



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOANTROPOLÓGICOS
EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MILDRED JAAZIEL FLAMENCO VILLASEÑOR

TUTOR: Mtro. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR

ASESORES: C.D. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de estar en tan maravillosa universidad, de compartir con ella las múltiples e interesantes actividades no solo para mi formación académica sino para mi formación como persona.

A la Facultad de Odontología por las facilidades, oportunidades y por todos esos cimientos que me dio para mi crecimiento como profesionista en el área de la salud.

Al Doctor Alberto Zelocuatecatl por todas sus atenciones, apoyo y amistad que me brindo no solo en la realización de este trabajo, sino a lo largo de toda mi trayectoria como estudiante de la Facultad.



Doy gracias a Dios por estar y quererme en todo momento.

A mis padres, muchas gracias por el infinito apoyo, amor, paciencia, por todas aquellas vivencias, lecciones y enseñanzas que día a día viví con ustedes y que hicieron que hoy sea lo que soy. Este es un logro mas de muchos que hemos vivido y que seguiremos viviendo juntos, por que esto no solo lo logre yo, sino ustedes. Saben que esto no hubiera sido posible sin ustedes. Por último no hay más palabras sino un gran cumulo de sentimientos hacia ustedes, gracias por estar ahí en cada tropiezo y en cada triunfo, simplemente gracias por ser mis padres, los quiero.

A mis papás Mimi y Manuel gracias por estar ahí para mí, gracias por ese amor, forman gran parte de mi vida. Mamá siempre me has deseado lo mejor año con año, me decías que triunfara en la vida pues aquí esta uno de esos triunfos y formas gran parte. Por siempre en mi corazón.

A mis hermanos gracias por el apoyo, los quiero mucho.

A mi abuelita Mari, a mis tíos y primos gracias, si algo he aprendido es que la familia es algo importante, ojala siempre sigamos tan unidos para seguir enfrentando y resolviendo los sucesos de la vida. Gracias a todos.

A mis amigos gracias por el apoyo, comprensión y motivación, gracias por los consejos, gracias por tan gratos momentos.





En la organización y en la provisión de los servicios de salud es muy común que el punto de vista de la gente, sus necesidades y percepciones no se tomen en cuenta o estén descuidadas. Las actividades y programas están comúnmente organizados en base al punto de vista de los técnicos antes que en las necesidades y percepciones de la comunidad. Pero, *“nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente”*

(Pedersen, 1991: 12).



Índice	Páginas
1. Introducción	6
2. Propósito	8
3. Objetivos	9
4. Desarrollo del tema	
1. Percepción	10
2. Salud	11
3. Enfermedad	15
4. La salud y la enfermedad como proceso	16
5. Búsqueda de atención	21
6. Factores que influyen en la utilización de servicios de salud	28
7. Proceso terapéutico	30
8. Atención Médica	30
9. Formas de Atención Médica	31
10. Utilización de los servicios de salud	47
11. Proceso dinámico entre las formas de atención	52
5. Conclusiones.	54
6. Referencias bibliográficas	55



1. INTRODUCCIÓN

La utilización de los diferentes sistemas de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud o malestar que se convierte en una necesidad y esta en una solicitud de atención.

La búsqueda de atención esta influenciada por factores de diferentes índoles, así, para algunos es de mayor prioridad resolver otros asuntos como: el trabajo, la alimentación, buscar un techo, en fin, opacando la percepción de sus problemas de salud.

La salud y la enfermedad son procesos que están ligados a la vida misma. Factores como: el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el rol o responsabilidad que desempeña cada persona dentro de su grupo social, el vocabulario que se tenga, la memorización y clasificación que la medicina da a las enfermedades o las diferentes formas de atención dan a los problemas de salud, la falta de educación sanitaria. El conocimiento del momento evolutivo y la intensidad de las enfermedades, y las experiencias vividas por los sujetos, todos ellos juegan un papel de gran importancia en el proceso de percepción, proceso que es subjetivo acerca de los aconteceres en el proceso salud enfermedad que al final llevará a la búsqueda de atención.

A través del paso del tiempo se ha observado, que el concepto de salud había permanecido desde un punto de vista en sentido negativo diciendo que se poseía de salud cuando no se estaba enfermo; posteriormente diferentes personas y organizaciones se dieron a la tarea de definir salud, dando un gran avance, dejando atrás el sentido negativo de este concepto; sin embargo se ha observado, que dichas definiciones tienen múltiples carencias o deficiencias, inclinándose casi siempre solo hacia algunos factores de un todo.

