

Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico

Armando Arredondo¹

Artículo original

SUMMARY

This article includes the results of a multi-level conceptual approach review, considering four models of analysis, delving into the determinants and the explanatory factors in the process of search and use of health services. Such models are: psychosocial, epidemiological, sociological, and socio-economic. The implications, determinants, and characteristics of utilization of health care services have been subject to scrutiny since the eighties. Research on this matter has not been independent of the process of reform, which has been carried out simultaneously in virtually every country in the world. In fact, establishing adequate health services for patients who need them most has become a generally accepted priority.

For the purpose of this study, and as a preamble to understanding the process of search and use of health services, the concept of need, along with its applications in the different models of service use, must be defined. In the literature, there are four types of need: a) normative need, that which is expert-defined as such in a given situation, b) felt need, which corresponds to a perceived lack of something beneficial to the individual, c) expressed need, one not only experienced, but also articulated by the individual, and d) comparative need, i.e. a standard that meets the same characteristics of another receiving certain coverage or service.

This paper will refer to the expressed need, which may or may not correspond exactly to the use of health care services. Along the same lines, the concept of demand, applied from an economic perspective, will be utilized as a synonym for use.

The implementation of reform processes and the evaluation of the possible implications of such reforms require extensive knowledge regarding the determinants of use of health care services. A main determinant can be identified, for example, when an individual uses such services, sometimes repeatedly, because he is in a situation of need (experienced), understood as the perception of discomfort or illness. There are certain biological differences (i.e. sex and age) that might explain some of the variations observed in the relationship between situations of need and use.

However, could there be other reasons that would lead to use? If so, this situation might create unnecessary extra work for professional health care providers preventing them from engaging the real needs of the population served; on the other hand, if there are any other motives (besides the absence of necessity) causing an individual, or group of individuals, not to meet his care needs, he may be at risk.

It is widely known that not all health problems are reported to physicians by patients at the time of consultation. Also, there are great numbers of single users who are responsible for the utilization

of a large portion of consultations intended for that population, taking advantage and, occasionally, using health services without having, from a medical standpoint, a clear justification to do so.

These examples are extremes that can be observed as patterns of use that are determined by the perceived need for health and a long list of factors described from different disciplinary perspectives.

Analyzing the search and use of health services implies studying availability and accessibility to them. Although the measurement of these variables is not exact, it is used in most studies. When considering use by socio-economic group accessibility, the fairness of the system in question is also evaluated. This is highly relevant because problems of use of services are related to health equity and accessibility, two challenges currently being addressed by a substantive reform of the health systems in most countries of the world; particularly in Latin America, and more so in Mexico.

Thus, this paper intends to address, through a review of different theoretical models, factors affecting the search and use of health services. It assumes that the central premise in the context of health sector reforms in Latin America, especially in Mexico, is that the health service users have come to occupy a leading role in establishing the health needs addressed by care systems. Indeed, the main issues of structural adjustment in health systems are related to setting health needs according to epidemiological changes, changes in perception of diseases, and changes in the variables of equity, efficiency, coverage, and accessibility to health systems for different population groups.

From this new perspective, the health systems, in turn, propose relevant changes in the interaction between the two main social actors within this reform process: first, the behavior of suppliers (any institution that provides health services to the population), and second, the behavior and perceptions of consumers (population using health services demanded from a particular institution).

The path converges when both social actors represent the process of seeking and obtaining medical care, as determined by a number of variables and constraints addressed in this article through different conceptual approaches, i.e. whenever the explanatory conceptual model is used, the process of medical care is primarily conceived as two chains of activities and events where participants are parallel –the care-giver on the one hand, and the client or user of health services on the other. In an extended approach, use and its determinants have much to do with the study of accessibility, coverage, and equity in health. Some authors claim that, under this approach, the study of accessibility and coverage in health are made identical to the determinants of service utilization. This wider vision includes various aspects, considering use as a schematic sequence of events from the time the need for medical attention arises until it initiates/is followed by the use of medical services.

¹ Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Correspondencia: Dr. Armando Arredondo L, Investigador titular, Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Cuernavaca, Mor. Tel (01-777) 329-3062. Fax: 311-1156. E mail: aarredon@insp.mx

Recibido primera revisión: 25 de noviembre de 2009. Segunda versión: 9 de abril de 2010. Aceptado: 11 de mayo de 2010.

Throughout this process, psychosocial and epidemiological determinants of care are identified, including seeking process aspects such as health-related beliefs, confidence in the health care system, disease frequency, pain tolerance, and presence of disability. This schematic succession of events is precisely what has allowed the study of health service use to exhibit different approaches, which in turn has led to the creation of various psychosocial and epidemiological models that have attempted to explain why the population does not use health services. From an economic perspective, the literature on health service utilization mainly considers two approaches: the traditional approach and the managerial approach. These provide different but complementary explanations regarding demand and investment in health services.

The traditional approach to demand for health services is based on consumer theory, where demand for medical services is mainly determined by the patient but conditioned by the health system. Within this emerging model, demand for health services is the result of a problem of inter-temporal utility maximization of the patient, and considered a function in the production of health.

The managerial approach, related to human capital theory, considers information asymmetries between doctor and patient regarding the type and quantity of necessary medical treatment. In this context, the decision making process can be divided into two parts: first, patients initially choose whether or not to seek treatment, and then, once the patient begins treatment, the physician determines the number of visits and use of services for tracking, monitoring, and controlling the damage that initially triggered the stages.

To specify a model of demand for medical services as a two part process, we should distinguish, at each stage, «who makes the decisions?», and «what is the set of explanatory variables?»

Describing the initial demand for medical services should be considered an approach that reflects the patient's decision to visit the doctor. The economic models elucidate this decision as the explanatory variables arise from the need to demand or investment, i.e. the doctor chooses the treatment considering not only medical criteria, but also economic incentives.

