada una de ellas.

En conclusión, este modelo sugiere que una decisión para obtener una prueba de prevención o detección en ausencia de síntomas no deberá ser hecha a menos que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que el individuo esté psicológicamente atento a realizar una acción con respecto a una condición particular de salud.
2. Que el individuo crea que la prevención es factible o apropiada para que él la use, reduciendo tanto su susceptibilidad percibida como la severidad percibida de la condición de salud, y que no existan barreras psicológicas a la acción propuesta.
3. La presencia de un "detonante" o predisponente para generar la respuesta.⁵

MODELO SOCIOLÓGICO

Existen varios modelos sociológicos para explicar la utilización de los servicios, mismos que a continuación se desglosan:

El modelo de Suchman,⁶ desarrollado entre 1964-1966, enfatiza los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios.

En este modelo se trabaja con lo que se ha dado en llamar "red de relaciones sociales"; de acuerdo a esto los determinantes fundamentales de la utilización de los servicios de salud están dados por redes sociales (individuo, familia, amigos).

Cada quien tiene una red central social para resolver su vida, entrando en contacto con individuos; de esta forma las características de las redes sociales de cada individuo determinan el hecho de utilizar los servicios.

Por lo tanto, los niveles de conocimiento que tenga el individuo, su red de relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad y la disponibilidad de servicios, determinarán las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red de relación social que se activará.

Cabe señalar que las críticas que ha tenido este modelo giran en torno a que la dimensión sociológica tiende a diluirse en el proceso de planeación de los servicios, dado que las redes de relación social son constantes e individuales.

En 1968, Anderson revisó los modelos teóricos de utilización de los servicios de atención médica: conductuales, sociopsicológicos y económicos; posteriormente desarrolló un modelo conductual que ha guiado su investigación y que subsecuentemente ha sido usado por muchos otros.⁷ Su modelo considera que la utilización de los servicios de salud es una función de:

- a) La necesidad misma de atención, donde se engloban todos los factores asociados al proceso salud-enfermedad y en este sentido la necesidad vista desde dos perspectivas:
 - necesidad percibida por el paciente, en función de número de días de incapacidad o de la antipercepción del estado general de salud;
 - necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos.

LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- b) Los factores predisponentes: incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad, tales como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etcétera.
- c) Los factores capacitantes: aquí engloba a todos los aspectos que tienen que ver con la condición socio-económica dividiéndolos en:
- recursos familiares: ingreso, ahorro, seguros, etcétera;
 - recursos comunitarios: servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etcétera.

Una de las grandes aportaciones de este modelo es que permite distinguir la utilización de los servicios en un sentido curativo (necesidades) y en un sentido preventivo (factores predisponentes y capacitantes).

Seis años después, Aday y Andersen⁸ desarrollaron un modelo de utilización de los servicios a manera de un marco de accesibilidad, donde las relaciones del sistema al nivel macro permitan entender el uso de los servicios. De esta manera proponen que para ver el acceso real a

los servicios hay que considerar varios aspectos; es decir, la política de salud que se dé en un sistema determinará las características de los servicios y la utilización de los mismos, así como las características de la población y satisfacción de los usuarios. En este sentido el modelo desarrollado comprende dos dimensiones:

- variables de proceso: política de salud, características de los servicios y características de la población;
- variables de resultado: utilización real de los servicios y satisfacción de los servicios.

Dichas variables se encuentran en constante relación e interacción (figura 4).

En 1976, Mechanic desarrolló un modelo basado sobre la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente.⁹

Así, sugiere que la búsqueda de atención médica está basada en 10 determinantes:

- 1) visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas;

