

Modelo de Andersen: una visión crítica

SILVIA TAMEZ GONZÁLEZ¹

Departamento de Atención a la Salud UAM-X

Resumen

El estudio de los sistemas de salud y más específicamente del acceso a los servicios de salud, ha cobrado importancia a partir de los recientes movimientos de reforma que se han dado dentro de este ámbito y muy especialmente dentro de los sistemas de seguridad social. Existen diversas propuestas para abordar este aspecto desde el punto de vista de la investigación. En este trabajo se presentan brevemente las características de los diversos modelos teórico-metodológicos que se abocan al estudio de este problema y se analiza de manera detallada el denominado *Modelo Conductual de Andersen*, una de las propuestas más usadas en Estados Unidos de Norteamérica y de la que se han derivado diversos trabajos realizados en países latinoamericanos.

Entre las conclusiones más importantes de este análisis tenemos que esta propuesta está clasificada en los modelos *integrados*, concretamente dentro de los considerados sociopsicológicos. Sin embargo, esta orientación solo es identificada en los primeros trabajos, ya que desarrollos posteriores ponen cada vez más en el centro aspectos estructurales y organizativos de los sistemas de salud y de los individuos que conforman la población en riesgo y el carácter conductual en el sentido psicológico ha sido prácticamente abandonado.

Desde el punto de vista teórico, aunque algunos conceptos como acceso, mutabilidad y equidad están trabajados de manera compleja, resultan estrechos conceptualmente debido fundamentalmente a que el modelo está pensado para sociedades con menos desigualdad que la mexicana.

También existen problemas metodológicos derivados de la inclusión de variables cualitativas (categóricas) muy complejas como *actitudes* y *creencias* en los servicios médicos y *necesidad* de usar servicios en un modelo de análisis multivariado, que exige un tratamiento metodológico de las variables que frecuentemente lleva también a su simplificación teórica.

Otro problema importante, es que el modelo requiere de una caracterización muy detallada de las poblaciones estudiadas para poder explicar las relaciones encontradas, pues en muchas ocasiones existen relaciones causales difíciles de explicar con el marco conceptual propuesto, o en otras se identifican pocas relaciones y no se puede dilucidar si esto se debe a una extrema simplificación de las variables para conservar el principio de *parsimonia* del modelo o a que realmente las relaciones entre los aspectos estudiados para explicar el acceso a los servicios de salud son pocas.

Palabras clave: Sistema-Salud, Modelo-Andersen, Modelos-Integrados-Salud.

Abstract

The study of health care systems, and more specifically of access to health care services, has become important

¹ Profesora investigadora del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-Xochimilco.

Actualmente cursa el programa de Doctorado en Educación auspiciado por el Instituto de Educación de la Universidad de Londres y la Universidad Autónoma Metropolitana.

E-MAIL: stamez@cueyatl.uam.mx



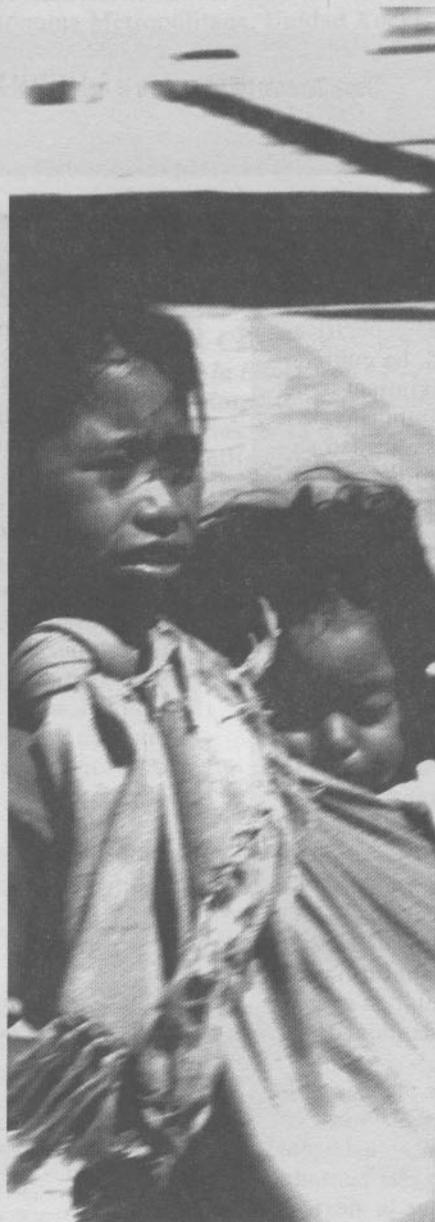
since the recent reforms which have affected this area, especially within the social security systems. Different proposals have been made for approaching this aspect from a research point of view. This article briefly presents the various theoretical and methodological models for studying the problem and it analyses in detail the one known as Andersen's Behavioural Model, which is one of the proposals most used in the United States, with various studies carried out in Latin America deriving from it.

Among the most important conclusions of this analysis is that this proposal is classified as an integrated model, and more concretely as one of those considered to be socio-psychological models. This orientation, however, is only to be observed in the early works, since later work has centred more and more on structural and organisational aspects of health care systems, whereas the individuals making up the population at risk and their behavioural character in a psychological sense have been practically abandoned.

From a theoretical point of view, although some concepts such as access, mutability and equity are covered in a complex manner, the result is still conceptually narrow, due fundamentally to the model being conceived for societies with less inequality than in Mexico. There are also methodological problems deriving from the inclusion of very complex qualitative variables (categories) such as attitudes and beliefs about medical services and the need to use the services, in a multivariate analysis model which requires a methodological treatment of the variables which often also leads to their theoretical simplification.

Another important problem is that the model requires a very detailed characterisation of the populations studied, in order to explain the relationships found. Often there are a great many causal relationships which are difficult to explain within the proposed

conceptual framework, but then, on other occasions, very few relationships are identified and it is not possible to assert that this is due to an oversimplification of the variables in order to conserve the parsimony principle of the model or if there are really very few relationships between those aspects studied for explaining access to the health care services.



José Ventura

■ Introducción

A partir de la necesidad de retroalimentar los cambios que desde la década de los setenta se empezaron a dar en los sistemas de salud, la investigación sobre tales servicios se ha incrementado en forma creciente. Aunque los argumentos fueron muchos y muy diversos, dichos cambios respondieron fundamentalmente a los propósitos de racionalizar costos a partir de criterios de eficiencia y calidad, y de lograr mayor equidad en la prestación de los servicios. Algunos autores plantean que la crisis financiera de los servicios de salud, tuvo como causa principal un marcado incremento en los costos de la atención médica debido, entre los aspectos más importantes, a la frecuencia creciente de patología crónica, a la emergencia de padecimientos de largo y costoso tratamiento como el SIDA, al exagerado uso de tecnología diagnóstica y terapéutica, y al uso y precio elevado de los fármacos (HSIAO, 1992).

En este contexto surgieron iniciativas para estudiar los sistemas de salud que se proponían trascender visiones que resultaban rígidas e incompletas, pues se derivaban del análisis de aspectos relacionados exclusivamente con la estructura, la organización y el funcionamiento de tales sistemas. Al mismo tiempo, el discurso de la equidad fue adquiriendo mayor fuerza, lo que obligó a tomar como punto de referencia la perspectiva del usuario. Una de las propuestas más difundidas fue la de Andersen (1973, 1978, 1983), la cual ha sido clasificada como parte de los modelos *integrados* (Eibenschutz, 1997), ya que explica las diferencias en el uso a partir de aspectos demográficos, sociales, económicos y psicológicos.

Aunque este modelo rebasa algunas de las limitaciones detectadas en otras propuestas, entraña algunos pro-



blemas que cuestionan su consistencia desde el punto de vista teórico y metodológico, y que a su vez revisten una mayor importancia si se aplica en países en desarrollo. Con el objeto de ubicar las características teóricas de dicho modelo, a continuación, y de manera muy resumida, se presentan los principales modelos de estudio del uso de servicios de salud y posteriormente se discuten los aspectos más relevantes de la propuesta en cuestión para terminar haciendo algunas reflexiones en torno a la pertinencia de su aplicación.

■ Modelos cuantitativos de uso de servicios de salud

Uno de los modelos más utilizados es el epidemiológico, el cual está orientado desde la perspectiva de la programación de acciones de salud. Parte de que el funcionamiento de los servicios debe ser programado sobre la base de las necesidades de la población, las cuales son entendidas como *cualquier alteración en la salud y el bienestar que requiere servicios y recursos para su atención* (Donabedian A, 1987). La utilización es vista fundamentalmente como resultado del tipo de riesgos a los que se expone la población y de la disponibilidad y eficiencia del tipo de servicio requerido (Arredondo, A 1992), y en última instancia se traduce en una visión estadística de uso de recursos.