Both processes can be assumed to have the same set of explanatory variables, but the explanation may differ depending on the stage of the decision-making process being analyzed, the type of coverage, the service availability, and the provider's behavior.

In this article, each one of the above phases is examined from different perspectives, describing the conditions and determinants of the process of search and use of health services and making a cross-analysis for each model reviewed in a contingency matrix.

Finally, a comprehensive analysis of the models is proposed as a starting point for finding a model that allows, in a trans-disciplinary way, to elucidate a better explanation of the determinants and constraints of the process of search and use of health services.

Key words: Search, use health services.

RESUMEN

El presente artículo incluye los resultados de una revisión y reflexión sobre diferentes niveles de aproximación conceptual que plantean cuatro modelos de análisis para el estudio de los condicionantes, determinantes y factores explicativos del proceso de búsqueda y utilización de servicios de salud. Dichos modelos son: el psicosocial, el epidemiológico, el sociológico y el socioeconómico.

Se parte de la premisa central de que en el contexto de reformas del sector salud en países de América Latina, y particularmente en México, los usuarios de servicios de salud pasan a ocupar un rol preponderante en el establecimiento de las necesidades de salud que

deberán responder los sistemas de atención médica. En efecto, los principales hilos conductores y de ajuste estructural de los sistemas de salud lo constituyen los cambios en el establecimiento de necesidades de salud de acuerdo con cambios epidemiológicos, cambios en la percepción de daños a la salud, así como cambios en las variables de equidad, eficiencia, cobertura y accesibilidad de los sistemas de salud para diferentes grupos poblacionales. Desde esta nueva perspectiva, los cambios del sistema de salud proponen a su vez cambios relevantes en la interacción entre los dos principales actores sociales de este proceso de reforma: por un lado, el comportamiento de los proveedores (toda institución que provee servicios de salud a la población) y, por otro, el comportamiento y percepción de los usuarios (población que busca y solicita servicios de salud a determinada institución).

El camino de ambos actores sociales converge en lo que representa el proceso de búsqueda y obtención de la atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes que se abordan en este artículo, desde diferentes enfoques conceptuales. En un enfoque ampliado, la utilización y sus determinantes tienen mucho que ver con el estudio de la accesibilidad, la cobertura y la equidad en salud; es más, algunos autores afirman que bajo este enfoque, el estudio de la accesibilidad y cobertura en salud se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de los servicios. 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 psicosociales, sociales y epidemiológicos del proceso de búsqueda de atención aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, la frecuencia de la enfermedad, la tolerancia al dolor y la presencia de discapacidad. Esta sucesión de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio del uso de servicios de salud desde diferentes enfoques, dando lugar al diseño de diversos modelos psicosociales, sociales y epidemiológicos, que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios de salud.

Por otra parte, desde una perspectiva económica, la literatura sobre utilización de servicios de salud considera principalmente dos enfoques: el enfoque tradicional y el enfoque gerencial. Estos enfoques proveen explicaciones diferentes pero complementarias sobre la demanda y la inversión en servicios de salud. El enfoque tradicional de la demanda por servicios de salud se basa en la teoría del consumidor. Bajo este enfoque, la demanda de servicios médicos está determinada principalmente por el paciente pero condicionada por el sistema de salud. El enfoque gerencial, relacionado con la teoría de capital humano, considera las asimetrías de información entre el médico y el paciente en relación con el tipo y cantidad de tratamiento médico necesario. En este contexto, el proceso de toma de decisiones puede dividirse en dos partes. En la primera, el paciente elige inicialmente si busca tratamiento o no y en la segunda, una vez que el paciente empezó el tratamiento, el médico determina el número de visitas y uso de servicios para seguimiento, monitoreo y control del daño que inicialmente desencadenó las fases del proceso.

Todas y cada una de las fases descritas son abordadas desde diferentes perspectivas en este artículo, donde se describen los condicionantes y/o determinantes del proceso de búsqueda y utilización de los servicios de salud y se hace un análisis cruzado con cada modelo revisado mediante una matriz de contingencia. Finalmente, el análisis integral de los modelos estudiados se propone como punto de partida para avanzar en un modelo que permita, de manera transdisciplinaria, encontrar la explicación más acertada de los determinantes y condicionantes del proceso de búsqueda y uso de servicios de salud.

Palabras clave: Búsqueda, utilización, servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los factores asociados a la utilización de servicios de salud constituye uno de los problemas sustantivos para el avance en la organización de sistemas de salud cada vez más efectivos, equitativos, eficientes y accesibles a las necesidades de salud de la población. En efecto, en el contexto de reformas del sector, uno de los principales hilos conductores y de ajuste estructural de los sistemas de salud lo constituyen los cambios en la producción y en el financiamiento de los servicios de salud para garantizar mayor protección financiera, mejor desempeño del sistema, y mayor avance en la gobernanza y democratización de la salud. Como parte de tal estrategia de democratización, se proponen cambios relevantes en el comportamiento y la interacción entre los dos principales actores sociales de este proceso de reforma: los proveedores y los usuarios de servicios.