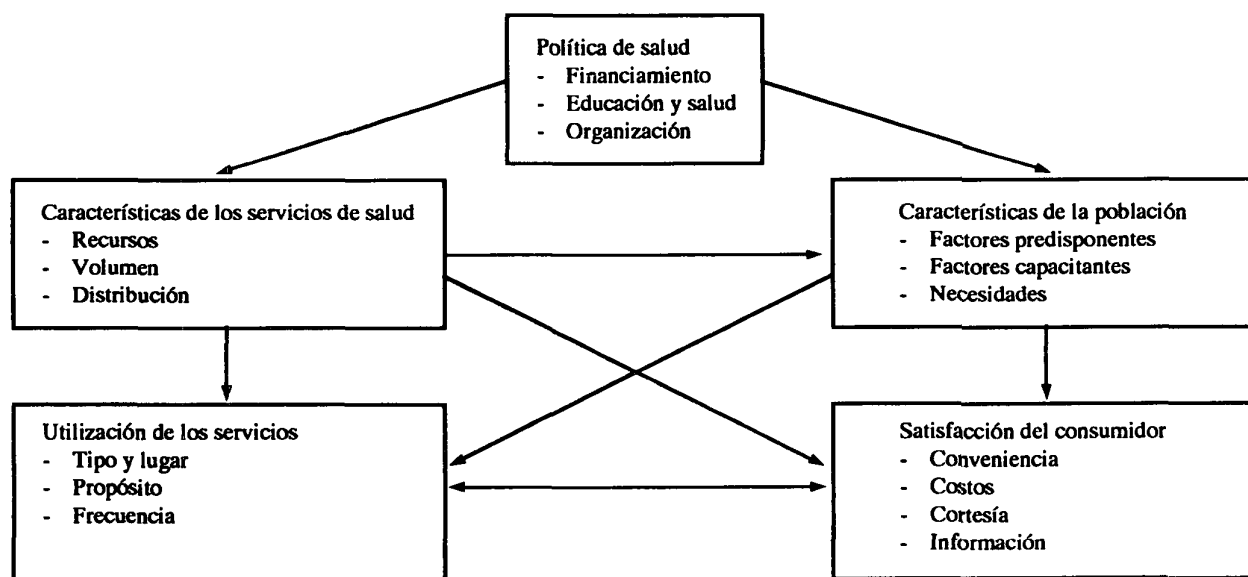


FIGURA 4. Modelo de utilización de servicios. Tomado de Andersen y Aday

- 2) el grado en el cual los síntomas son percibidos como peligrosos;
- 3) el grado en el cual los síntomas interfieren en la familia, el trabajo y otras actividades sociales;
- 4) la frecuencia y persistencia de los síntomas;
- 5) el umbral de tolerancia para los síntomas;
- 6) la disponibilidad de información y conocimiento;
- 7) las necesidades básicas que llevan a tomar una decisión;
- 8) otras necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad;
- 9) interpretaciones que pueden ser dadas por los síntomas una vez que se han reconocido, y
- 10) disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones tomadas.

Hay una considerable sobreposición entre estas variables; no obstante, estos determinantes operan en dos distintos niveles de definición:

- definición dada por otros: donde pensamos que otros ayudan a definir los síntomas del individuo como enfermedad;
- definición dada por el propio enfermo (de los síntomas).

Así, los 10 determinantes y los dos niveles de definición supuestamente interactúan para influir en que una persona busque o no ayuda para un problema de salud.

En sí la teoría de Mechanic asume que la gente responde a los síntomas sobre la base de sus definiciones de la situación. Esta definición puede ser influenciada por la definición de otros, pero es ampliamente compartida por aprendizajes, socialización y experiencias pasadas medidas por un marco cultural de la persona enferma.

Brehil y Granda,¹⁰ por otra parte, consideran que el análisis de la demanda de los servicios de salud se puede situar en tres niveles:

- a) nivel general: relacionado con la reproducción social;
- b) nivel particular: relacionado con la reproducción de la fuerza de trabajo, y
- c) nivel específico: relacionado con la producción del individuo.

Estos autores consideran que para que se utilice un servicio de salud debe producir en el sujeto un proceso escalonado de transformaciones que lo llevarían a:

- a) la sensopercepción de un problema;
- b) el registro racional de la existencia del problema;
- c) el planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema;
- d) la selección de los medios de solución, y
- e) la ejecución de las actividades para la solución (demanda efectiva).