Por su parte, los modelos denominados económicos están basados en la demanda y en los costos de atención (Parker, 1986; Acton, 1975). Se consideran de muy poco alcance explicativo pues excluyen otros factores, especialmente aquellos relacionados con las características de los individuos.

El de organización de los servicios de salud es un modelo muy difundido, pero éste se enfoca a las características de los servicios y no a su utilización.

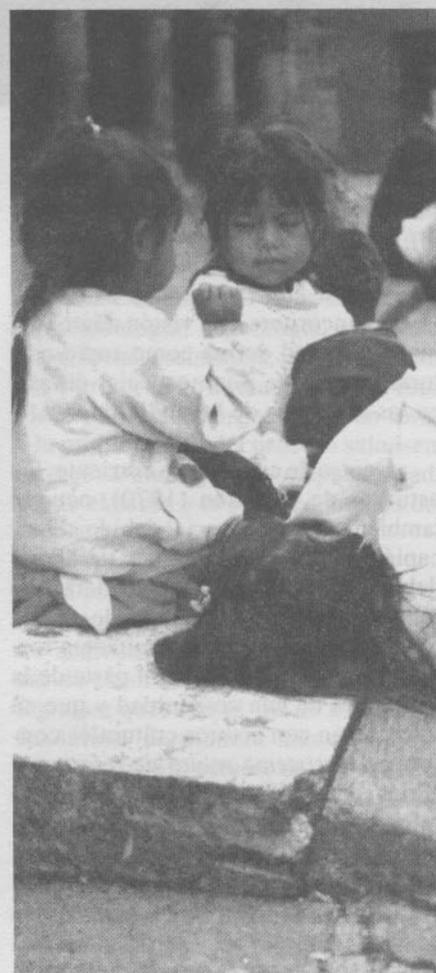
Entre los diferentes enfoques que existen dentro del mismo modelo pueden mencionarse, entre los más representativos: a) organización interna (López, 1990), dentro de la cual los servicios son analizados bajo un enfoque administrativo; b) interfase entre usuario y servicios, centrado en la relación médico-paciente y c) el de la accesibilidad (Frenk, 1985), que generalmente incorpora la necesidad con un enfoque epidemiológico.

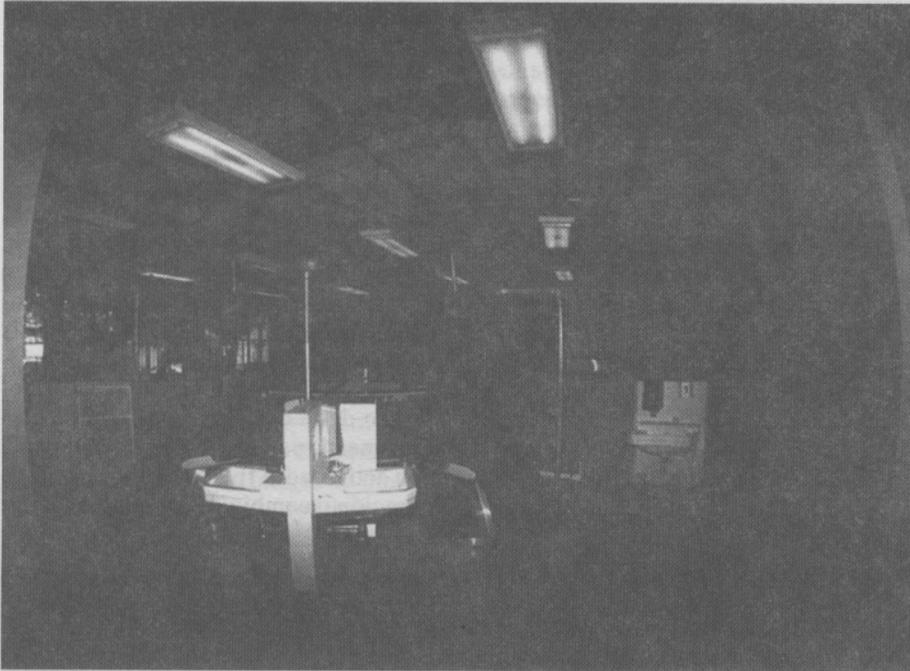
Una de las principales limitaciones de estos modelos consiste precisamente en la reducción, y en ocasiones la eliminación, de la importancia que revisten las necesidades de los usuarios y sus características individuales como determinantes del uso de servicios de salud. En contrapartida, existen modelos que tienen como punto de partida las condiciones personales de la población usuaria de los servicios y que sustentan su análisis en aspectos sociales, culturales y de comportamiento.

El modelo psicosocial es uno de los más representativos de esta corriente, y entre sus principales exponentes cabe mencionar a Rosentock (1966), quien analiza la decisión de *buscar salud* con el objeto de especificar algunas variables que pueden explicar el comportamiento de los usuarios ante una necesidad. Las necesidades son entendidas como resultado de la interacción entre el estado de alerta y aprehensión, y la gravedad del evento mórbido. Incorpora como otros elementos básicos las creencias sobre los servicios; concibe la utilización como resultado entre la interacción de estas dos variables y no incorpora la visión del profesional de la salud. Otro de los autores importantes dentro de esta perspectiva es Mckinlay (1974), quien analiza la *conducta de utilización* dentro de tres esferas: motivación, percepción y aprendizaje.

El modelo sociológico está basado en las redes de apoyo social. La utilización se entiende básicamente como resultado de la interacción del individuo

con su entorno social, aunque frecuentemente también se integran factores relacionados con la disponibilidad de servicios y los niveles de conocimiento sobre salud. Una dificultad identificada en este tipo de modelos son las diversas concepciones de apoyo social y de formas de mensura (Tamez *et al.*, 1996). Dentro de este enfoque, Zola (1966), distingue cinco factores que propician que un individuo busque ayuda médica: 1) presencia de una crisis interpersonal, 2) percepción de interferencia con sus relaciones sociales, 3) refuerzo de la decisión por parte de otra persona, 4) percepción de interferencia con actividades físicas o laborales, y 5) duración o cambio de los síntomas. Por





José Ventura

su parte, Infante (1990), en una investigación sobre atención prenatal y redes sociales, definió necesidad como: *grado de preocupación y grado de interferencia con la rutina* y Mckinlay (1972), incorpora esta visión dentro del modelo que él define como socio-cultural, en el que pone especial énfasis en las creencias de los individuos.

Dentro de esta misma corriente, los estudios de Friedson (1970), ocupan también un lugar especial debido al hincapié que hace en las redes de apoyo del individuo. Este autor considera, que todo proceso de búsqueda de ayuda involucra una red de consultantes formales e informales que son parte de la estructura de una comunidad y que en interacción con actores culturales conforman el *sistema social de referencia* (Friedson, 1978). El sistema social de referencia tiene dos elementos: a) número relativo de consultantes profesionales y no profesionales que existen entre la percepción del síntoma o la necesidad y la decisión de acudir al consultante formal, y b) congruencia

entre la cultura del consultante formal y de la persona afectada.

Como puede observarse, en las propuestas anteriores prevalece el énfasis en los aspectos conductuales que intervienen, tanto en la decisión de acudir a los servicios de salud, como en la actitud frente a ellos y a la enfermedad. En estas propuestas se observa una mezcla de factores sobre todo de corte social, cultural y psicológico. A continuación se presentan algunos de los principales modelos que integran aspectos de estas tres esferas.

■ Modelos integrados

Se puede considerar que la mayoría de los modelos actualmente empleados para valorar la utilización de los servicios frente a las necesidades de la población, es decir, dentro de un marco de equidad en el acceso, corresponden a modelos complejos, en los cuales se

incorporan variables de diversa naturaleza en relación con el campo de conocimiento, y el énfasis depende más bien del interés particular del investigador.

Dentro de este tipo de modelos destaca el denominado social-psicológico, que cuenta entre sus principales exponentes a los autores de los trabajos que se analizan en este capítulo (Andersen *et al.*, 1973, 1978, 1983 y Aday, 1974), dentro de esta corriente se puede inscribir también los trabajos de Anderson (1973). En estas propuestas, la utilización es concebida de manera compleja pues se consideran aspectos tales como número de consultas, días de hospitalización, intervalo entre una consulta y otra, tipo de servicio usado, etcétera. Sin embargo, como se verá más adelante, debido a que casi siempre el método de análisis corresponde a un modelo matemático que exige la incorporación de variables continuas, la utilización habitualmente es estudiada a partir del número de consultas médicas en un lapso de tiempo determinado (IDRC, 1998).

Otro modelo que ha sido de amplia aplicación y que se deriva de la corriente psicológica es el denominado de *creencias en salud*. Dentro de estos estudios destacan los que se centran en las motivaciones para usar servicios preventivos, y en los cuales la necesidad se construye de manera compleja alrededor de la noción de que la utilización de este tipo de servicios depende de factores como un mínimo de conocimientos, que hace que los individuos se perciban como potencialmente vulnerables a contraer una enfermedad y de la fe en la eficacia de una intervención (Becker, 1991, citado por Forero, 1996).