Así como, se han venido elaborando diferentes modelos para explicar la salud desde sus diferentes concepciones tanto médicas como sociales, también se han desarrollado modelos para explicar el proceso salud enfermedad que van desde el modelo mágico religioso a modelos mas complejos como el socio-antropológico. Estos diferentes modelos o concepciones sobre ese complejo proceso salud enfermedad determinarán el tipo de atención a buscar. Este va a depender de las definiciones que la mayoría de la gente tenga sobre sus padecimientos, interviniendo valores, representaciones, roles sociales, expectativas y modos de pensar.

“De acuerdo a la representación social que tenga el sujeto de su problema este va a determinar las acciones y procedimientos que realizará así buscando su atención, y entenderlo con lo que se llama proceso salud/enfermedad/atención.

En este complejo proceso salud/enfermedad/atención en donde confluyen diversos factores, no solo intervienen del lado del sujeto que busca atención sino también del prestador de servicios. Dicho esto, podemos decir que entonces de acuerdo a todos estos factores se han desarrollado a través del tiempo diferentes formas de atención médica; que van desde la atención formal precedida por el modelo hegemónico, subdividiéndose en el modelo médico individual privado, el médico corporativo público y el modelo corporativo privado; otra forma de atención es la informal en donde la autoatención juega un papel importante y por ultimo no menos importante la utilización de la medicina alternativa.

Es importante ver que aspectos como la accesibilidad, la satisfacción de los servicios, la calidad, la disponibilidad, la seguridad, la eficacia y la efectividad, juegan un proceso dinámico que harán que un sujeto prefiera uno u otro tipo de atención o inclusive que alterne entre estos.



2. PROPÓSITO

El propósito de esta revisión bibliográfica es analizar desde una perspectiva socioantropológica que la salud no solo abarca cuestiones biológicas sino que incluye un todo en la vida diaria de los sujetos haciéndolos parte de factores sociales y antropológicos que influyen de manera directa en su percepción sobre lo que es salud y enfermedad y para que con esta, y de acuerdo a sus criterios este elija y busque una forma de atención; también, teniendo en cuenta todos estos factores, observar que es lo que hace que este paciente se apegue o no a los tratamientos, o que ya estando en una forma de atención determinada busque o conjunte varias formas de atención para obtener los resultados deseados según su percepción, los roles que juega en su grupo social, la edad, género, su educación, raza, religión, entre otras.



3. Objetivos

3.1 Identificar que factores socioantropológicos influyen en la búsqueda de atención médica.

3.2 Identificar las diferentes formas de atención médica

4. Desarrollo del tema

4.1 PERCEPCION

Los diversos grupos sociales ponen diferente atención a los procesos de enfermedad de acuerdo con su vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de malestares esta influenciada por una serie de factores que tienen que ver con condiciones estructurales, pero también con lo que se tiene de experiencia en la vida y de la vida, así la percepción que cada quien tiene de la realidad, se da de acuerdo al modo y al lugar o situación desde la perspectiva de donde se mire.

La percepción de los problemas de salud está mediada por las condiciones materiales de la vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico, la mayoría de las personas ven como primordial resolver otros problemas como son el trabajo y la alimentación opacando la percepción de los problemas de salud, especialmente en los adultos, dándoles prioridad de atención a los niños y ancianos.¹

Éste proceso de percepción es selectivo, ya que no todos percibimos los estímulos a los que estamos expuestos. La percepción involucra una organización y reorganización de los estímulos en busca de sentido y de una preparación para percibir.

Respecto a los condicionantes algunos son estructurales como el sexo, edad, nivel socioeconómico, etc.; y que otros, son característicos de la historia de vida de cada uno, o sea, todo lo incorporado a partir de las experiencias vividas.²

Las posibilidades de captar un problema de salud son variadas y están socioculturalmente condicionadas a factores como el rol o responsabilidad que la persona desempeñe, así como las prioridades que tiene en el día y las actividades que realice.