La sensopercepción aparece como un producto individual pero socialmente determinada, tanto por la vía de la historia precedente, como por la vía de actividad que desarrolla el hombre. El paso de la sensopercepción al registro racional de la existencia del problema es igualmente histórico y determinado socialmente. Cada grupo social registra aquellos problemas que son prioritarios para la reproducción social, de la fuerza de trabajo y del individuo mismo.

Por su parte, la aparición de la necesidad es la interpretación de la comunidad de la existencia de un vacío o solución de continuidad que impide la reproducción social; la producción de la necesidad no constituye sino la respuesta ante el desgaste del campo social o la visualización del requerimiento de producción. Finalmente, la selección de los medios de solución y la ejecución de las actividades para la solución del problema de salud, están determinadas por la interpretación que el individuo da a la producción de la necesidad y al hecho de ejercitar la demanda, misma que es modulada por la oferta que constituye una entrega tecnológico-instrumental determinada por las leyes de la distribución.¹¹

MODELO ECONÓMICO

Existen varios modelos económicos para explicar la utilización de los servicios de salud, los cuales se pueden englobar en dos grandes rubros:

1) Modelos basados en el análisis de la demanda

En la teoría económica, los primeros modelos para analizar los servicios de salud se basaban en ecuaciones de demanda derivados de la maximización de una función

de utilidad sujeta a una restricción presupuestal simple, donde se supone que el ingreso monetario se gasta en dos grupos de bienes que se usan: el de los servicios médicos y el otro formado por todos los demás bienes.¹² La utilidad se expresa como $U = (x, y)$, donde la utilidad depende de la cantidad de los bienes "x" y "y" que se consume, que correspondería a los dos grupos de bienes. Para consumir estos bienes se necesita que la persona tenga cierto ingreso, pero lo que puede adquirir depende de los precios de los bienes. La hipótesis que trataban de probar estos modelos era que la demanda de servicios dependía de su propio precio, de otros precios, del ingreso y de los gustos de las personas, mientras que el propósito principal era estimar las elasticidades como medida de respuesta de la cantidad demandada de un bien a los cambios en el precio (elasticidad de precios), en el ingreso (elasticidad del ingreso) y en los precios de otros bienes (elasticidad cruzada); de esta manera querían probar que:

- 1) elasticidad de la demanda de servicios de salud negativa: incremento en el precio $\Rightarrow$ baja demanda;
- 2) elasticidad cruzada positiva: incremento en el precio de otro bien $\Rightarrow$ incremento en la demanda de servicios de salud;
- 3) elasticidad del ingreso positiva: incremento del ingreso $\Rightarrow$ incremento en la demanda de servicios de salud.

Así, se encontró en casi todos los estudios que estas elasticidades eran bajas y con los signos que se esperaba. El que la elasticidad de la demanda de los servicios de salud fuera baja significó que la gente es poco sensitiva a los cambios en los precios de servicios médicos y se dice que la demanda es inelástica.¹³

Otros autores utilizan el mismo tipo de modelos pero incorporan el argumento de Becker, sobre la existencia de costos de tiempo asociados con las actividades de consumo. Dentro de éstos está el modelo de Acton,¹⁴ el cual incorpora al tiempo como limitante del consumo en la distribución presupuestal, por lo que la elasticidad de la demanda para este autor tiene dos componentes:

- 1) la elasticidad del precio con respecto al tiempo, y respuesta de la cantidad demandada de servicios de salud, con respecto al costo de tiempo;
- 2) la elasticidad del precio con respecto al precio en efectivo, y la respuesta de la cantidad demandada con respecto al cambio en el precio.

Concluyendo, si la elasticidad costo del tiempo es mayor que la del costo en dinero, significa que la demanda es más sensible a los costos de tiempo.