El abordaje integral o multifactorial de los determinantes del proceso de búsqueda y uso de servicios de salud, para el caso de México, es escaso en relación con otros países del mundo. Los datos disponibles para realizar investigaciones sobre uso de servicios de salud presentan varias limitaciones. Por un lado, se han realizado pocas encuestas de hogares que indaguen sobre la búsqueda y uso de servicios de salud. Por el otro, la información generada presenta limitaciones; por ejemplo, no siempre se pregunta sobre nivel general de salud, percepción de daños, disponibilidad de gasto e inversión en salud, frecuencia en la utilización de los diversos servicios, etc. Además las encuestas difieren en la cobertura y representatividad nacional, regional, local o institucional, centrándose las más de las veces en variables del sistema de salud.¹

Ciertamente, la mayoría de los estudios que se han realizado para entender el comportamiento de proveedores y usuarios en el uso de servicios de salud abordan un análisis descriptivo expresando las frecuencias absolutas y frecuencias relativas de patrones de utilización, con un amplio énfasis en el comportamiento del sistema de salud pero sin entrar a detalle al entendimiento de los determinantes y condicionantes psicosociales, sociales, epidemiológicos y socio-económicos de dichos patrones de utilización desde la perspectiva del usuario de los servicios. El mayor ejemplo de lo anterior se presenta en las Encuestas Nacionales de Salud, donde desde sus primeras aplicaciones se incluyó como variable de análisis descriptivo identificar patrones de uso de servicios de salud, registrando variables de análisis descriptivo propias de los servicios de salud sin entrar al detalle de factores explicativos y determinantes desde la perspectiva de la población y dejando de lado la interacción que se da entre los dos principales actores del proceso.²

Lo anterior es de suma relevancia, toda vez que el comportamiento y la interacción de ambos actores, esta determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos, mismos que establecen el marco que da lugar

a las acciones que se implementan con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento ante un problema de salud. Desde la perspectiva de los usuarios, estas prácticas se inician con la percepción de cambios corporales, la interpretación y las creencias respecto de los síntomas, la búsqueda de ayuda, y concluyen con la identificación de la red de relaciones sociales o red social de apoyo para desencadenar el proceso de búsqueda y uso de servicios de salud, obtención del diagnóstico y una prescripción terapéutica.³ El camino de ambos actores sociales converge en lo que representa el proceso de búsqueda y obtención de la atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes que se pretende abordar en este artículo, desde diferentes enfoques conceptuales. El proceso de atención médica se define primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan -en forma paralela- el otorgante de la atención médica, por una parte, y el cliente, por la otra. Lo anterior se representa en la figura 1, donde se establecen diferentes relaciones entre actores y factores, señalando con flechas en un solo sentido cuando se trata de una relación unidireccional y con flechas en ambos sentidos cuando se trata de una relación bidireccional.

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. Esta necesidad de atención conduce generalmente al reconocimiento de la propia necesidad y a la consulta con la red social de apoyo para valorar qué conducta seguir e interactuar directamente con el sistema de atención. En algunos casos, como se puede ver en línea punteada en la figura 1, el usuario de servicios de salud no le da tiempo de reconocer la necesidad y de consultar con su red y entra en contacto directo con el profesional de la salud, pudiendo ser el primero en detectarla, siendo el mismo proveedor quien desencadena el proceso que lleva a la atención médica. Por otra parte hay evidencias empíricas de que muchas personas se automedican sin consultar profesionales de la salud, pero sí consultando su red de relaciones sociales (amigos y familiares) para identificar la conducta a seguir ante la percepción de un daño a su salud.⁴

En el caso de la interacción con profesionales de la salud, el proceso de búsqueda de atención lleva a establecer contacto directo con el médico y las instituciones de salud. En algunas situaciones el camino que lleva hacia el médico es un tanto complicado e intervienen en él amigos y familiares, constituyéndose como el «sistema no profesional de referencias», que determina el uso de servicios de salud, la automedicación o el autocuidado. Es necesario resaltar que por razones de espacio el enfoque de este artículo se dirige exclusivamente a la revisión de factores que aportan elementos determinantes una vez que se decide iniciar el proceso de búsqueda de atención, por lo que el análisis de la automedicación o el autocuidado no se abordan en este artículo.

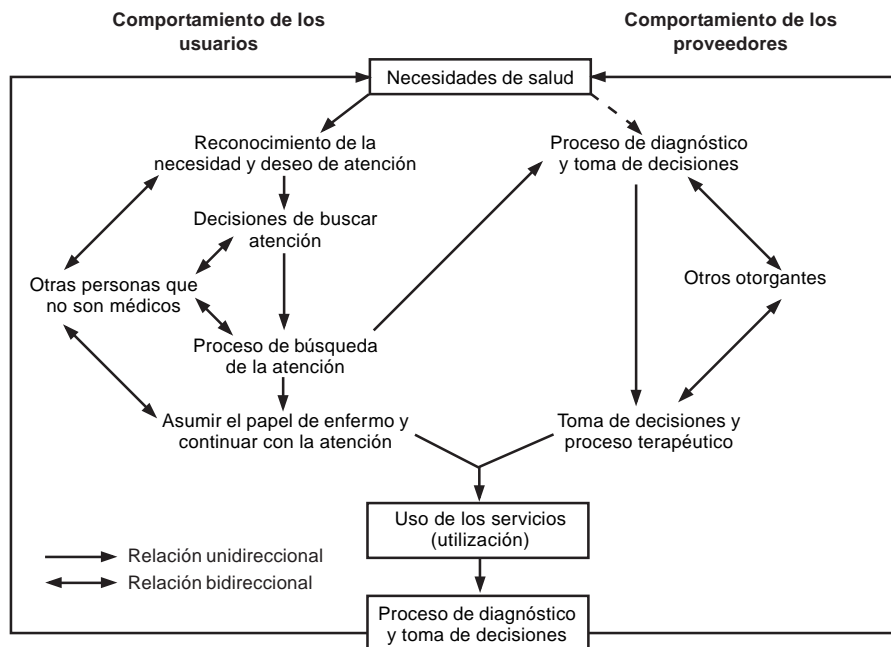


Figura 1. Etapas y actores de la búsqueda y utilización de los servicios de salud.