Por su parte, Mechanic, que puede ser considerado como uno de los autores clásicos sobre el tema, postuló que el uso de los servicios de salud descansa fundamentalmente en aspectos culturales y sociales de los individuos (Mechanic, 1976). Su punto de partida es que los individuos responden a los síntomas en función de evaluaciones



situacionales. Estas evaluaciones pueden estar influenciadas por la opinión de otros, pero generalmente son ...*ampliamente compartidas por aprendizajes, socialización y experiencias pasadas mediadas por el marco cultural de la persona enferma* (ibid).

Desde tal perspectiva, el autor citado construyó un concepto complejo de necesidad, ya que sugiere que la búsqueda de atención médica está determinada por diez elementos: a) visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas; b) grado en el cual los síntomas son reconocidos como peligrosos; c) interferencia de los síntomas con las diferentes actividades sociales de los individuos; d) frecuencia y persistencia de los síntomas; e) umbral de tolerancia; f) disponibilidad de información; g) aspectos que compiten con la decisión de solucionar el problema de salud; h) interpretaciones de otras personas sobre el problema, e i) disponibilidad de recursos económicos y de los servicios de salud (Eibenschutz, 1996). Autores como Fabrega (1973), Green (1975), Kats (1970),

Kosa y Robertson (1975), Kar (1977), y Tanner (1983) produjeron resultados dentro de la misma línea descrita en los estudios de Mechanic (ibid.).

Otra visión muy compleja de *uso frente a necesidad* es la registrada en los estudios de Tapani Purola (Citado por Forero, 1996), quien retoma elementos de los modelos epidemiológico, psicosocial y social. Considera que los sujetos tienen dos sistemas a nivel individual: un sistema psicobiológico interno del hombre y un sistema externo de conexiones sociales. La enfermedad fue definida como desequilibrio entre los dos sistemas. La percepción que tiene el hombre de este desequilibrio determina a su vez el concepto de enfermedad percibida. Para el autor, la necesidad está fundamentalmente regulada por la receptividad y la percepción del individuo, pues son los elementos que determinan las reacciones al desequilibrio percibido entre el estado psicobiológico y el estado del sistema externo de conexiones sociales. Se considera que la utilización puede consistir en el uso de

sistemas formales e informales de atención o en acciones mucho más complejas de participación social, relacionadas por ejemplo con pensiones por incapacidad y cambios de ocupación (Forero, 1996).

Estudios más recientes (Breilh y Granda, 1986), bajo un enfoque marxista, plantean que el uso de los servicios de salud está determinado a nivel general por la reproducción social, a nivel particular por la reproducción de la fuerza de trabajo y a nivel específico por la producción del individuo y que estos niveles condicionan tanto la percepción de la enfermedad como la decisión de búsqueda de ayuda.

Aunque no se trata de un modelo cuantitativo, dada su importancia actual, es necesario mencionar el modelo antropológico que tal vez sea el único que incorpora la subjetividad y que utiliza métodos cualitativos. En este modelo, los patrones de utilización de servicios y de resolución de los problemas de salud no se conciben subordinados a la accesibilidad, sino que son vistos como resultado de factores tales como: cultura, ideología, hegemonía, consenso, clase social, resistencia, etcétera (citado por Forero, 1996); relaciones que establecen las clases organizadas en torno a la problemática del proceso salud-enfermedad-atención y la respuesta dada desde el saber y la práctica médica dominantes (Menéndez, 1990).

Después de esta revisión, resulta evidente que el modelo objeto de nuestro análisis responde a las características de clasificación de los modelos integrados que, con el fin de estudiar el fenómeno de manera más compleja, incorporan en el estudio del acceso a los servicios de salud aspectos contemplados en propuestas de diversas corrientes de pensamiento. Sin embargo, como se verá a continuación, existen problemas teóricos y metodológicos que limitan los alcances explicativos y la consistencia de la propuesta en cuestión.



José Ventura



José Ventura

Modelo conductual de Andersen

El análisis de este modelo implica una amplia revisión, ya que los autores involucrados produjeron una importante cantidad de trabajos a lo largo de las últimas dos décadas. A continuación se presenta un análisis crítico del modelo, basado en cuatro de los trabajos más representativos (Andersen *et al.*, 1973, 1978, 1983; Aday *et al.*, 1974).

Principales conceptos

El denominado modelo de Andersen tiene como propósito estudiar los determinantes del acceso a los servicios de salud para retroalimentar acciones de política sanitaria (Andersen *et al.*, 1973; Aday *et al.*, 1974; Andersen *et al.*, 1983). Los autores plantean la existencia de factores que influyen de manera particularmente importante en el acceso a la atención médica y que se consi-

tituyen en condiciones que contribuyen en diferentes grados a que los individuos usen o no los servicios de salud. Estas condiciones determinan también el tipo y el volumen de servicios utilizados y en términos generales son atributos de los servicios de salud y de los individuos que forman parte de la población en riesgo (Aday *et al.*, 1973, Andersen *et al.*, 1983).

A lo largo de sus trabajos, el autor confiere especial importancia a un aspecto que es fundamental en la mayoría de propuestas de estudios cuantitativos y que atiende a razones de costo/eficiencia (Aday *et al.*, 1974), el cual se refiere a la necesidad de encontrar el modelo más simple que permita evaluar consistentemente el acceso a los servicios de salud (*parsimonious data sets*). Es decir, se trata de encontrar el modelo que tenga menos variables y que sea más explicativo (Andersen *et al.*, 1983).

El enfoque de la propuesta es *sistémico* y aplicado a la *evaluation research*, ya que los determinantes del acceso son clasificados como *indicadores de proceso* y como *indicadores de resultado*:

...Two main categories of social indicators of the access concept may be specified on the basis of the framework presented: *process and outcome indicators* (Aday *et al.*, 1994).

Los *indicadores de proceso* se refieren a características del sistema de salud y de la población en riesgo, que afectan tanto la entrada en el sistema como las características de la utilización; la utilización y la satisfacción son considerados los *indicadores de resultado* y reflejan *the end products of health policy regarding access* (ibid).

En correspondencia con lo anterior, los autores proponen dos niveles de análisis: el macro, referido a las políticas de salud y su impacto en los sistemas proveedores de servicios y en la población en riesgo, y el micro, rela-

cionado con la evaluación del uso y la satisfacción en el consumo de ese tipo de servicios por parte de los individuos. El segundo nivel se relaciona estrechamente con el primero en tanto que permite el acercamiento empírico a los efectos de los determinantes a nivel macro en el acceso a los servicios de salud (ibid). Este punto de partida plantea un problema que no es identificado por el autor, pues establecer relación entre los dos niveles requiere una metodología muy compleja que ha sido objeto de intenso estudio.

En uno de los primeros trabajos aquí mencionados, se hace mención especial de la necesidad de caracterizar las políticas de salud en tanto éstas afectan la provisión de los servicios y las características de la población en riesgo, los cuales determinan a su vez cambios en la utilización y en la satisfacción del consumidor (Andersen *et al.*, 1973). En dicho trabajo, se considera que las políticas de salud tienen, entre otras metas, mejorar el acceso; interesa, por tanto, evaluar los elementos que pueden llegar a modificarlo, tales como el financiamiento, la educación, la organización y la administración. En este nivel, los valores sociales en relación con la salud, la enfermedad, la equidad, la igualdad, la justicia, toman un lugar determinante en tanto definen la lógica de muchos de los elementos evaluados (ibid). La necesidad de contextualizar el acceso a los servicios de salud desde una perspectiva de política de salud en sentido amplio, es abandonado en los trabajos subsiguientes, y en general, los análisis que de este aspecto reducen a explicar los indicadores de recursos del sistema de salud.

En lo tocante al tratamiento conceptual, el concepto de acceso muestra varios aciertos y limitaciones que definen en gran medida los alcances teóricos de la propuesta. En el trabajo de 1973 (Andersen *et al.*, 1973), los autores aún no asumen la preponderancia del tema referente al acceso y lo consi-



deran solamente como un resultado de la organización de los servicios de salud. Es decir, el acceso es entendido solamente como el resultado entre los elementos de la organización del sistema de salud, que son volumen y distribución de los recursos, y estructura del sistema. Las características de los individuos, entre ellas las socioeconómicas, no son relacionadas directamente con ese tema del acceso al servicio de salud. Por otra parte, en el mismo trabajo, los autores consideran que existe una relación entre los diferentes elementos del sistema, la cual es planteada de manera lineal, pues se afirma que el acceso está en algún sentido determinado por la estructura del sistema de salud, y la estructura a su vez, está determinada por los recursos (Andersen *et al.*, 1973), de lo cual se desprende que el acceso puede ser modificado en forma positiva al aumentar los recursos. Esta afirmación, sin embargo, se condiciona a una relación equitativa de esa variable con las dimensiones demográfica, social y de necesidad).