La percepción, en el complejo proceso salud enfermedad es muy personal y es subjetiva, solo puede entenderse adentrándose en las creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona.¹

4.1.1 Factores que condicionan la percepción en salud

Existen factores que condicionan la percepción de las sensaciones relativas a la salud y la enfermedad, algunos son los siguientes:

- La *abundancia* y la *precisión* del vocabulario del individuo y su capacidad para manipular y memorizar las clasificaciones o denominaciones de enfermedades que la medicina da.
- El estrato socioeconómico al cual se pertenezca.
- La *falta de educación sanitaria*, que dificulta la identificación de la enfermedad.
- El *uso intensivo del cuerpo* (característico de los estratos socioeconómicos bajos) actúa también como un factor de negación de los síntomas al elevar el "umbral" para sentirse enfermo.
- El *momento evolutivo y la intensidad de la enfermedad*.
- El *género*, ya que en general son las mujeres las que se muestran más perceptivas a las sensaciones del cuerpo.
- La edad, por ejemplo los niños y los ancianos, son los que están más presentes respecto a las cuestiones de salud por su mayor vulnerabilidad.²

4.2 SALUD

Los seres humanos han buscado siempre dar significados a sus malestares, más allá de la mera búsqueda de las causas de estos.¹

Durante años, el concepto de salud había sido de carácter negativo, se poseía salud cuando no se estaba enfermo.³

Al hablar de salud y enfermedad, los individuos empleamos formas precisas y definidas para nombrar a estos fenómenos que reflejan sus experiencias de acuerdo a su modo de pensar, mientras que a la par agregan la naturaleza y la postura que ocupan en la sociedad en la que se encuentran.⁴

A partir de la percepción y las vivencias personales cada persona va formando su concepto de salud, tomando en cuenta lo que se considera como normal en función de los conceptos vigentes en los grupos sociales en los que se halla inmerso y de sus propias experiencias influida por factores culturales, socioeconómicos, religiosos, etc.³

La Real Academia de la Lengua Española, dice que salud proviene del latín *salus* <<es el estado en que el ser orgánico ejerce todas sus funciones>>.⁵

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), aceptando la propuesta de Salud de Stampar como punto uno de su carta fundamental define: <<La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad o achaque>>. Esta fue una definición progresista y constituyó un gran adelanto ya que considera a la salud no sólo como un fenómeno biológico y psicológico, sino que también involucra a la parte social.⁶ También tiene a su favor que considera a la salud en un sentido holístico y positivo.³ No obstante se critican algunos aspectos de esta definición, ya que equipara bienestar a salud; lo que no llega a ser posible, ya que nunca se alcanzará el “completo bienestar físico, mental y social”; así que es una definición estática y subjetiva.³ Asume que en todas partes (universalidad) los términos clave de la definición <<salud>>, <<bienestar>> y <<población>> tienen el mismo significado.⁶ Es tal el nivel de exigencia para alcanzar un completo estado de bienestar físico, mental, psicológico y social que, probablemente, no haya ningún individuo realmente sano.⁷

Con el fin de corregir parte de los defectos de la definición de la OMS, Milton Terris, sugiere que la salud tiene distintos grados de salud como los hay de enfermedad, dice que la salud tendría dos polos uno subjetivo que es la sensación de bienestar y otro objetivo y medible como es la capacidad de funcionamiento. De la definición de Stampar suprime el término <<completo>> y añade la capacidad de funcionamiento, introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud.³ Así, Wyle declara que la salud es <<el perfecto y continuado ajustamiento del hombre a su ambiente>>, incorporando la idea de que el binomio salud-enfermedad es un continuo, similar al defendido por Terris.⁵

San Martín, menciona que el concepto de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, así como, la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación. Entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios que van de la adaptación óptima a la desadaptación que llamamos enfermedad.⁸

El estado de salud como valor (auto) impuesto es algo a lo que, se aspira, algo a lo que se le da poder de lo absoluto y que se deposita en una responsabilidad individual, cuidándose el interés en que ello sea así e ignorándose la involucración de la influencia y control del valor social que se le otorga.⁷

4.2.1 Concepciones médicas sobre salud

Existen tres *concepciones médicas sobre la salud*, según el punto de vista del cual sea observada:

-La **concepción somático-fisiológica**, esta parte de la enfermedad en el organismo físico. La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar, diciendo que si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo



existirá enfermedad. Aún hoy, la enseñanza de la medicina, la exploración, el examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico.

- La **concepción psíquica** de la salud implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente. A esta concepción se le da una importancia menor ya que esta basada en experiencias subjetivas.

- La **concepción sanitaria**, propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una población más que en la salud individual. Se caracteriza por tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, etcétera.

4.2.2 Concepciones sociales sobre salud.

Así como existen concepciones médicas, también existen *concepciones sociales*, estas responden a diferentes enfoques disciplinares, según se le conciba desde el derecho, la economía o la sociología, entre otras.