MODELOS BASADOS EN LA TEORÍA DEL CAPITAL HUMANO

Estos modelos plantean una visión racionalista del ser humano; consideran que la utilización de los servicios está en relación a la demanda de salud, considerándola como una forma de capital humano en la que se puede invertir, por lo que las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores, invirtiendo en ellos mismos.¹⁵

En los últimos años se ha aceptado la idea de que la inversión en capital humano incrementa la productividad en el mercado y fuera del mercado; Grossman retoma estos aspectos y señala que el acervo de capital salud afecta el tiempo de vida para dedicarlo a producir ingresos y bienes.¹⁶

Para este autor, el costo de la inversión en salud incluye gastos en efectivo y el costo de oportunidad del tiempo, por lo que la cantidad óptima de inversión depende de estos dos aspectos. Basado en que la demanda de los servicios de salud es una derivación de la salud misma, construye los siguientes supuestos:

- los individuos heredan un acervo inicial de salud que se deprecia en el tiempo a una tasa creciente;
- la salud se puede incrementar a través de la inversión en los servicios de salud;
- la muerte ocurre cuando el acervo de capital salud cae abajo de cierto nivel.

En conclusión, la edad afecta la tasa de depreciación del acervo de capital salud, mientras que los cambios en el ingreso tienen tres efectos, a saber: al incrementarse el salario, el costo de los días enfermo se incrementa; el valor de los días sano se incrementa, y, dado que la producción de salud implica el uso del tiempo del individuo, el incremento del ingreso incrementa el costo de producir salud.

Phelps y Newhouse retoman el modelo de Grossman, pero suprimen el supuesto de que los servicios de salud son homogéneos y añaden variables que reflejan el efecto de la existencia de seguros de gastos médicos en la demanda de servicios de salud. Estos autores también introducen los efectos de calidad, proponiendo que los diferentes servicios tienen diferente productividad.¹⁷

Por otra parte, a diferencia de los modelos anteriores que toman como unidad de análisis al individuo, Miners propone a la familia como la unidad de análisis fundamental; así, la interdependencia del nivel de salud de los miembros de la familia se establece mediante:

- el contagio de enfermedades en la familia;
- las características genéticas, y
- la higiene ambiental del hogar.

De esta forma, Miners incluye en su función de utilidad no sólo los servicios de salud y el conjunto de otros bienes, sino también el cuidado para cada miembro de la familia.¹⁸

Leibowitz y Friedman¹⁹ han desarrollado un modelo en el que la función de utilidad, para el caso del análisis de la demanda de sistemas de salud pediátricos, depende del consumo de los padres y de la inversión en salud que éstos hacen en sus hijos. Al respecto, la maximización de la función de utilidad se hace en dos periodos:

- 1) los hijos viven con los padres y reciben inversiones en salud de sus padres, y
- 2) los hijos crecen y los padres reciben utilidad de la inversión que hicieron en sus hijos.

Por último, cabe señalar el modelo desarrollado por Peter Heller, quien define la atención necesaria y la preventiva como dos bienes diferentes. Algunos tipos de cuidado, como la consulta externa, se perciben como más necesarios que los preventivos; tal es el caso de las vacunas. De acuerdo con este modelo, si el precio monetario o el costo en tiempo de los servicios aumenta, la demanda de esos servicios cae.

EN BUSCA DE UN MODELO INTEGRADOR

Existen modelos "híbridos" con respecto a la utilización; uno de estos modelos es el de Tapani Purola²⁰ quien combina varios elementos de los modelos epidemiológico, psicosocial y social. Considera el hecho de que cada

CUADRO III
Matriz sobre los modelos de utilización y etapas de la utilización

Etapa y/o determinantes Modelos	Accesibilidad				Necesidades	Deseo	Búsqueda	Inicio/continuidad
	Disp	Geog.	Fin.	Org.				
Modelo epidemiológico					XXXX			
Modelo psicosocial						XXXX		X
Modelo social	X	XX		XXX	XX		XXXX	
Modelo económico	XXX		XXX				XX	XXXX

En esta matriz podemos apreciar esquemáticamente el aporte de los distintos modelos al análisis de los determinantes de la utilización de los servicios de salud, en este sentido, del análisis de dicha matriz concluimos lo siguiente: el modelo epidemiológico hace énfasis en la etapa de necesidades, el modelo psicosocial se centra en la etapa de deseo, dando un aporte, aunque en menor grado, a la etapa de continuidad (adherencia); el modelo social, además de centrarse en la etapa de búsqueda, también tiene aportes considerables en la etapa de necesidades y en cuanto al poder de utilización en torno a la accesibilidad. Finalmente, respecto al modelo económico, su mayor énfasis está en la etapa de inicio y continuidad, no obstante hace aportes considerables sobre la disponibilidad de los servicios y el poder económico de la población sobre la utilización de los servicios y, en un menor grado, considera la etapa de búsqueda de la atención.

LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

individuo es un elemento único en los sistemas social y natural y define dos subsistemas a nivel individual: un sistema psicobiológico interno del hombre, y su sistema externo de conexiones sociales. La enfermedad en sentido médico la definió como un desorden en el primer sistema.

Con una orientación más amplia, la enfermedad es un desequilibrio entre los dos sistemas. La percepción que tiene el hombre de este desequilibrio define el concepto de enfermedad percibida. En el macro nivel pueden ser utilizados los términos correspondientes: morbilidad médica y morbilidad percibida.

La receptividad y la percepción del hombre constituyen el elemento regulador que recibe e integra la información proveniente de dentro y fuera, y permite que el individuo reaccione al desequilibrio entre el estado del sistema psicobiológico interno y el estado del sistema externo de conexiones sociales.

Estas reacciones de adaptación y ajuste pueden ser dirigidas hacia la administración y tratamiento del sistema interno o del sistema externo de conexiones sociales. Las reacciones consideradas en primer término se refieren al concepto tradicional de tratamiento médico y utilización de los servicios médicos. Las otras reacciones tienden a definir los conceptos de enfermedad y morbilidad como cambio en la participación social. Se refieren también a las actividades de salud empleando técnicas sociales tales como pensiones por incapacidad, cambios

de ocupación y a otros tratamientos dependientes de las conexiones sociales.

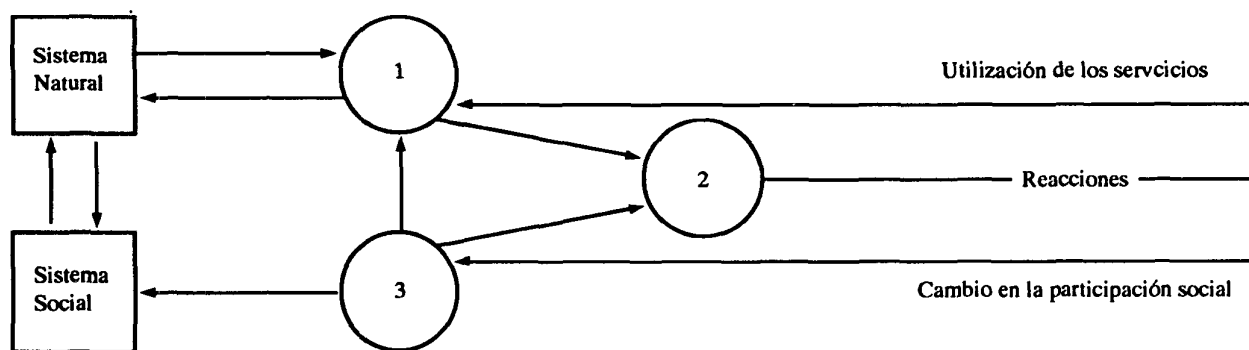
En los problemas de etiología, epidemiología y tratamiento, la discusión no se limita solamente al estado médico de salud del hombre, sino que se extiende al desequilibrio existente ante ese estado y las conexiones sociales del hombre (figura 5).

UN MARCO CONCEPTUAL PARA LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el mundo ideal, las necesidades de servicio médico individual o de salud pública serían satisfechas mediante el uso conveniente de los servicios;⁶ no obstante esto varía considerablemente.

Las variaciones en la utilización son causadas por diferencias en las características del consumidor, tales como edad, sexo, ingreso y movilidad personal, y por la influencia de los atributos facilitantes, como tamaño, costo, calidad y ubicación (modelo 1 en figura 6).