José Ventura

En un trabajo posterior ya aparece el acceso como el objeto central del análisis, el cual es entendido como: *...proceeding from health policy objectives through the characteristics of the health care system and of the populations at risk (inputs) to the autocomes or outputs: actual utilization of health care services and consumer satisfaction with these services* (Aday *et al.*, 1974). En este concepto se confirma el carácter *sistémico* de la propuesta y se puede observar que se incorporan, en la explicación de los diferentes niveles de acceso, las características de la población en riesgo y también de satisfacción del usuario (*consumidor* de acuerdo con los autores). En un trabajo más reciente se plantea la multidimensionalidad del concepto de acceso y se afirma lo siguiente:

...In general, the model implies that characteristics of the delivery system (the availability of health care providers and facilities, for example) and characteristics of individuals in the area (such as age, insurance coverage and health status) reflect the probable or potential levels of access to medical care; utilization and satisfaction may be more appropriately considered objective and subjective indicators, respectively, of actual or realized access to services (Andersen *et al.*, 1983). En este trabajo, el acceso es definido como: *...as those dimensions which describe the potential and actual entry of a given population group to the health care delivery system*. Este cambio en la conceptualización de acceso se expresa en una taxonomía diferente de los indicadores para medirlo, los cuales son agrupados, en torno a la temporalidad, en: indicadores de acceso potencial e indicadores de acceso realizado. En la misma publicación el acceso es definido también como *aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y actual de un grupo poblacional en el sistema de salud*.

De acuerdo con el párrafo anterior, resulta claro que el concepto de acceso

es complejo y que de éste se derivan todos los indicadores del modelo. Sin embargo, la forma en la que se conciben los determinantes y sus relaciones, y la forma de operativizarlos para hacerlos susceptibles de ser incorporados en un modelo de análisis matemático, limitan los alcances teóricos de tal concepto.

Otro concepto incorporado en el modelo es el de mutabilidad, que en esta propuesta se refiere al grado de transformación o afectación de ciertas variables como producto de cambios en las políticas de salud (Aday *et al.*, 1974). La mutabilidad se encuentra relacionada con indicadores tales como: características del sistema proveedor; volumen y distribución de los recursos, estructura y entrada en el sistema, etcétera. Los indicadores inmutables (edad, sexo, raza, educación, ingreso, etcétera) permiten la clasificación de la población en subgrupos.

Los siguientes párrafos son ilustrativos del concepto de mutabilidad en el modelo:

...Mutable properties—those which can be altered, in the short run, to affect the utilization of or satisfaction with care (medical manpower distribution, insurance coverage, etc.), as suggested earlier, may be more meaningfully considered social indicators of the access concept than immutable properties, which serve more to define sub-groups or target populations to whom health policy should be directed—e.g., age, sex, race and residence groups—for whom access may differ (Ibid). *“...consider three types of variables: outcome or dependent variables and two types of independent variables—policy variables, which can be or have been amenable to policy and hence may be considered mutable or manipulable; and control variables, which affect the outcome variables but are immutable or nonmanipulable in that they cannot be changed by public policy* (Aday *et al.*, 1974).

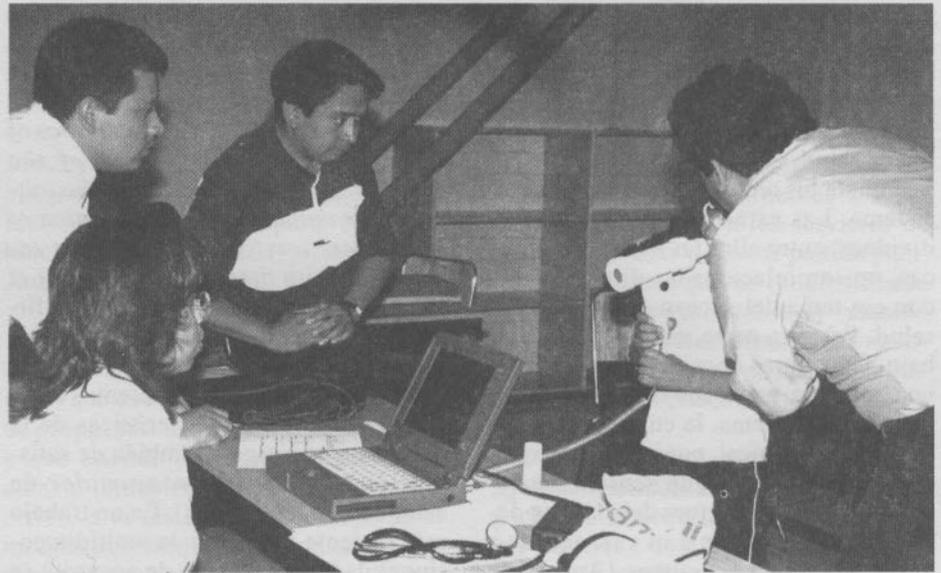
...Implicit in the access concept is the fact that certain categories of



people have more or less access to medical care than others. The characteristics of these categories, which may be biological or social givnes such as age, sex or race among the predisposing variables of some of the community characteristics (e.g., urban and rural) in the enabling component, serve to difine these groups. The more manipulable beliefs and enabling variables, such as income or health insurance coverage, are characteristics that health policy seeks to change in order to affect these groups access to care (ibid).

Como puede observarse en los párrafos anteriores, dentro de los factores considerados inmutables a partir de cambios en la política de salud existen algunas diferencias, por ejemplo, se considera que la educación es un componente susceptible de ser modificado sólo a largo plazo (por lo tanto es inmutable), sin embargo, el autor considera que el ingreso sí puede ser modificado a más corto plazo. Desde su perspectiva, en una situación hipotética en la que las diferencias de utilización se explicaran por variables como educación e ingreso, se considera que mejorando el ingreso, muy probablemente, se obtendría mejora en la utilización, tanto por su efecto directo sobre este aspecto como por un efecto indirecto en la educación.

Por otro lado, variables socioeconómicas que en México afectan de manera muy importante el acceso, como la educación y la ocupación, son consideradas como inmutables, lo cual muestra las limitaciones del modelo, pues las acciones en materia de política de salud tienen limitantes muy importantes, emanados de las características socioeconómicas de los individuos. Otro aspecto que entra en contradicción con la situación de un gran número de países, es que el ingreso y la cobertura de la seguridad social son concebidos como variables mutables, lo cual tal vez fue una realidad para algunos países desarrollados en décadas pasadas, pero no



José Ventura

lo es en la actualidad. Por otro lado, concretamente en México, país en el que los niveles salariales se han mantenido contenidos a partir de políticas de *topes salariales* durante más de 20 años, este supuesto teórico resulta poco real.

Ocupa un lugar importante en esta propuesta el concepto de equidad en el acceso a los servicios de salud (Andersen *et al.*, 1978). Desde el punto de vista de los autores, el acceso se considera equitativo cuando el comportamiento de utilización de los servicios de salud se explica en función de las variables demográficas, tales como la edad y el sexo. El acceso se considera inequitativo cuando las diferencias en el uso se explican por variables sociales tales como raza o educación, o por algunos factores tales como cobertura de seguro en salud, número de médicos, etcétera. En otras palabras, el acceso es inequitativo cuando las diferencias en el mismo son explicadas a partir de componentes *mutables*.

Se plantea que la equidad en el acceso existe cuando los servicios son distribuidos con base en las necesidades. En la medida en que el uso de los servicios depende de aspectos como

número de días de incapacidad o gravedad de los síntomas reportados, se puede decir que el acceso es equitativo. Dicho de otra forma, cuando indicadores como cobertura de seguridad social, ingreso o raza se constituyen en predictores del acceso realizado, entonces se considera que el acceso es inequitativo (Andersen *et al.*, 1978).

También resulta de interés analizar el tratamiento conceptual de lo *social*. A pesar de que en la introducción el autor reconoce la determinación social del acceso a los servicios en un sentido más amplio, al momento de conceptualizar lo *social* lo reduce a aspectos relacionados solamente con los servicios de salud y con factores como la tecnología y las normas¹ (Andersen *et al.*, 1973), dejando fuera aspectos considerados típicos de la caracterización socio-económica de los grupos sociales tales como educación, ingreso, ocupación, etcétera, que son factores incorporados más adelante en las determinaciones individuales. Esta situación es matizada en uno de los últimos trabajos (Andersen *et al.*, 1983), en el que dentro de los atributos de la comunidad, en lo que a acceso potencial se refiere, se incorporan aspectos como proporción de la



población en situación de pobreza y mortalidad infantil.