- La **concepción político-legal** considera la salud como un bien general que interesa a todos. Es un derecho exigible por los ciudadanos, jurídicamente es un derecho a la integridad física, a esta corresponde correlativamente el deber y la obligación de mantenerla, reconocidos por todos los códigos penales. Esta concepción se aplica a todo el mundo, ya que existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud, que se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

- La **concepción económica** se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso.

-Según **la concepción cultural**, la salud como estado de aptitud para el desempeño de roles sociales se define tan variadamente como numerosos son los roles en la sociedad.²

4.3 ENFERMEDAD

López Arellano conceptualiza la enfermedad como una falla en la capacidad de mantenerse bien y en la capacidad para realizar tareas socialmente valiosas; como un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo (biológico, personal, social) y como una forma de respuesta a las presiones que permite eludir responsabilidades sociales.⁹

Las representaciones actuales de los padecimientos han contribuido a consolidar la idea del individuo enfermo. La enfermedad ha alcanzado un carácter individual a la vez que se ha convertido en un fenómeno social.⁴

Esta doble perspectiva de enfermedad, permite entender el porqué de los comportamientos de las personas cuando se encuentran enfermas, ya que en algunos casos las dolencias subjetivas de los pacientes no son tomadas en cuenta por los profesionales.³

La enfermedad es un padecimiento personal o individual y a la vez una edificación tanto social como cultural.¹⁰ Esto da como resultado diferentes modos de pensar, dando como resultado lógicas para poder entender la realidad de enfermedad:

- Una lógica de degeneración, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo;

- Una lógica mecánica, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales;
- ~ Una lógica de equilibrio, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre las partes o entre el individuo y el medio; y
- ~ Una lógica de invasión, que incluye la teoría del germen y otras intrusiones materiales de las que resulta la enfermedad.²

Debido a que en español no existen términos específicos para poder distinguir a la enfermedad como padecimiento (en inglés *illness*) y la enfermedad como un estado reconocido y diagnosticado por un profesional de la salud (*disease*). La enfermedad como padecimiento alude a las dolencias vividas por el sujeto y la enfermedad como un estado reconocido que alude a una condición objetiva (*Sickness*). Los antropólogos médicos y otros científicos sociales reconocen el valor analítico y práctico de la distinción entre *illness* y *disease* como dos elementos de *sickness* -estar enfermo. Parsons menciona que "estar enfermo" no es simplemente el hecho de estarlo, o una «condición», que es una función social con patrones específicos, a esto se le llama *sick role*. Mechanic, para complementar este concepto formuló lo que él llamó *illness behavior*, definido como la forma en que los síntomas pueden ser diferencialmente percibidos y que estos podrían llevar a que los individuos tengan diferentes reacciones.¹¹

4.4 LA SALUD Y LA ENFERMEDAD COMO PROCESO

Para poder explicar el proceso salud enfermedad existen varios modelos que abordan desde diferentes disciplinas y objetos de estudio:

Modelo mágico religioso en esta la enfermedad resulta de fuerzas ó espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Este modelo facilita la aceptación de la muerte, circunscribe la prevención a la obediencia de

normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre.

Modelo sanitarista esta dice que la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, teniendo como determinantes primarios las condiciones ambientales, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbilidad y mortalidad. La principal desventaja que presenta este modelo, es que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales.

Modelo Social. Dice que el proceso salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Tiene como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Su problema fundamental es que, se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales.

Modelo Unicausal. La salud-enfermedad, es la respuesta a la presencia de agentes externos, constituye un fenómeno que depende de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno ó el factor causal de cada enfermedad, no obstante no explica porqué el mismo agente no siempre produce enfermedad.

Modelo Multicausal. La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo ó un conjunto poblacional. Como principal desventaja, aparece el hecho de que no establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno.

Modelo Epidemiológico. Incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Su limitación fundamental es de acuerdo a esta propuesta, el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables.

Modelo Ecológico. Para este modelo la salud-enfermedad resulta de la interacción agente--huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto.

Modelo Interdisciplinario. El estado de salud-enfermedad, ya sea a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud. La principal ventaja de esta propuesta es que intenta proponer un enfoque integral para el estudio de los determinantes del proceso de estudio (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos, etc.); su principal desventaja es que al igual que otros modelos, no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante.¹²

Ya teniendo una idea de los diferentes modelos que explican el proceso salud enfermedad, podemos decir que una manera de abarcarlo es desde



un punto de vista mas completo y que engloba la mayoría de las variables que intervienen en dicho proceso es desde un punto de vista socio-antropológico.