El modelo 2 ofrece un nivel de explicación alternativo, tomando en consideración la variabilidad en la percepción de los medios y de su accesibilidad. Un individuo usará un servicio sólo cuando ha percibido una necesidad y reconoce que debe ser satisfecha, que los medios con que cuenta proveen los servicios requeridos y deseados, y que éstos son convenientes.



1. Modelo epidemiológico: sistema psicobiológico individual: enfermedad como un estado psicobiológico (morbilidad médica)
2. Modelo social: conexiones sociales del individuo: enfermedad como un estado social
3. Modelo psicosocial: percepción individual: enfermedad como un estado percibido (morbilidad percibida)

FIGURA 5. Proceso simplificado de los desórdenes en relación a la enfermedad individual

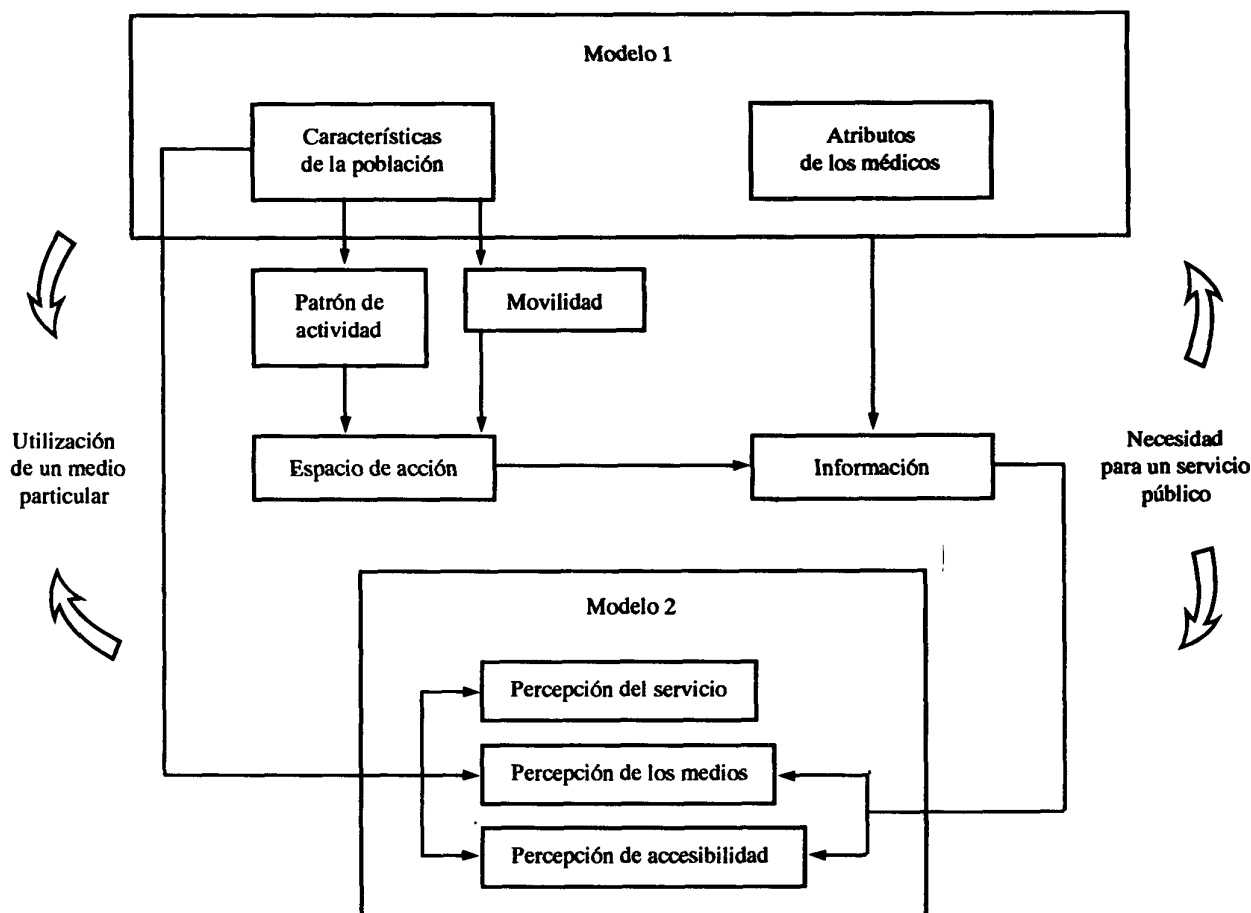


FIGURA 6. Un marco conceptual para la investigación del uso de los servicios públicos