Tal vez los principales cuestionamientos a los conceptos analizados, se derivan de un problema de índole general que afecta toda la propuesta, como lo veremos también al momento de analizar los determinantes individuales. Dicho problema se refiere a que el modelo está pensado para la sociedad estadounidense, en la cual las desigualdades no son tan marcadas como en las sociedades latinoamericanas, y en la que modificar los niveles de factores tales como ingreso o cobertura de los servicios de salud para incrementar el acceso es más factible que en nuestras sociedades. Además, en sociedades tan desiguales como la mexicana, el acceso está definido prioritariamente por factores socioeconómicos y la mutabilidad de los determinantes de la utilización de los servicios tiene una dinámica muy diferente a la planteada en párrafos anteriores.

Otro problema central es la despolitización de los determinantes del acceso, ya que dentro de la propuesta nunca aparecen actores como los usuarios, los trabajadores de la salud, los intereses de las empresas aseguradoras, el Estado, las características de la reforma impulsada, etcétera, lo que reduce mucho los alcances del modelo para explicar el acceso en términos de sus diferencias entre los grupos poblacionales.

■ Los indicadores del acceso

La taxonomía de los indicadores de acceso sufrió modificaciones a lo largo de los años. Para no extender demasiado este capítulo se presentará la versión más cercana a la aplicada en esta investigación y se señalarán sólo algunas de las modificaciones más importantes.

Como ya se mencionó anteriormente, el acceso está integrado por dos dimensiones: acceso potencial y acce-

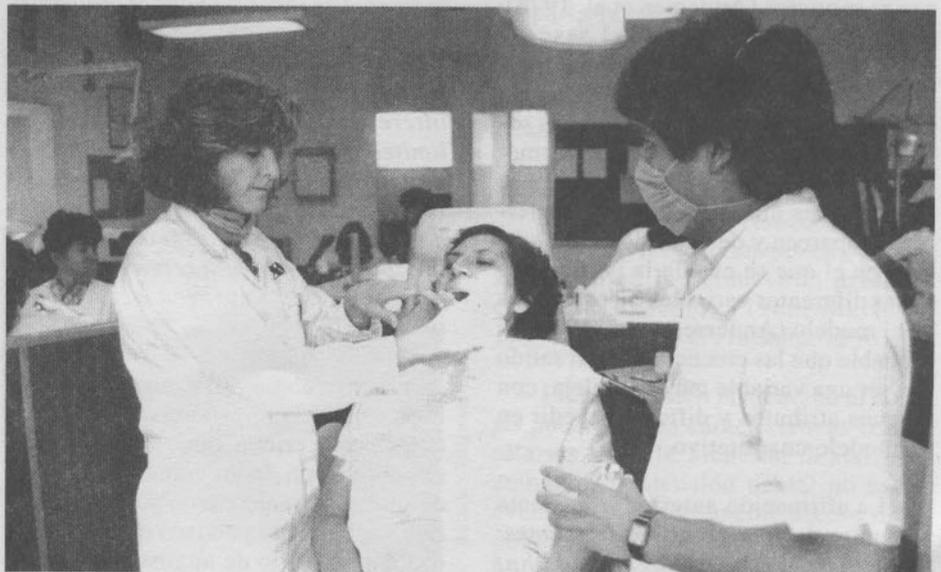
so realizado (Andersen *et al.*, 1978). Se considera que el acceso potencial está influido por características estructurales de los servicios de salud y por la naturaleza de las carencias, los recursos y las necesidades de los individuos. Así, la disponibilidad de recursos y las características de los individuos se consideran *predictores* del acceso realizado, es decir, de la utilización y la satisfacción, asumidas como resultados del proceso de acceso. De esta forma, tal como vimos anteriormente, el acceso es definido como *aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y actual de un grupo poblacional en el sistema de salud.*

Dentro de las características del sistema prestador de servicios se analizan dos elementos: los recursos y la organización (Aday *et al.*, 1974). Los recursos tienen en cuenta el volumen y la distribución (como expresión de equidad o inequidad) de los mismos: trabajo, capital, estructuras, personal, equipo y materiales dedicados a la provisión de servicios de salud. La premisa que sustenta la relación entre los recursos y la utilización de los servicios de salud, plantea que si se incrementa el porcentaje de recursos en una población, el consumo de los servicios mé-

dicos se puede también incrementar, siempre y cuando las demás dimensiones del sistema sean equitativas.

La organización describe qué hace el sistema proveedor con estos recursos. Se evalúa a partir del acceso y de la estructura. El término *entrada en el sistema* se refiere a los medios a través de los cuales el paciente ingresa en el sistema y continúa el proceso de tratamiento (Andersen *et al.*, 1973). La entrada puede ser medida a partir de las barreras que son vencidas por el individuo para recibir el servicio médico: pago directo del costo del servicio, tiempo de espera, duración del tratamiento, costo de los medicamentos, tiempo de traslado, etcétera.

La estructura se refiere al *camino* que sigue el paciente una vez que entra en el servicio de salud. Éste es uno de los componentes, dentro de los sistemas de servicios de salud, más difícil de definir en relación con los patrones de utilización, debido, entre otras razones, al nivel de interrelación de los componentes y a la diversidad de facetas que asumen los mismos. Elementos de la estructura son por ejemplo el tipo de personal que establece el primer con-



José Ventura

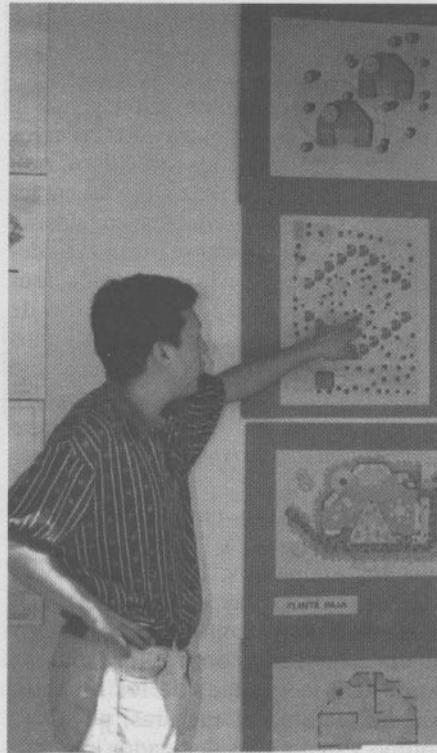


tacto con el paciente, el sistema de admisión y de referencia a otros niveles de atención, las características de la atención hospitalaria, etcétera.

Muy importantes dentro del modelo son las características de los individuos que conforman la población en riesgo y que son definidas por los autores como las *...características individuales que contribuyen a determinar la utilización de servicios de salud* (Andersen et al. 1973). El modelo asume que existe una secuencia de condiciones que contribuyen al tipo y volumen de servicios que una persona usa. Desde el punto de vista del individuo, el uso depende de su predisposición a usar servicios, de su habilidad para asegurarse los servicios y de su nivel de enfermedad. De ese modo, los componentes individuales son clasificados como: a) predisponentes (*predisposing*), b) posibilitadores¹ (*enabling*) y c) nivel de enfermedad (*need*). Es decir, se trata de atributos de los individuos que influyen en última instancia en su conducta de búsqueda de atención médica.

Las variables predisponentes incluyen aquellos factores que existen previamente al evento de búsqueda, tales como vejez o tipo de enfermedad, y describen la *propensión* de los individuos a usar servicios (Andersen et al. 1978). Dentro de este grupo está el sexo, la edad, la raza, la etnicidad, la educación y las creencias sobre los servicios. En los primeros trabajos, las creencias sobre los servicios de salud y la enfermedad formaban parte de este rubro, pero en versiones más recientes esta variable no aparece y de acuerdo con el trabajo en el que se evalúa la pertinencia de las diferentes variables incorporadas en el modelo (Andersen et al., 1983) es probable que las creencias hayan salido por ser una variable muy compleja, con muchos atributos y difícil de medir en un modelo cuantitativo.

La afirmación anterior se sustenta en puntos de vista como los siguientes: *...Further, we have suggested that*



José Ventura

various dimensions and the variables representing them may not be readily combined into summary scales and indices. The large number of indicators resulting have caused problems in method and in policy planning. And, ...For policy planning, administrators are interested in identifying a single or limited number of indicators of access that would allow them to use these scores to assess quickly how communities compare on access, or determine whether particular health services delivery programs had improved access over time (ibid).

Éste es uno de los aspectos metodológicos más importantes a tomar en cuenta en la crítica, pues la reducción y simplificación de los conceptos a partir de un tratamiento particular de las variables, para que puedan ser incorporadas a un modelo de análisis matemáti-

co, propicia que, por ejemplo, en este caso concreto prácticamente sean incorporadas sólo variables numéricas, y se abandonen conceptos tan ricos e importantes en el acceso como actitudes y creencias sobre los servicios de salud y sobre la enfermedad (Forero, 1997). Por su importancia, este limitante metodológico será analizado en mayor detalle en el siguiente apartado.