La salud y la enfermedad son el resultado del éxito o del fracaso del organismo para poder adaptarse física, mental y socialmente al ambiente.⁸ Por lo tanto la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de de adaptarse continuamente a este.¹⁰

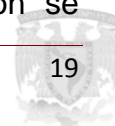
La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que la mayoría de la gente tiene sobre su padecimiento. Los valores, las representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende por el proceso salud enfermedad. Factores como el modo de pensar, actuar en donde aspectos como la edad, el sexo, las condiciones materiales de la vida, tienen múltiples connotaciones.¹

Podemos ver, que la salud y la enfermedad no solo es una cuestión científica, sino también social, cultural, económica, ambiental y política, entendiendo las relaciones de poder dentro de la sociedad.⁶

La promoción, cultivo, deterioro o pérdida de la salud, es algo de todos, que se demanda, se desarrolla, se pierde o educa en el tejido social que le da significado.⁷

La salud y la enfermedad son procesos que están ligados a la vida misma. La existencia de los hombres y en si de los grupos humanos, lleva consigo una determinada forma de llevarse a cabo estos procesos de salud-enfermedad.⁶

Últimamente se ha estado formulando a la salud como proceso y no como estado, un proceso es un conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial; que en definición se



encuentra en un sentido positivo, con compromiso para el cambio social, concienciación y responsabilidad individual y comunitaria, en vez de salud como un estado sin cambios, ausencia de enfermedad, esto es, atendiendo al concepto social de las acciones de salud, de acuerdo a los cambios introducidos por el modelo bio-psico-social de la salud-enfermedad.⁷

De acuerdo a la representación social que tenga el paciente de su problema este determinará qué acciones y procedimientos realizará, así buscando su atención. Dicho esto podemos ahora hablar de un proceso que no solo involucra a la salud o a la enfermedad sino que se continúa a eso que es la atención.

El proceso salud/enfermedad/atención es universal y se ejecuta en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Este proceso se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se constituyen las causas específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos respecto de los mismos. Este proceso supone la existencia en las sociedades de las prácticas que se realizan para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y consecuencias que se dan por los daños a la salud.¹³

El proceso salud/enfermedad/atención es una construcción individual y social, personal y subjetiva y solo se va a poder comprender contextualizada respecto a las creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de la vida.³

El proceso salud enfermedad opera en la mayoría de las sociedades actuales latinoamericanas en un campo sociocultural heterogéneo que implica desigualdades y estratificaciones sociales.¹³

Con el paso del tiempo se van identificando una cada vez mayor ampliación de lo que se entiende por salud. Al principio básicamente



comprendía procesos infecciosos, después procesos degenerativos, actualmente ambos conceptos coexisten, además de que sabemos que es de naturaleza multifactorial, se acepta que el proceso salud-enfermedad es el reflejo del estilo y condiciones de vida.¹⁴

Las sociedades humanas están en constante cambio, cambio de estructuras, de ideologías, de conocimientos, de comportamientos psicosociales, cambio de la personalidad colectiva e individual, de las relaciones humanas, de las condiciones de vida. La adaptación del hombre a su medio implica igualmente su desadaptación en funciones de variaciones de población y del medio ambiente, la capacidad de modificar y transformar el medio y la sociedad.⁸

4.5 BÚSQUEDA DE ATENCIÓN

De acuerdo al concepto de salud y enfermedad que la mayoría de la gente tenga sobre su padecimiento será lo que condicionará los tipos de ayuda a buscar y las percepciones de las ventajas del tratamiento, en donde las creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos están ligados a la salud.¹

Se considera que los valores que hacen que alguna sociedad se movilice para poder responder a los problemas de salud son la responsabilidad personal, la conciencia social, la libertad y la igualdad; y que alrededor de estos valores es como se conforma una diversa gama de combinaciones de atención en salud.

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud que se convierte en necesidad y esta en una solicitud de atención. Por último se considera que hay utilización cuando esta solicitud de atención es realmente satisfecha por algún sistema de salud ya sea del tipo formal o no.