Una vez establecido el contacto con el médico, éste fija una serie de actividades que están representadas en la segunda cadena del modelo de la figura 1. Estas actividades son el proceso de diagnóstico, la toma de decisiones y el proceso terapéutico, en el cual ya interviene un «sistema profesional de referencias». Este sistema de referencia no es más que la red de relaciones profesionales del médico con otros de sus colegas para establecer el curso a seguir en el tratamiento médico-terapéutico una vez que se decide el diagnóstico y pronóstico del daño a la salud por el que se utilizan los servicios de atención.⁵

Los dos ejes principales del proceso de búsqueda 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 necesidad de atención. De esta manera, en el proceso de interacción de los usuarios de la atención médica y los proveedores de servicios de salud, encontramos varios modelos con factores predictores, determinantes o condicionantes del uso de servicios de salud.⁶

El propósito de este artículo es justamente delimitar y aportar elementos conceptuales para el análisis de los factores determinantes y condicionantes del proceso de búsqueda y uso de servicios de salud. Para ello se revisan y analizan

cuatro de los principales modelos desarrollados por diferentes autores; a saber, un modelo psicosocial y modelos sociales que intentan abordar el análisis de determinantes desde la etapa de percepción de una necesidad y búsqueda de la atención a la salud; un modelo epidemiológico que intenta abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud; y, finalmente, un modelo económico que aborda la etapa de inicio y continuación de la atención.

También es importante resaltar que en la sección final de este ensayo se concluye y reflexiona sobre diferentes elementos para avanzar hacia el desarrollo de un enfoque integral y transdisciplinario en el estudio de los determinantes y condicionantes del proceso de búsqueda y uso de servicios de salud desde diferentes perspectivas de análisis.

RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE MODELOS DE ANÁLISIS

Modelo psicosocial

Este modelo fue propuesto por Rosenstock y se basa en el concepto de «*health behavior*». Aunque no existe una traducción literal del inglés al español, tal concepto se refiere a la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad y mantenerse sano.⁷

De acuerdo con el principal enunciado de este modelo, se considera que la decisión de «buscar salud» es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de fases con una secuencia lógica;⁸ por consiguiente, este mo-

delo basado también en el concepto del «*Health Belief Model*» 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 ámbito de la salud.⁹ La mayoría de las variables usadas en el modelo son adaptadas de la teoría psicosocial, especialmente del trabajo de Lewin y específicamente se incluyen dos tipos de variables:¹⁰

1. Variables relacionadas con 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. Variables relacionadas con las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios de salud preventivos. La susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición de salud. A su vez, la gravedad percibida de mantener un buen estado de salud depende de las implicaciones y los efectos de la alteración del estado de salud-enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.¹¹

Con respecto a las creencias y percepciones 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 y el dolor.¹²

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, como la interacción interpersonal o el impacto de medios de comunicación masiva.¹³

En conclusión, este modelo sugiere que una decisión para obtener una prueba de prevención o detección en ausencia de síntomas y bajo el concepto de «*health behavior*» no deberá tomarse a menos que se cumplan las siguientes condiciones:⁷ 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 gravedad percibida de la condición de salud, y que no existan barreras psicológicas a la acción propuesta; y 3. La presencia de un «detonante» para iniciar un proceso de búsqueda y obtención de servicios de salud limitados a acciones de promoción, prevención y mantenimiento o mejoramiento del estado de salud individual o colectivo.

Es importante resaltar que, como modelo basado en las creencias en salud, algunos autores plantean como gran limitante de este modelo psicosocial el hecho de que las decisiones para la búsqueda de servicios de salud se basen en un comportamiento lógico y racional que depende en gran medida de las creencias colectivas sin tomar en cuenta los factores subjetivos y culturales en que se toman las decisiones, llegando a un dilema de racionalidad *versus* creencias individuales.¹⁴

La crítica desde la teoría etnocientífica de Good al modelo psicosocial de Rosenstock propone que la perspectiva de este último asume que hay una racionalidad causal en la disposición para prevenir o atender enfermedades, basada en un sistema de creencias común. A este supuesto lo denomina «empirismo teórico del lenguaje médico». Good propone la necesidad de aplicar teorías del lenguaje y el significado para evitar asumir una capacidad de «traducir» los componentes de la experiencia de las enfermedades culturales (susto, mal de ojo) a contextos externos donde éstas se presentan, manifiestan y manejan socialmente. No obstante que Good establece que ésta es una consecuencia del positivismo acrítico en ciencias sociales, es también crítico del relativismo. El foco de su análisis está en la comprensión de la enfermedad y la conducta en la búsqueda de atención a partir de su vinculación con la realidad empírica, a partir del entendimiento del significado de su discurso.¹⁴

Modelo epidemiológico

Modelo basado en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como «cualquier alteración en la salud y el bienestar» que requiere servicios y recursos para su atención. De esta manera, los daños a la salud (movilidad, mortalidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.¹⁵

De acuerdo con este modelo de análisis, la utilización de los servicios de salud también dependerá de la exposición de la población a los factores de riesgo, a los cambios en dichos factores y a los cambios en el significado social de la enfermedad. Estos tres determinantes se asocian con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en ciertas condiciones, determine un daño a la salud y decida la búsqueda de atención médica.¹⁶

Los principales factores del modelo epidemiológico se ubican en tres categorías: 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, dependiendo de la historia natural de la enfermedad.¹⁷

Desde la perspectiva del modelo epidemiológico, la búsqueda y utilización de servicios de salud 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 daño a la salud. Por lo tanto, 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. Por su parte, los riesgos pronósticos tendrán una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y de disminución de la discapacidad.¹⁸

La exposición a riesgos de un daño a la salud también implica un efecto protector en el grupo que se expone al mismo. Éste sería el caso de los servicios de salud; dicho de otra manera, exponerse a un riesgo de daño a la salud conduce a la utilización de un servicio específico de salud o de todos los servicios en su conjunto. El uso de los servicios protege a la población expuesta al riesgo en relación con la que no lo está.¹⁹ Por consiguiente, la población expuesta en alto grado a la utilización de los servicios gozará de un efecto protector mayor. Por otra parte, al hacer uso de los servicios de salud, esta misma población quedará también expuesta a otro efecto que ya no es protector sino más bien será un factor de riesgo para su salud dependiendo de la presencia de iatrogenia en el proceso de atención médica. Lo anterior dependerá de otra determinante muy importante: la calidad de los servicios que se estén utilizando.²⁰

Dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar considerablemente, disminuyendo a su vez el efecto de riesgo, o sea la iatrogenia, y aumentando por consiguiente el grado de utilización de servicios de salud entre la población expuesta. Dicha utilización de servicios puede verse afectada desde cualquier nivel de demanda, o de daños a la salud, tanto a nivel poblacional como a nivel individual. Con respecto a la población que no se expone a la utilización de los servicios de salud o que lo hace de manera muy ocasional, 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 automedica o se expone a la utilización de otros servicios no institucionales, como pueden ser el curandero, el partero y el brujo. Estas últimas modalidades de búsqueda de atención son particularmente importantes por la demanda que han tenido en años recientes como parte de la oferta de atención a la salud tanto en países de ingreso medio y bajo como en países de ingreso alto.²¹

Modelo sociológico

Existen varios modelos sociológicos para explicar la búsqueda/uso de servicios, que a continuación se desglosan:

El modelo de Suchman, desarrollado entre 1964-1966, enfatiza los aspectos socioculturales y ambientales sobre

los determinantes de la utilización de los servicios de salud.²² En este modelo se trabaja con lo que se ha dado en llamar «red de relaciones sociales». Según éste, cada quien tiene una red central social para resolver su vida, con la que entra en contacto con individuos. De esta forma, las características de las redes sociales de cada individuo determinan el hecho de utilizar o no (automedicación) los servicios de salud ante la percepción de la enfermedad.²³ La red social de apoyo influye de manera determinante en los diferentes episodios de la enfermedad y en la búsqueda de ayuda o consejos para la atención a la salud. 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 dependiendo de la percepción del daño a la salud.^{23,24}

Otros autores han complementado el modelo de Suchman ampliando el rol de los determinantes culturales, tal es el caso de la propuesta de Mckinlay.³ Desde la perspectiva de este autor, los aspectos culturales determinan la forma en que influye la cultura sobre la percepción de la necesidad de atención ante un daño de salud. Establece diferentes niveles de influencia de los factores culturales en el uso de servicios de salud en diferentes niveles de determinación. En primer nivel están la evaluación y definición de los síntomas; en segundo lugar, el ordenamiento de prioridades y problemas en función de una percepción individual y pertenencia de grupo; en el tercer nivel está la vulnerabilidad percibida a partir del encuentro médico-paciente. Según este autor, los factores culturales tienen mayor determinación en el momento que surge la percepción del daño y necesidad de atención.³

Por otra parte, en 1968, Anderson revisó los modelos teóricos de utilización de los servicios de atención médica: conductuales, socio-psicológicos y económicos; posteriormente desarrolló un modelo conductual que ha guiado su investigación y que subsecuentemente ha sido usado por muchos otros.¹¹ 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 las perspectivas del consumidor y del proveedor.
- b) Los factores predisponentes: incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etc.
- c) Los factores capacitantes: aquí engloba a todos los aspectos que tienen que ver con la condición socioeconómica dividiéndolos en recursos familiares y recursos comunitarios.

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). Se propone que para entender el acceso real a los servicios hay que considerar aspectos tanto de los usuarios como del proveedor, incluida la 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 y satisfacción de los servicios.

Dichas variables se encuentran en constante relación e interacción y de acuerdo con esta propuesta, serían las principales determinantes del proceso de búsqueda y obtención de la atención médica.

Partiendo de la propuesta de Anderson, en 1976, Mechanic desarrolló un modelo basado en la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente. Este autor sugiere que la búsqueda de atención médica se basa en 10 determinantes:²⁵

1. visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas;
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 compitan con la respuesta a la enfermedad;
9. interpretaciones que puedan 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.

Aunque hay una considerable sobreposición entre 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 que percibe.

Así, los 10 determinantes y los dos niveles de definición interactúan supuestamente 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 de otros, pero es ampliamente compartida por aprendizajes, socialización

y experiencias pasadas medidas por un marco cultural y social de la persona enferma.²⁵

Pocos años más tarde, a principios de la década de 1980, Brehil y Granda consideraron que el análisis de la demanda y utilización de los servicios de salud se puede situar en tres niveles de determinación:²⁶

- 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 se 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 determinado, tanto por la vía de la historia precedente como por la vía de la actividad económica que desarrolla el individuo. 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, respecto de la fuerza de trabajo y del individuo mismo.^{27,28}

Por su parte, la aparición de la necesidad es la interpretación de la comunidad o del individuo de la existencia de un vacío o solución de continuidad que impide la reproducción social; en este mismo contexto, la producción de la necesidad constituye 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.²⁹ Esta demanda también es modulada por la oferta del sistema de salud a través de una entrega tecnológico-instrumental determinada por las leyes de la distribución y del mercado.

Modelo socioeconómico

Respecto a enfoques socioeconómicos, existen varias perspectivas de análisis como propuestas de modelos para explicar la utilización de los servicios de salud. Dichos modelos plantean los vínculos entre economía, sociedad y salud, y se pueden englobar en dos grandes rubros: modelos

basados en la teoría de la demanda y modelos basados en la teoría de capital humano.

Modelos basados en el análisis de la demanda

Desde la perspectiva de 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. La utilidad se expresa como $U=(x,y)$, donde la utilidad depende de la cantidad de bienes «x» y «y» que se consume, que correspondería a los dos grupos de bienes.³⁰

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 trataba 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 se quería probar que:³¹

1. elasticidad de la demanda de servicios de salud negativa: el incremento en el precio de los servicios de salud genera una baja demanda de los mismos;
2. elasticidad cruzada positiva: el incremento en el precio de otro bien genera un incremento en la demanda de servicios de salud;
3. elasticidad del ingreso positiva: el incremento del ingreso familiar genera un incremento en la demanda de servicios de salud.