Los componentes posibilitadores se refieren a los medios con que cuentan los individuos o sus familias y que hacen posible o no el uso de los servicios de salud. Es decir, son las condiciones que permiten al individuo o a una familia actuar para satisfacer una necesidad en relación con el uso de servicios de salud. Se incluyen los atributos de la comunidad en la cual el individuo vive, por ejemplo, rural o urbana, región, etcétera. Estas condiciones incorporan también los recursos familiares (ingreso, nivel de cobertura, etcétera) y la fuente regular de atención. Los aspectos financieros y de organización de los servicios son importantes en este tipo de componentes, dentro de los cuales destacan el volumen de servicios de salud disponibles y su costo.

Se considera que este rubro constituye el grupo de factores susceptibles de ser modificados a partir de acciones de política de salud, es decir, que son el tipo de componentes *mutables*, ya que se parte de que *...The more manipulable beliefs and enabling variables, such as income or health insurance coverage, are characteristics that health policy seeks to change in order to affecto these groups acces to care* (Aday et al., 1974).

La variable de necesidad se refiere al nivel de enfermedad y se considera la causa más inmediata de uso de servicios de salud. Este componente tiene tres dimensiones: salud percibida, síntomas y limitación en la vida cotidiana. La necesidad puede ser autopercebida por el individuo o evaluada por el médico (Andersen et al. 1973, Aday et al. 1974).



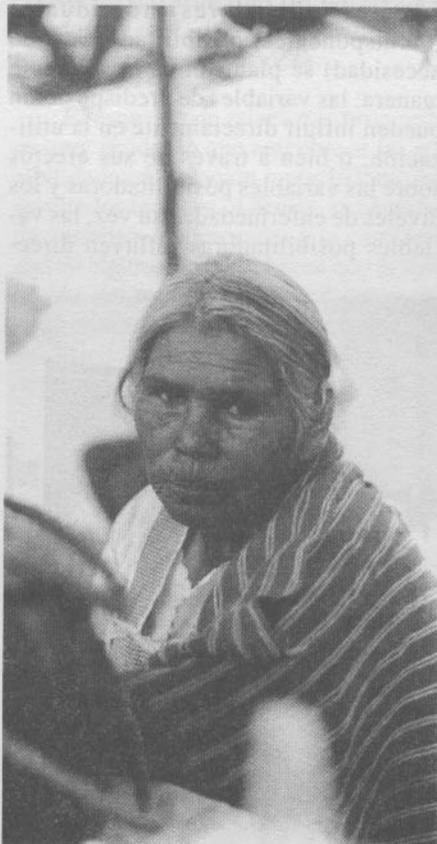
Como ya se mencionó anteriormente, la utilización y la satisfacción están consideradas como las indicadoras de resultado y, de acuerdo con los autores, se constituyen en las variables que permiten establecer *validación externa*. El uso se define como: *...tipo de conducta individual* frente a la utilización de servicios de salud (Andersen *et al.*, 1973). Puede ser caracterizada en términos de: tipo, propósito y tiempo de intervalo entre los eventos de utilización. El tipo de servicio hace énfasis en indicadores como tipo de médico (general, especialista, enfermera, etcétera), consultorio, hospital y servicio dental, este último de gran importancia para definir acceso. El propósito del uso consiste en aspectos tales como atención preventiva para evitar que se presente un evento mórbido, atención relacionada con la enfermedad, que puede ser curativa o estabilizadora, generalmente referida a padecimientos crónicos tales como enfermedad cardiovascular o diabetes y el tercer aspecto es el internamiento. El tiempo de intervalo se tipifica a partir de contacto inicial con médico durante un periodo de tiempo o número de servicios recibidos en determinado tiempo, y la continuidad mide quién entra en el sistema y qué tan frecuentemente lo usa. Se considera un indicador objetivo del acceso.

Los autores confieren especial importancia a estudiar las dimensiones de la utilización, pues cada una de ellas refleja diferentes aspectos del proceso de búsqueda de atención, y el impacto de varios determinantes de la utilización varía dependiendo del tipo, sitio, propósito y tiempo de intervalo; sin embargo, debido a la necesidad de reducir variables, casi siempre la utilización se reduce a número de consultas en un periodo de tiempo (ENSA, 1996; IDRC, 1998).

La satisfacción en el consumo se refiere a las actitudes hacia el servicio. Se diferencia de las creencias en que la satisfacción en el consumo evalúa la sa-

tisfacción en la calidad y cantidad del servicio recibidos en el momento actual y los *medical beliefs* se refieren a *diffuse sociocultural predispositions toward health medicine* (Aday *et al.*, 1974). Se parte de la idea de que la satisfacción del consumidor es mejor evaluada en el contexto de un episodio específico y reciente de utilización. Toma en cuenta la conveniencia del servicio, la coordinación, el costo, la cortesía, la información suministrada y el juicio sobre la calidad del servicio recibido. En este caso se trata de indicadores subjetivos de evaluación.

Es conveniente hacer algunas observaciones en torno a cambios registrados en la taxonomía de los indicadores, que aunque no provienen de modificaciones conceptuales esenciales sí establecen diferencias en las variables o descriptores que forman parte de la propuesta (Andersen *et al.*, 1983) y que reflejan



Bulmaro Villarruel

la forma en la que actualmente se aplica el modelo.

Como ya se mencionó anteriormente, las dimensiones del acceso están clasificadas en acceso potencial y acceso realizado. El primer aspecto incorpora dos rubros: sistema de salud¹ e individual² y el segundo agrupa las variables en uso, considerada como valoración objetiva del acceso³ y satisfacción concebida como la valoración subjetiva⁴, y en los trabajos anteriores la clasificación de las variables era en función de dimensiones sociales y dimensiones individuales del acceso (Andersen *et al.*, 1973).

Desde el punto de vista conceptual es muy importante señalar que en esta propuesta las características del individuo corresponden al acceso potencial y no al realizado, lo cual muy probablemente se deba a que este marco teórico está planteado para una investigación que se realizó básicamente a partir de información secundaria y no a partir de encuesta individual. Por tal motivo, ciertas variables predisponentes, posibilitadoras y de necesidad fueron obtenidas de manera agregada en registros comunitarios.

Tal vez este hecho también explica en parte la eliminación de la variable *actitudes y creencias*, clasificada como predisponente en propuestas anteriores y también como un componente modificable con acciones de política sanitaria. Sin embargo, es probable que con dicha eliminación se esté perdiendo un aspecto de gran importancia en la explicación de las diferencias en el acceso, tal como lo demuestran diversos estudios (Rosentok, 1966; Mckenlay, 1974; Forero, 1997; Infante, 1990).¹

Llama también la atención el énfasis puesto en las características comunitarias y en la atención dental. Sin embargo, la atención dental no es un evento viable para medir acceso de la población a los servicios médicos en México, pues sólo una proporción muy



pequeña accede a este tipo de servicio y esto no refleja la realidad en relación con otro tipo de servicios y de acciones en salud.

■ Relaciones entre los diferentes factores

Se puede decir que existen dos niveles de relaciones: uno entre las características del sistema de salud y el resto de indicadores del acceso y otro que tiene que ver con las relaciones entre las características de los individuos que conforman la población en riesgo. En relación con el primer nivel se afirma que la política de salud influye directamente en las características de los servicios, y que afecta, por ejemplo, la oferta de médicos, el establecimiento de programas específicos o a partir de acciones dirigidas a la población en riesgo para mejorar sus niveles de cobertura o de educación. Se considera que a través de las políticas se pueden modificar características de la población en riesgo definidas como mutables y, por lo tanto, estas características se consideran *descriptores del acceso*, a diferencia de las inmutables que son

definidas como variables de clasificación de los grupos.

Las características de los servicios pueden afectar también los patrones de utilización y de satisfacción. Este efecto está determinado por la estructura del sistema de salud y no intermediado por las características de los usuarios. Por ejemplo, se ha observado que los miembros de grupos de *practice plans* tienen índices de hospitalización bajos en relación con los de *fee-for-service plans*. El efecto de estos factores en la utilización también puede ser indirecto, a través de su acción en las poblaciones, por ejemplo, mediante programas de educación y de salud pública.

Los atributos de los individuos pueden afectar la utilización independientemente de las características del sistema. Las interacciones entre los diferentes indicadores individuales (predisponentes, posibilitadores y de necesidad) se plantean de la siguiente manera: las variables de predisposición pueden influir directamente en la utilización, o bien a través de sus efectos sobre las variables posibilitadoras y los niveles de enfermedad; a su vez, las variables posibilitadoras influyen direc-

tamente en la utilización y a partir de su efecto en las variables de necesidad; la variable de enfermedad, considerada como el componente más inmediato, tiene efectos directos sobre la utilización.

Otra relación posible es el efecto de la satisfacción en la utilización, pues una satisfacción adecuada puede promover una actitud diferente hacia los servicios y una mayor utilización, y viceversa.