Este modelo tiene un interés, basado en la investigación de la conducta del consumidor, en el espacio de acción propuesto como un importante puente entre las dos conceptualizaciones. El espacio de acción es el área urbana o rural del ambiente en el cual un individuo tiene un valor perceptual asociado a su cultura. Estos grados de percepción varían con la edad, sexo, ocupación e ingreso (porque esto influye en la movilidad) y los patrones de actividad. El espacio de acción probablemente influye en la cantidad y calidad de información disponible para los individuos, lo cual afectará la percepción acerca de las

alternativas y conveniencias; esto puede proveer el vínculo entre los dos modelos.

DISCUSIÓN

Parece razonable postular que el uso de los servicios de salud es la consecuencia combinada de los cuatro modelos teóricos expuestos; sin embargo, valdría la pena cuestionarse si dichos modelos son complementarios o mutuamente excluyentes en el análisis de los determinantes del proceso en cuestión, y si entre las etapas que preceden

a la utilización efectiva de los servicios existen una o dos que son altamente determinantes.

Para responder a la primera pregunta, consideremos que, efectivamente, a la vez que son mutuamente excluyentes son complementarios en el análisis; por ejemplo, el modelo económico sostiene que las personas utilizan los servicios por ser un bien de consumo que da satisfacción o por invertir en salud para tener más tiempo de vida, cosa que los modelos restantes no consideran. Además de esto, algunos autores complementan su análisis con el apoyo de conceptos desarrollados en otros modelos. Tal es el caso de Mechanic, que en su modelo se auxilia de Rosenstock o de Grossman, que en algún momento al hablar de la demanda acuden al modelo de necesidades.

En relación al segundo cuestionamiento, más que señalar etapas determinantes, con el análisis de estos modelos podríamos hablar de factores determinantes que posteriormente puedan ubicarse en su etapa correspondiente. Por lo tanto, consideramos que los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud son: la incidencia y prevalencia de la enfermedad, las características sociodemográficas y culturales de la persona, y los factores económicos; a su vez, entre los indicadores más importantes de estas categorías podemos ubicar a la percepción de la enfermedad y su gravedad, la edad de las personas, la educación, el tamaño de la familia y el ingreso. Las razones de nuestra posición son las siguientes:

- Dependiendo de la percepción de la enfermedad, el individuo activará mecanismos en torno al deber de satisfacer la necesidad y esto lo hará en relación con su cultura, poder de compra y personalidad.
- El individuo, dependiendo de la edad, demanda distintos tipos de salud, puesto que la relación entre la edad y el uso de los servicios no es simplemente lineal ni es la misma para cada tipo de servicio.
- El sexo de la persona marca diferencias muy importantes en la necesidad de atención médica; así la mujer en edad reproductiva necesitará de atención obstétrica, sin embargo el grado en que la demanda dependerá de su conducta dentro de una sociedad determinada.

- El tamaño de la familia afecta la demanda de los servicios considerablemente, pues se supone que una familia grande tendrá un menor ingreso per cápita que una familia pequeña con igual ingreso, aunque este factor afecta diferencialmente la demanda de servicios de salud según el nivel socioeconómico.

Por último, la educación de una persona puede afectar la salud de otra y su demanda de servicios de salud; este es el caso de los padres, en especial la madre. Una mayor educación del individuo y de los padres permite la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad, por lo que se espera que una familia con mayor educación utilice más los servicios de salud, sobre todo en el caso de enfermedades agudas y en servicios preventivos.

En otras palabras, podríamos decir que el uso de los servicios de salud viene a ser consecuencia combinada de tres características principales: el estado de salud y de enfermedad de la población, las decisiones del usuario y las decisiones del proveedor.