Así, en casi todos los estudios se encontró que las elasticidades (cambios en los precios y en la demanda) eran bajas. El que la elasticidad de la demanda de los servicios de salud fuera baja significó que la gente es poco sensible a los cambios en los precios de servicios médicos y se dice que la demanda es por lo tanto inelástica.³²

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.^{33,34} Dentro de éstos está el modelo de Acton,³⁵ 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.

En conclusión, 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 y por lo tanto la utilización de servicios de salud estará determinada por la discapacidad que genere un daño a la salud y la valoración monetaria que se defina, sea a nivel individual o social.

Si bien es cierto que existe una aportación relevante de la teoría de la demanda para el análisis de la utilización de servicios de salud, también es cierto que estos modelos enfrentan la dificultad de no poderse aplicar en el corto o mediano plazo. Es decir que, de acuerdo con la teoría de la demanda, la valoración del impacto de cambios en las variables económicas sobre la utilización de servicios de salud requiere de un mínimo de dos años.

Modelos basados en la teoría del capital humano

Estos modelos plantean una visión racionalista del ser humano; proponen que la utilización de los servicios está en relación a la demanda de salud, considerándola como una forma de mantener, invertir e incrementar el capital humano. Desde esta perspectiva, las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores, invirtiendo en ellos mismos y en sus dependientes económicos.³⁶

En los últimos años se ha aceptado la idea de que una 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.

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, constituye los siguientes supuestos:

- Las personas 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 del capital salud cae abajo de cierto nivel.

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

Autores como 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.³⁷ Estos autores

también introducen los efectos de calidad, proponiendo que los diferentes servicios tienen diferente productividad.

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. Por otra parte, Leibowitz y Friedman han desarrollado un modelo en 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.³⁷ 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 ellos, y
2. los hijos crecen y los padres reciben una utilidad de la inversión que hicieron en sus hijos.

Por último, dentro de esta sección de modelos socioeconómicos cabe señalar un modelo desarrollado recientemente por otros autores, que definen la atención necesaria y la preventiva como dos bienes diferentes, dependiendo del equilibrio que existe entre la oferta y la demanda de servicios de salud a partir de los roles que asumen tanto el usuario como el proveedor de los servicios de atención a la salud. Algunos tipos de cuidado, como la consulta externa, se perciben como más necesarios que los preventivos,³⁸ tal es el caso de las vacunas. De acuerdo con este modelo, si aumenta el precio monetario o el costo en tiempo de los servicios, disminuye la demanda de éstos.³⁹

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tratando de plantear una propuesta de análisis que además de las perspectivas psicosocial, epidemiológica y social, tal

como lo proponen algunos autores, en esta revisión y reflexión sobre diferentes niveles de aproximación conceptual, cerramos nuestro análisis con una propuesta que incluyó también la perspectiva económica. Dicha propuesta aparece en el cuadro 1, donde se presentan las posibles interacciones entre los modelos revisados a partir del mayor o menor énfasis y su aporte entre las diferentes etapas del proceso de búsqueda, obtención y seguimiento de la atención médica. En este cuadro, se propone una matriz integral y transdisciplinaria, donde se pueden apreciar esquemáticamente los principales aportes de los diferentes modelos revisados para el estudio de los determinantes y condicionantes del deseo, la búsqueda y la utilización de servicios de salud. Del análisis de dicha matriz se puede concluir que el modelo psicosocial enfatiza más su aporte en la etapa del deseo de la atención médica, dando también un aporte importante, aunque en menor grado, a la etapa de continuidad de la atención (adherencia). El modelo epidemiológico hace énfasis en la etapa de necesidades de salud. El modelo social, además de centrarse en la etapa de búsqueda, también tiene aportes considerables en la etapa de percepción de la necesidad y en cuanto al camino a seguir en función de la accesibilidad. En lo referente al modelo económico, su mayor énfasis está en la etapa de inicio y continuidad, aunque hace aportes importantes sobre la disponibilidad de los servicios y el poder económico de la población para utilizar servicios.

De acuerdo con el planteamiento de los diferentes modelos, el proceso de búsqueda y uso de servicios de salud debe tomar en consideración la variabilidad en la percepción de los daños a la salud, de los medios con que se cuenta y de la disponibilidad, barreras y beneficios de los sistemas de salud. Por otra parte, parece razonable postular que el proceso de búsqueda y uso de los servicios de salud es la consecuencia combinada o integral de los cuatro modelos expuestos; sin embargo, valdría la pena preguntarse 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 búsqueda y la utilización efectiva de los servicios, existen una o dos que sean altamente determinantes.

Para responder a la primera pregunta, consideremos que, efectivamente, a la vez que son mutuamente excluyentes son complementarios en el análisis; por ejem-

Cuadro 1. Matriz sobre modelos de utilización y etapas del proceso de búsqueda, obtención y seguimiento de la atención médica.

Modelos	Etapas de la utilización				
	Percepción de la necesidad	Deseo de atención	Búsqueda de la atención	Obtención de la atención	Seguimiento de la atención
Epidemiológico	XXX	XX		X	X
Psicosocial	XXX	XXX	X		
Social		X	XXX	XX	
Económico	X		XX	XXX	XX

XXX = Énfasis mayor, XX = Énfasis medio, X = Énfasis menor.

plo, 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 con determinantes psicosociales o de Grossman, que en algún momento al hablar de la demanda desde una perspectiva económica acude al modelo de necesidades desde una perspectiva epidemiológica.