Como se puede observar el esquema de relaciones es muy rígido y casi unidireccional, lo que en el esquema de las relaciones de los atributos de los individuos propicia un sesgo pues las relaciones son establecidas en este orden:

predisponentes—>posibilitadores
—>necesidad—>utilización->satisfacción

Por ejemplo, al parecer, el modelo no acepta influencia de la necesidad en los factores facilitadores, es decir del nivel de enfermedad en componentes tales como ingreso o cobertura de servicios de salud, lo cual parece ser un error, pues un padecimiento muy crónico e incapacitante puede implicar la pérdida del ingreso como de la cobertura de servicios, o bien puede hacer mucho más difícil pagar el costo de la atención.

Dado que la variable dependiente es la utilización, el modelo tampoco admite relaciones en las que la utilización modifique variables tan obviamente modificables como las características de la gravedad del padecimiento, o incluso del ingreso y la cobertura de servicios de salud.

■ Algunos aspectos metodológicos relevantes

La mayoría de los problemas que serán mencionados a continuación se derivan



José Ventura



fundamentalmente del carácter cuantitativo del modelo de análisis propuesto por los autores.

En el método de análisis se plantea establecer relaciones de causalidad e incluso trayectorias de relación causal, para lo cual se ha propuesto un procedimiento de análisis multivariado denominado *path analysis* (Andersen *et al.*, 1983). Dada la naturaleza cualitativa de algunas de las variables integradas (sexo, raza, creencias, nivel de enfermedad o necesidad, satisfacción, etcétera), el modelo contiene tanto variables categóricas como numéricas continuas (edad, costo, utilización, etcétera). Esta situación ofrece algunos problemas metodológicos que plantean que existen otros modelos de análisis que admiten mejor la mezcla de variables categóricas y numéricas continuas como el *Lisrel*.

El tratamiento metodológico en la operativización de variables cualitativas complejas como actitudes y creencias, necesidad, e incluso política de salud, para convertirlas en variables cuantitativas, frecuentemente se traduce en una reducción y/o una deformación de los conceptos de los cuales se derivan estas variables (Lara *et al.*, 1999).

La construcción de indicadores de variables tan complejas, que llegan a tener hasta nueve ítems, como es el caso de la de actitudes y creencias frente a los servicios de salud, frecuentemente causa que dichas variables sean objeto de recortes importantes, o incluso de que no se utilicen, pues encarecen mucho la investigación. También es posible que la construcción del indicador no admita tantos atributos porque se pierde significancia en los resultados (IDRC, 1988) y es probable que por esta razón la variable sea aun más recortada.

El modelo de análisis requiere una caracterización muy detallada de las poblaciones estudiadas para poder explicar las relaciones encontradas,¹ pues en muchas ocasiones, o existen de-



José Ventura

masiadas relaciones y el modelo resulta poco discriminante (IDRC, 1988) o se encuentran pocas relaciones y no se puede dilucidar si esto se debe a una extrema simplificación del modelo para conservar el principio de *parsimonia* (Andersen *et al.*, 1983) o a que realmente las relaciones son pocas.

El esquema de relaciones propuesto es muy rígido, lo que empobrece las posibilidades de relación y por lo tanto los resultados teóricos. Además, la cantidad de variables incorporadas y la complejidad de algunas de ellas, hacen que la aplicación del modelo en los individuos resulte extremadamente cara y por lo tanto es difícil utilizarlo como método para evaluar el acceso en forma recurrente.

■ Conclusiones

El denominado *Modelo conductual de Andersen* está clasificado dentro de los modelos *integrados de uso de servicios de salud*, concretamente dentro de los sociopsicológicos. Esta clasificación parece equivocada y atiende más a los primeros desarrollos del modelo, en los que se enfatizaban las características de los individuos como una expresión

conductual en el uso de los servicios. Sin embargo, desarrollos posteriores ponen cada vez más en el centro aspectos estructurales y organizativos del sistema de salud e individuales de la población en riesgo, y el carácter conductual en el sentido psicológico ha sido prácticamente abandonado.

Se puede considerar que la dimensión política está prácticamente ausente en los análisis, lo que reduce seriamente los alcances teóricos de la propuesta, ya que como se mencionó anteriormente, el no considerar la acción de los diferentes actores seguramente produce planteamientos parciales e incluso equivocados en la explicación de los diferenciales del acceso. Además, la reducción de la política sanitaria a un mero recuento de recursos y a la identificación de problemas propios de la organización de los servicios contribuye también a un empobrecimiento teórico del modelo.

Aunque algunos conceptos como acceso, mutabilidad y equidad están trabajados de manera compleja, además de la limitación planteada en el párrafo anterior, también se ven estrechados conceptualmente debido a que el modelo está pensado para una sociedad menos desigual que la mexicana, en la que la lógica de las acciones en mate-



ria de salud pública es muy diferente a la de México, pues se trata de un país en el que el acceso inequitativo a los servicios de salud es un hecho conocido en que la polarización y la inequidad social aumentan permanentemente.

Por otro lado, en diversos estudios se ha demostrado la importancia de la educación en aspectos muy diversos relacionados con la salud, incluyendo la utilización de los servicios (Infante, 1990). Al ser clasificado como un componente inmutable, el concepto se parcializa y un problema que debiera ser abordado intersectorialmente, es ignorado por considerarlo inmutable.

La conceptualización de lo social también es muy reduccionista, desde la definición de las características más generales del sistema de salud hasta el establecimiento de las variables personales socioeconómicas, ya que, por ejemplo, dentro de estas últimas existen problemas de diversa índole como el tratamiento de la educación referido en el párrafo anterior y como la eliminación de la ocupación como una variable de gran importancia para la definición del status socioeconómico de los individuos.

Al considerar a la educación como factor predisponente y al ingreso como factor posibilitador se desvirtúan las características socioeconómicas de los individuos, lo que seguramente se ve reflejado en análisis particulares. Tal es el caso del primer análisis realizado en

este trabajo de tesis, en el que, por ejemplo, en el grupo de diarrea, formado por las familias más pobres, no se encontraron relaciones muy importantes entre lo socioeconómico y el acceso (IDRC, 1988).

Desde el punto de vista metodológico existen diversos problemas. El esquema de relaciones es muy lineal y rígido, por lo tanto reduce y empobrece los alcances de explicación teórica de manera importante; la mezcla de variables categóricas con numéricas interfiere con la consistencia del análisis; la simplificación de variables que son de naturaleza cualitativa y que debieran ser abordadas como tales, se constituye en un reduccionismo teórico, acompañado de serios problemas metodológicos para su operativización, lo cual también cuestiona su validez. Además, como se puede apreciar a lo largo del apartado, el modelo no cuenta con el soporte teórico suficiente para dar cuenta de la complejidad de las relaciones generadas por su aplicación.

■ Bibliografía

- Acton, J.P. "Nonmonetary factors in the demand for medical services. Some empirical evidence", en *Journal of Political Economy*, 1975, núm. 83, 1992, p.p. 595-613.
- Aday, L., R. Andersen, "A framework for the study of access to medical care", en *Health Services Research*, otoño, 1974, p.p. 208-220.
- Andersen, R., J. F. Newman, "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Millbank Mannual Fund Quarterly" en *Health & Society*, vol.5, 1973, pp. 95-124.
- Andersen, R.; L. Aday, "Access to medical care in the U. S." *Realized and potential medical care*. 16 (7), 1978, p.p. 533-546.
- Andersen, R; et al. "Exploring dimensions of acces to medical care" en *Health Services Research*. 18 (1), 1983, p.p. 49.74.
- Arredondo A.; Melendez, V. 1992. "Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud revisión y análisis", en *Salud Pública Mexicana*, 34: 36-49.
- Becker, M.; L. Maiman, "Models of Health-Related Behavior" en *Health, Illness, and Social Adaptation*, chapter 25, 1991, p.p. 539-568.
- Breilh, J. 1986. *Bases para un replanteamiento del método epidemiológico*, p.p. 69-103.
- Donabedian , A. *Aspectos de la administración de la atención médica*. FCE, México, 1987, p.p. 34-38.





José Ventura

-Delgado, A. 1990. "Influencia de las necesidades y otras variables individuales", en L. Revilla, *Factores que intervienen en la utilización...* op. cit.

-Eibenschutz, C., *Política de Saúde: O Público e o Privado*, FIOCRUZ, Brasil, 1996.

-Encuesta Nacional de Salud, Secretaría de Salud, México, 1996.

-"Disease and Social Behavioral", en *Interdisciplinary perspective*. Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge.

-Frenk, J. "El concepto y la medición de la accesibilidad", en *Salud Pública de México*, sep-oct., vol. 27, núm.5, 1985, p.p. 438-456.

-Friedson, E. *Professional dominance: The social structure of medical care*. Atherton, Press, Nueva York, 1970.

-Forero G., L. E. "Patrones de utilización de servicios de salud en el primer nivel de atención en Tláhuac: una

perspectiva cultural", tesis, México, 1996, p.p. 111.