Finalmente, es necesario señalar que la condición de salud sentida o percibida por la población de un área y su interacción con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de las características propias de la población que influyen sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos, en cierta forma regulando la demanda. Esta realidad compleja de la utilización de los servicios de atención médica dificulta la elaboración de un modelo integrador que pueda comprender todos y cada uno de los determinantes característicos de la utilización a los que se ha hecho mención en el contenido del presente trabajo; más aún, lo anterior se hace evidente al analizar la matriz elaborada que relaciona los distintos modelos con las características de la utilización, donde puede apreciarse que existen múltiples espacios en blanco para cada modelo, lo cual hace más difícil la tarea. Sin embargo, consideramos que de alguna manera el presente artículo sienta las bases para la realización de una investigación más exhaustiva que finalmente conduzca a la conceptualización de dicho modelo integrador.

 REFERENCIAS

1. Donabedian A, "Aspectos de la Administración de La Atención Médica". Fondo de Cultura Económica, 1ª edición en español, México, 1987. pp. 34-38.
2. Frenk J "El concepto y La medición de la accesibilidad" en Salud Pública de México, 1985. sep-oct., Vol 27 N° 5, pp. 438-456.
3. Canales M, Almada B y Navarro R. "La mortalidad en una población rural en México y su relación con el uso de los servicios médicos antes de la muerte" en Salud Pública de México, 1984 Vol. 26 N° 4, pp. 404-414.
4. Selwyn J. "An epidemiological approach to the study of users and nonusers of child health services" en Am Journal of Public Health, 1978 Vol. 68 N° 3, pp. 231-236.
5. Rosenstock JM. "Why people use health services" (part two) en The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966. Vol. 44 N° 3, pp. 385-393.
6. Joseph Alun et al. "Accessibility and utilization". First published, Tavistock publications. London 1984. pp. 3-77.
7. Hulka B, Wheat J "Patterns of utilization Patient perspective" en Medical Care, 1985. Vol. 23 N° 5, pp. 438-460.
8. Fielder Hohn L. "A review of the Literature on access and utilization of medical care" en Soc Sci and Med, 1981. Vol 21 N° 15, pp 129-142.
9. Tanner L et al. "Predicting physician utilization in medical care" en Health Services Research, 1983. Vol. 20 N° 3, pp. 263-269.
10. Granda E. "Lineamientos teóricos sobre demanda de los servicios de salud". Mim. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, Ecuador, 1986.
11. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. "Demanda y utilización de servicios" en Salud y Trabajo. Anuales de La Universidad de Cuenca, 1984. Tomo VII, pp. 87-99.
12. Parker G, Robert L. "Health care expenditures in a rural india community" en Soc Sci and Med, 1986. Vol 21 N° 5, pp. 23-27.
13. Feldstein Paul. "Hospital costs and utilization" en Health Care Economics, Ed. Wiley Medical, New York, USA, 1983. pp. 193-151.
14. Acton Jan Paul. "Nonmonetary factors in the demand for medical services. Some empirical evidence" en Journal of Political Economy. 1975 N° 83, pp. 595-613.
15. Schultz T. "Reflections on investment in man" en Journal of Political Economy 1962. N° 70, pp. 101-109.
16. Grossman M. "On the concept of health capital and the demand for health" en Journal of Political Economy, 1972. N° 80 pp. 223-225.
17. Phelps Ch, Newhouse J. "Coinsurance and the demand for medical care services" Paper N° R-964, OEO/NYC, Santa Monica, USA, Rand. Corp. 1973.
18. Miners L. "The families demand for health a rural investigation. Ph. D. dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill. 1979. Citado en Akin et al, "The demand for primary health services in the third world". Rowman and Allanheld ed. New Jersey, 1985.
19. Leibowitz A, Friedman B. Family requests and the derived demand for health care" en Economic Inquiry, N° 17, pp. 133-139. 1979. Citado en Akin et al, 1985, op. cit.
20. Purola Tapani. "A systems approach to health and health policy" en Medical Care, 1972. Vol. 10 N° 5, pp. 201-207.