En relación con el 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 el proceso de búsqueda y utilización de los servicios de salud son: la percepción de necesidad o deseo de atención dependiendo de 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 esta posición son las siguientes:

- Dependiendo de la percepción de la enfermedad, el usuario activará mecanismos en torno al deber de satisfacer la necesidad y esto lo hará en relación con su estado, con su entorno psicosocial, su cultura, poder de compra y personalidad.
- Los usuarios de servicios de salud, dependiendo de la edad, demandan distintos servicios de salud. Es decir

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

Finalmente, al margen del reto de un enfoque integrador y transdisciplinario, en este trabajo se han propuesto los niveles de aproximación conceptual que permiten identificar los principales determinantes y condicionantes en el proceso de deseo, búsqueda y obtención de atención médica. La pertinencia de estas consideraciones conceptuales está en tres niveles de acción:

- El primer nivel para la acción es el desarrollo de abordajes integrales y transdisciplinarios del proceso sobre la búsqueda y utilización de servicios de salud como problema sustantivo del actual sistema de protección social en salud, tal como se plantea en la figura 2. El abordaje integral y transdisciplinario se justifica porque propone el análisis de todos los posibles determinantes del proceso utilizando conceptos desde diferentes disciplinas donde el centro del análisis sea la determinación del proceso de búsqueda y uso de servicios, pasando por determinantes de niveles macro (políticas de pro-

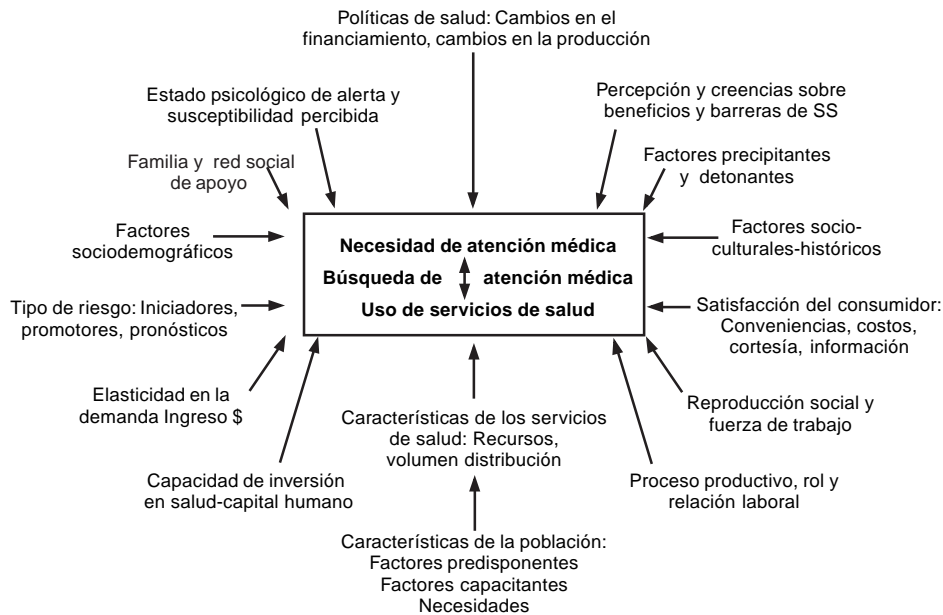


Figura 2. Propuesta para un abordaje integral del proceso de búsqueda y uso de servicios de salud.

- ducción de servicios para no asegurados), meso (red social de apoyo) y micro (factores de riesgo para daños a la salud). De esta forma se dará un avance cualitativo muy importante en la generación de conocimiento, disminuyendo el efecto de un abordaje fragmentado en un problema con determinantes psicosociales, epidemiológicos, sistémicos, sociodemográficos y económicos.
- En segundo término, la misma revisión y discusión conceptual de este ensayo, plantea la necesidad de profundizar más en el conocimiento de los determinantes y condicionantes del proceso de búsqueda y utilización de servicios de salud, desde el interior de cada perspectiva de análisis y posteriormente de una manera transdisciplinaria. De esta forma también se estará trabajando en la generación de conocimiento que permita ampliar la perspectiva de análisis de cada disciplina de estudio.
 - Finalmente, es necesario resaltar las aportaciones de este tipo de análisis para cualquier sistema de salud, particularmente para el caso de México:
 - a) La operacionalización de los diferentes modelos conceptuales y enfoques disciplinarios a través de diseños de investigación evaluativa permitirán generar evidencias empíricas para el apoyo en la toma de decisiones respecto a los cambios en la oferta y demanda de servicios de salud a partir de los proyectos de reforma del sector que se han venido implementando en los últimos años en México, particularmente en el análisis de determinantes desde la perspectiva del rol del usuario que no cuenta con seguridad social.
 - b) Las mismas evidencias empíricas de la aplicación de un enfoque integral plantearán nuevas hipótesis de trabajo con nuevas líneas de investigación alrededor del proceso de búsqueda y utilización de servicios de salud como la interfase del comportamiento de todos los actores sociales que convergen en el proceso de atención a la salud. Esto último es de gran pertinencia en el actual contexto de los procesos de democratización de la salud, uno de los mayores retos del sistema de salud en México.
 - c) El desarrollo y aplicación de una valoración integral de los factores determinantes es de alta pertinencia para los estudios dirigidos a grupos vulnerables (indígenas, migrantes, adultos mayores, etc.), donde se aborde el problema de los determinantes del proceso de búsqueda y uso de servicios de salud. En efecto, la aplicación de los aportes de cada modelo y las evidencias generadas permitirán una valoración más completa, integral y acertada para implementar acciones que disminuyan las barreras institucionales que bloquean el acceso y uso de servicios de salud para una atención oportuna de distintos grupos vulnerables en México.