-Granada, E., *Lineamientos teóricos sobre demanda de los servicios de salud*, Mimeo Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, Ecuador, 1986.

-Green, L.W. 1975, "Diffusion and doption of innovations related to cardiovascular risk behavior in the public", en *Cumming*, op.cit.

-Hsiao, C. "Comparing health care systems: What nations can learn from one another", en *Journal of health politics. Policy and law*, 17 (4), 1992, p.p. 613-634.

-Hulka, B.S.; J. R.Wheat, "Patterns of utilization. The patient perspective", en *Med Care*, 1985, p.p. 23-438.

-IDRC (International Development Research Center), *Comparative Health Care Policies. Final Report*. E.U.A., 1998.

-Infante, C. "Utilización de los servicios de atención prenatal. Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda", en *Salud Pública de México*, núm. 32, 1990, p.p. 419-429.

-Kar, S.B. "Consistency Between Fertility attitudes and Behavioral: a conceptual Framework. Int.", en *Cummings...* op. cit., 1977.

-Lara, N., S. Tamez, C. Eibenschutz, Necesidades y uso de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cuantitativos y cualitativos.

-López F., L.A. "Factores de la organización en la utilización de servicios de la atención primaria", en *L. de la Revilla*, Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona, 1992.

-Mc. Kinlay, J.B. "Some approaches and problems in the study of the use of service", en *Review Journal of Health an Behavoiral*, June, 1972, p.p. 115-152.

-McKinlay, J. B.; D. Button, "Social-psychological factors affecting health service utilization", en *Consumer Incentives for Health Care*, op. cit., 1974.

-Mechanic, D. *Medical Sociology*, The Tree Press, Nueva York, 1978.

-Méndez, E. L. "Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones", en *Cuadernos de la Casa Chata* núm. 179, 1990.

-Modena, M. E. "Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica", en *Ediciones de la Casa Chata*, núm. 37, 1990.

-Parker, G.R.L. "Health care expenditure in a rural india community", en *Soc. Sci. and Med.* vol. 21, núm. 5, 1986, pp. 23-27.

-Preston C., Schiller Jeffrey, S. Levin, "Social Science and Medicina", en *International Journal*, vol. 27, núm. 12, 1988.

-Rosenstock, J.M. "Why people use health services (part two)" en *The Milbank Memorial Found Quarterly*, vol. 44, núm. 3, 1966, p.p. 385-393.

-Tamez, S.; N. Molina; M. Zepeda, *Comparative health policies in Latina American*. E.U.A., 1998.

-Tanner, L. et al. 1983. "Predicting physician utilization in medical care", en *Health services research*, vol. 20, núm. 3, p.p. 263-269.

-Zola, I. K. "Culture and symptoms. Am Soc. Ref. 31." en *There a religious factor in health care utilization a review*, 1966.

Los conceptos de tecnología y de normas tomados por el autor son muy simples. La tecnología es definida como los principios y las técnicas útiles para lograr un cambio programado o deseado. La tecnología para la salud se entiende como los instrumentos para extender



el poder de observación de los médicos y hacer efectivo su papel como terapeutas. Las normas son entendidas como los diferentes modos a través de los cuales se ejerce el control social y se asegura la aceptación de los individuos del sistema social.

¹El término en inglés es *enabling* y la traducción al español no es exacta. También podría ser traducido como facilitadores.

²Se trata de aspectos de disponibilidad de recursos, de características de la población y de la región, considera también de pobreza, etcétera; la necesidad a este nivel es evaluada a partir de la mortalidad infantil.

³Los aspectos individuales considerados son clasificados en: predisponentes, posibilitadores y de necesidad. Dentro de los primeros se considera la edad, el sexo, la raza y la educación; en los posibilitadores están incluidas las características financieras y de organización del sistema de salud y la necesidad aparte de la necesidad percibida, los síntomas y los días de incapacidad incorporan los síntomas dentales.

³La valoración objetiva se refiere a las características de la utilización. Las variables consideradas son exámenes preventivos, visitas domiciliarias, admisión hospitalaria y visitas dentales. La otra dimensión es el uso relativo a la necesidad.

⁴Comodidad en el uso, que incluye tiempo y costo de traslado, tiempo de espera y costo de la visita y conducta del proveedor que incorpora aspectos como: información, cortesía del médico, de la enfermera y de la recepcionista y calidad de los servicios.

⁵Resulta conveniente aclarar que en la encuesta realizada fue incluida esta variable y que además se agregó otra definida como *apoyo social*, la cual no forma parte de la propuesta original, pero que en recientes trabajos ha demostrado su impacto en la utilización de los servicios (Tamez *et al*, 1996; Infante). Para ejemplificar este problema, se explica a continuación el tratamiento metodológico aplicado a las variables *actitudes y creencias* y *apoyo social* dentro del modelo en esta investigación.

Las actitudes y creencias fueron sintetizadas a través de un índice de nueve ítems en el que se mide la opinión de los individuos en relación a su fuente regular de atención y si ciertas condiciones se constituyen en problemas de diferente gravedad para el acceso. Los ítems fueron: pago de cuotas, compra de medicamentos, pago de exámenes de laboratorio y gabinete, calidad de los servicios médicos, calidad de las instalaciones, posibilidad o no de elegir médico, trámites, tiempo de espera y distancia del domicilio. El *apoyo social* fue indagado a través de ocho preguntas y operativizado en un índice de seis ítems: si tenía amigos o parientes, con qué frecuencia se reunía con ellos, con qué frecuencia compartía sus problemas con ellos y su nivel de satisfacción con la ayuda recibida (IDRC, 1998). En esta variable, por ejemplo, la participación en instituciones de diferente naturaleza (religiosa, deportiva, etcétera) no fue incorporada en el índice, debido a la necesidad de dismi-

nuir dimensiones de la variable para que fuera manipulable dentro del modelo.

Este ejemplo permite apreciar la dificultad metodológica del tratamiento de variables de naturaleza cualitativa en este tipo de modelos y también lo complicado que es investigarlas a nivel de la población abierta, que es de hecho el tipo de población ideal, pues a ese nivel se puede captar el *no acceso* así como patrones diferenciales de acceso.

⁶En la presente investigación y bajo la propuesta teórica del modelo en cuestión, la *necesidad percibida* fue medida por medio de un índice que consideraba tres aspectos: la percepción del estado de salud, la presencia de síntomas o complicaciones y el efecto de la enfermedad en la vida cotidiana. La valoración del estado de salud se realizó a partir de la percepción subjetiva del estado de salud del caso y se midió con una escala ordinal (excelente, muy bueno, bueno, no muy bueno, malo); para la presencia de síntomas o complicaciones (técnicamente denominada co-morbilidad asociada) se construyó una escala con la suma de todos los síntomas. A pesar de que se trató de ponderar el tipo de actividad afectada en la evaluación del componente de limitación en la vida cotidiana, debido a dificultades en la construcción del índice, este atributo fue finalmente dicotomizado (si afecta o no afecta sus actividades diarias).

La decisión de dicotomizar esta variable y de no realizar el análisis del tipo de actividad afectada se derivó de los resultados de una prueba estadística para validar las escalas (*alpha de Crombach*), a partir de la cual se observó que cuando el índice contenía muchos ítems, esta prueba daba resultados poco satisfactorios. Por la misma razón fue eliminada la información relativa a episodios de incapacidad derivados del padecimiento. De esta manera, al incorporar en un índice toda la información y al reducirla a un número que entra a jugar en un modelo matemático, no solamente se



José Ventura



perdió información que podría modificar los resultados finales de interacción entre la *necesidad percibida* y las variables restantes, sino que muy probablemente se perdieron algunas cualidades de las relaciones que permitirían comprender mucho mejor el contenido y las causas de las relaciones observadas.

En cuanto a las correlaciones entre las variables, los resultados mostraron que para el grupo de hipertensos la necesidad correlacionó con la variable denominada *actitudes y creencias* y en el de diarrea (niños menores de un año),

se registraron correlaciones positivas de esta variable con ingreso y con pago directo. En este análisis bivariado, en el grupo de control prenatal, no se registró ninguna correlación con necesidad, sin embargo, en el análisis de causalidad o trayectorias, fue solamente en este grupo en el que la necesidad mostró influencia directa en el uso. Así mismo, en el grupo de hipertensos se encontró que esta variable influía de manera indirecta en la utilización a través de su efecto en variables tales como apoyo social, actitudes y creencias frente a los servicios de salud, sexo y edad.

Como se puede deducir, el apoyo teórico requerido para explicar de manera cabal esta trama de relaciones, entraña gran complejidad y no está explicitado en las premisas de aplicación del modelo. Un problema teórico de esta naturaleza, muy probablemente requiere para su aclaración de la aplicación de modelos cualitativos de investigación, en el que un tratamiento conceptual e instrumental menos reduccionista, permita ponderar y explicar las relaciones arriba referidas.