La representación social que el paciente tenga de su problema va a determinar que procedimiento o que acción va a tomar al respecto.¹² Se identifican como determinantes aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad.¹⁵

La demanda de la atención debe explicarse también por el grado de interés y atención que prestan determinados conjuntos sociales a las sensaciones mórbidas y al cuerpo mismo y por los umbrales de intensidad a partir de los cuales los individuos consideran anormal una sensación. Este conjunto de normas conforman distintos modos de pensar y sentir en el cuerpo que regulan las conductas de las personas respecto del proceso salud-enfermedad-atención. Resultan del lugar que las personas ocupan en la red de relaciones sociales en que se desempeñan y están condicionadas principalmente, aunque no absolutamente, por las situaciones materiales de existencia.²

Antes que nada para que se genere una demanda de atención se necesita en primer lugar percibirse la condición de salud o enfermedad que se tiene, posteriormente esto se necesita comprender como una alteración que puede solucionarse con algún tipo de atención y, finalmente desencadenar dicha búsqueda de atención.

En este proceso se van a enfrentar tanto el punto de vista y por ende el comportamiento del usuario y del prestador de servicios, cuyas percepciones sobre las necesidades de atención no coinciden o se contraponen.⁹

La búsqueda de ayuda en el sistema no oficial o informal, que en ocasiones resulta una alternativa a la que se acude cuando siente que el sistema oficial no le soluciona el problema del que padece.¹

Poder entender al que es diferente culturalmente, puede hacer la diferencia al dar servicios de salud más humanistas.¹⁶

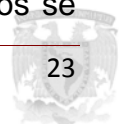
Desde el punto de vista de la antropología sociocultural un sistema médico se entiende como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos que explican el proceso salud-enfermedad, prácticas y tecnologías.¹⁷ Desde este mismo punto de vista antropológico las formas de atención de los padecimientos se refiere a todas las formas que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.

En las sociedades actuales existe algo que se llama pluralismo médico, esto se refiere a que la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no solo para atender problemas diferentes, sino también para darle solución a un mismo problema de salud.¹

El proceso de búsqueda de atención no solo lleva hacia el médico, ya que en algunos casos es difícil, en esta búsqueda de atención también intervienen amigos, familia, vecinos, inclusive otros pacientes; a lo que Freidson llama "sistema no profesional de referencias".

El proceso de atención tiene dos ejes principales, el comportamiento del solicitante y el del otorgante, estos convergen en la utilización de los servicios, esto también debería tranquilizar la necesidad que desencadena originalmente el proceso de búsqueda. Este proceso tiene la propiedad de ser circular ya que comienza con una necesidad y termina ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa, aunque también es posible que no se logre satisfacción en el alivio de la necesidad y que se vuelva más intensa, o que se cree una nueva.¹⁵

Otro factor importante en el proceso de búsqueda es la calidad del vínculo entre tratante y paciente es crucial a la hora de decidir que hará. Cuando existe una relación de asimetría que se llega a establecer entre el personal de salud y el paciente provoca frecuentemente que este adopte una posición pasiva y de sumisión en el ámbito de la consulta, estos se



sienten cuestionados por lo que hacen o dejan de hacer, como resultado se tendrá que el paciente no se apegue al tratamiento o cambie de forma de atención.

En algunos entornos se ha observado que el rol del cuidado de la salud es asumido por las mujeres, llámese madres, hijas, abuelas, esposas, como una extensión natural de su responsabilidad por la reproducción familiar, estas serán las encargadas de revisar y determinar la gravedad o levedad de los problemas que aquejan y así ellas realizar los primeros tratamientos antes de tomar la decisión de a que tipo de sistema acudirán.¹

4.5.1 Modelos explicativos acerca del uso de servicios de atención

Conforme al estudio de la utilización de servicios de salud desde sus diferentes enfoques ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de determinados servicios:

Modelo Epidemiológico. Este modelo se basa en el estudio de lo que la población necesita con base al tema de salud, esto es entendido como "cualquier alteración en la salud y el bienestar" que requiere de servicios y recursos para su atención, algunos datos como son la morbilidad, mortalidad, etc., constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios ya que son expresadas. También dice que la utilización de los servicios dependerá de los factores de riesgo a los que este expuesto, estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos. Los riesgos iniciadores o predisponentes son los que se dan antes de que la enfermedad se tome irreversible, los promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible y los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y son los que afirman si un individuo avanzará hacia la mejoría o hacia la muerte. Otro factor que interviene en este modelo es la demanda de los servicios. Finalmente se considera la accesibilidad, la disponibilidad y las

características de los servicios como determinantes de la utilización, entendiendo como accesibilidad “el grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población”; la disponibilidad que se entiende como la capacidad para producir servicios, además de la simple presencia de recursos.