REFERENCIAS

1. Trías J. Determinantes de la utilización de los servicios de salud: Documento de Trabajo # 51, Buenos Aires, mayo 2004;22-36.
2. Nájera P et al. Bases conceptuales y metodológicas de la Encuesta Nacional de Salud II, México, 1994. *Salud Pública Méx* 1998;40(1):76-85.
3. MacKinlay J. Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking behavior. En: Eisenberg L, Kleinman A (ed.). *The relevance of social science for medicine*. Holanda: Reidel Publishing, 1981:78-89.
4. Donabedian A. Organización de la atención médica: el proceso de utilización de servicios de salud. Mexico, DF: Fondo de Cultura Económica; 1988; pp. 65-82.
5. Hurd MD, McGarry K. Medical insurance and the use of health care services by the elderly. *J Health Economics*, 1997;16:129-154.
6. Giovagnoli P, Busso M. Aspectos de la demanda por servicios de salud. *IADB* 2009;168-73.
7. Rosenstock JM. Why people use health services (part two). *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1986;44(3):385-393.
8. Green C, Pope C. Effects of hearing impairment on use of health services among the elderly. *J Aging Health* 2001;13(issue 3):315-30.
9. Priego H, López J, Meneses JL. Encuesta de consumo-utilización de servicios de salud. Tabasco vol. 12, ISBN 968-7991-17-8, 2009:1-57.
10. Dossier N. Expert medical decisions in occupational medicine: a sociological analysis of medical judgement. *Sociology Health Illness* 1994;16(4):489-414.
11. Fielder H. A review of the Literature on access and utilization of medical care. *Soc Sci Med* 1981;21(15):129-142.
12. Liu X, Sturm R, Cuffel B. The impact of prior authorization on outpatient utilization in managed behavioral health plan medical care. *Research Review* 2000;57(issue 2):182-96.
13. Kipp W, Kamugisha J, Jacobs P, Burnham G, Rubaale T. User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda. *Bulletin World Health Organization*. 2009; Working paper No. 1, 79:10-32.
14. Good B. Medical anthropology and the problem of belief. En: *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Camb Univ Press; 1994; pp. 3-24.
15. Canales M, Almada B, Navarro R. La mortalidad en una población rural en México y su relación con el uso de los servicios médicos antes de la muerte. *Sal Púb Méx* 1984;26(4):404-414.
16. Selwyn J. An epidemiological approach to the study of users and nonusers of child health services. *Am J Public Health* 1988;68(3):231-236.
17. Arredondo A, Nájera P, Leyva R. Atención ambulatoria en México: el costo para usuarios. *Sal Pub de México* 1999;41(1):45-53.
18. Steinbrook R. Medical journals and medical reporting. *New Eng J Med* 2000;342(22):1668-71.
19. Guevara J, Lozano P, Wickizer T, Mell, L, Gephart H. Cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder 2001;108(issue 1):71.
20. Institute of Medicine. Health and behavior: The interplay of biological, behavioral, and societal influences. Committee on health and behavior: Research, practice and policy. board on neuroscience and behavioral health, US. 2002; pp. 34-56.
21. Stiffman A, Striley C, Horvath V, Hadley I et al. Organizational context and provider perception as determinants of mental health service use. *J Behavioral Health Services Research* 2001;28(issue 2):188-112.
22. Arredondo A, Orozco E. Consideraciones sobre la oferta y la demanda de los servicios de salud. En: *Introducción a la economía de los servicios de salud*. CIESS-isbn: 968-6748-39-3;2009:139-152.
23. Tanner L. Predicting physician utilization in medical care. *Health Services Research* 1983;20(3):263-269.
24. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700.
25. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci Medicine* 1995,41(9):1207-1216.

26. Anda E. Lineamientos teóricos sobre la demanda de los servicios de salud. Ministerio Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador: CEAS ed.; 2006; pp. 66-81.
27. Williams S. Sociological imperialism and the profession of medicine. *Sociological Health Illness* 2001;23(2):135-158.
28. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Demanda y utilización de servicios en salud y trabajo. *Anuales de la Universidad de Cuenca*. CEAS Ed.; Tomo VII; 2007; pp. 87-99.
29. Iriart C, Elias E, Waitzkin H. Managed care in Latin America the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Medicine* 2001;52(8):1243-1254.
30. Feldstein P. Hospital costs and utilization. En: *Health Care Economics*. New York: De. Wiley Medical; 2006; pp. 193-151.
31. Parada I, Hernández P, Arredondo A. Financiamiento en programas de farmacodependencia en México: 1990-1994. *Sal Pub Mex* 2000;42(2): 118-125.
32. Parker G, Robert L. Health care expenditures in a rural india community. *Soc Sci Med* 1986;21(5):23-27.
33. Phelps Ch, Newhouse J. Coinsurance and the demand for medical care services. Paper No. R-964, OEO/NYC, Santa Mónica, USA: Rand. Corp.; 2006; pp. 82-111.
34. Scheffler R, Zhang A, Snowden L. The impact of realignment on utilization and cost of community-based mental health services in California. *Adm Policy Ment Health* 2001;29(2):129-43.
35. Acton Jan Paul, Nonmonetary factors in the demand for medical services. *J Political Economy* 1975;(83):595-613.
36. Miners L. The familys demand for health a rural investigation. Ph. D. dissertation. University of North Caroline at Chapel Hill. Citado en: Akin A. *The demand for primary health services in the third worl*. New Jersy: Rowman and Allanheld Ed.; 2008; pp. 65-81.
37. Leibowitz A, Friedman B. Family requests and the derived demand for health care. Citado en Akin A., op. cit.; 2008; pp. 96-114.
38. Arredondo A, Orozco E, Abis Duperval P, Cuadra M et al. Temas seleccionados en sistemas de salud: Costos, financiamiento, equidad y gobernanza. Univ Aut de Yucatán; ISBN: 968-7019-16-6. 2009:198-206.
39. Finkelstein M. Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario? *Canadian Medical Association J* 2001; 9/4/, Vol. 165 Issue 5:565-66.

Artículo sin conflicto de intereses

RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación

1. D
2. C
3. B
4. D
5. B
6. C
7. E
8. C
9. B
10. D
11. B
12. C
13. E
14. A