Modelo Psicosocial.- Este modelo se basa en el concepto de "health behavior", o sea la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad y fue propuesto por Irwon M. Rosenstock. Este no intenta proporcionar una explicación exhaustiva de todas las acciones de salud, sino de la explicación de algunas variables que parecen contribuir para entender el comportamiento de los actores en el área de la salud:

- 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. Entendiéndose por susceptibilidad percibida a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición y puede incluir amplias y complejas implicaciones como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.
- Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos. Un individuo puede pensar que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo ve los inconvenientes, como el costo, lo desagradable, el dolor, etcétera. En esta hay también factores detonantes, estos en el área de la salud pueden ser: internos (percepción del estado corporal) o externos (interacción interpersonal, impacto de medios de comunicación, etc.)

Modelo sociológico.- Existen varios modelos sociológicos para explicar la utilización de los servicios

- El modelo de Suchman; desarrollado entre 1964-1966, enfatiza los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios, esta habla de lo que se llama "red de relaciones sociales"; que dice que la utilización de los servicios de salud están dados por redes sociales (individuo, familia, amigos). Este modelo ha tenido cuestionamientos dado que las redes de relación social son constantes e individuales.

- En 1968, Anderson desarrolló un modelo conductual que considera que la utilización de los servicios de salud es una función de:

a) La necesidad misma de atención vista desde la perspectiva de necesidad percibida por el paciente, en función de número de días de incapacidad o de la antipercepción del estado general de salud; también la necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos.

b) Los factores predisponentes como condiciones socio-demográficas, la composición familiar, edad, sexo, estado civil clase social ocupación, etcétera.

c) Los factores capacitantes en esta, están incluidos los aspectos que tienen que ver con la condición socioeconómica como los recursos familiares que son: ingreso, ahorro, seguros, etcétera; y los recursos comunitarios como los servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etcétera.

Años mas tarde Aday y Andersen desarrollaron un modelo de utilización de los servicios a manera de un marco de accesibilidad, este modelo comprende dos variables, las variables de proceso: política de salud, características de los servicios y características de la población; y las variables de resultado: utilización real y satisfacción de los servicios.

Mechanic en 1976, desarrolló un modelo basado sobre la idea de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente y sugiere que esta está determinada por diez variables:

- 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 compiten con la respuesta a la enfermedad;
- 9) interpretaciones que pueden ser dadas por los síntomas una vez que se han reconocido, y
- 10) disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones tomadas.

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

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

Por último cabe mencionar que existen modelos combinados con respecto a la utilización de los servicios de salud, uno de estos modelos es el de Tapani Purolato quien combina varios elementos de los modelos epidemiológicos, psicosocial y social.¹⁵

4.6 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

-Edad.- Los grupos extremos (niños y ancianos) utilizan más los servicios que los otros grupos de edad. También podemos mencionar que las personas de mayor edad ya han tenido experiencias previas con diferentes servicios de salud y profesionales de la misma, por lo tanto es difícil hacer que intenten nuevamente acudir a servicios que no les funcionaron o fueron de su agrado.

-Género.- Las mujeres utilizan más los servicios, aún después del ajuste con necesidad en salud. Una de las explicaciones convencionales sostiene que al tener mas libertad para expresar sus enfermedades y tomar el papel de enfermas asisten con mayor frecuencia a los servicios de salud.

-Tamaño – estructura familiar. El tamaño de la familia o el número de hijos también parece influenciar la utilización de consultas, una familia grande determina una menor utilización.

-Factores socioeconómicos.- Factores como clase social, ingreso, educación, desempleo, etnia, afectan la utilización de los servicios de salud.

-Clase social.- La organización jerárquica de la sociedad no solo implica que las clases sociales se ubican en diferentes áreas geográficas, con diferentes recursos, esto dará como consecuencia que la parte mas alta de la jerarquía social pueda apropiarse y mantener un conocimiento de tipo hegemónico, mientras que las clases bajas mantienen un conjunto de conocimientos denominados “tradicionales”. Cada clase social enseña a sus hijos que conducta es la adecuada y aceptada dentro de ese grupo, esta conducta será adquirida y se legara a las siguientes generaciones.¹



Respecto al ingreso, mostraron que las clases más bajas tienen una mayor morbilidad y mortalidad por no poder asistir a servicios de salud.

-Educación.- Con respecto a la educación, varios artículos muestran la asociación positiva entre años de estudio y utilización. Consiste en que las personas con un mayor nivel educativo son más conscientes de los peligros de los hábitos no saludables y utilizan mejor los servicios sanitarios.¹⁸

-Etnia- Con respecto a la etnia, hay evidencias de que puede haber diferencias en la cantidad y el tipo de prestador de servicio entre grupos étnicos. Algunos autores afirman que la etnicidad y la prestación de servicios de salud van de la mano, apoyándose también sobre las desigualdades relacionadas con la clase social.¹⁹

-Familia y soporte social.- La familia también parece influir en la utilización de los servicios de salud. Además del tamaño, ya mencionado antes, otro factor involucrado es el estrés familiar o la disfunción familiar.

-Distancia – recursos existentes.- Algunas características de los servicios de salud pueden afectar la utilización. La distancia entre la casa y el servicio de salud es un factor frecuentemente estudiado por su importancia en el contexto del acceso. Respecto a los recursos existentes el número de médicos por habitante es otra variable usada para estudiar las características de los servicios de salud en lo que se refiere a la disponibilidad de recursos, mencionando que en una zona rural, donde generalmente la proporción de médicos por habitante es menor.

Por otra parte, los servicios de salud también tienen ciertas características que los hacen accesibles.

4.7 PROCESO TERAPÉUTICO.

Son aquellos procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema de salud para obtener un cierto resultado en los pacientes. Este proceso implica: quien (llámese médico, chaman, santera, etc), hace qué (cirugía, ritual, oraciones, purgas, etc.), a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.)

Para poder obtener un proceso terapéutico exitoso se tiene que eliminar el rol de enfermo. ¹⁷

4.8 ATENCIÓN MÉDICA.

La OMS, la definió a la **atención médica** como el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos o sus familias los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, la rehabilitación, la prevención médica y el fomento de la salud. ¹⁵

Tratando de definir lo que es la atención médica, podemos decir que es la aplicación de todos los conocimientos científicos relevantes, la actividad de los servicios médicos y la de los propios profesionales y las intervenciones sanitarias y sociales en la comunidad. ²⁰

Para que la atención médica sea más efectiva es indispensable la comunicación adecuada, porque el médico debe conocer aspectos de la personalidad, cultura, nivel de vida, ambiente familiar y social del paciente.

El ofrecimiento de servicios de salud en gran medida incita la demanda de un servicio a partir de cómo se percibe una necesidad, ya sea por una población determinada o por el usuario que demanda atención de los servicios de salud. ¹⁵

La mayoría de los autores considera que una definición de calidad de atención, aunque hay que aclarar que no existe una definición exacta o única es la “satisfacción del paciente” como un buen punto de partida en el análisis de la calidad, las quejas y los requerimientos de los pacientes²¹

La prestación de servicios se caracteriza por dos elementos principalmente; los recursos y la organización. Los recursos son la mano de obra y el capital dedicados a la atención de la salud; y la organización lo que el sistema hace con sus recursos y como tanto los servicios y los agentes de salud se coordinan para brindar las prestaciones del servicio de salud.²²

4.9 FORMAS DE ATENCIÓN MÉDICA.

Desde el punto de vista antropológico las formas de atención de los padecimientos no solo se refieren a las prácticas o actividades de tipo biomédico o también llamada medicina formal, sino a todas las formas de atención que buscan prevenir, tratar, controlar, aliviar los padecimientos.

En muchas de las sociedades existen diferentes formas de atención a la enfermedad, a su vez estas diferentes formas de atención suelen utilizar diferentes técnicas para diagnosticar, diferentes parámetros o indicadores para poder detectar el problema por el cual acuden, así como diferentes formas de darles tratamiento e inclusive diferentes puntos de vista de darles curación.

Estas diversas formas de atención que operan en una determinada sociedad tienen que ver con factores como la religión, la etnia, determinantes económico-políticos, técnicos y científicos, originando la utilización de las diferentes formas de atención, dándose lo que se conoce como pluralismo médico, término que se refiere a que en las sociedades la mayoría de las personas utiliza potencialmente varias formas de

atención no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud.²³

4.9.1 Atención formal.

La medicina formal o también llamada biomedicina se ha ido construyendo a través del tiempo como ciencia aplicada.

En el contexto de la biomedicina representada a través del sistema médico occidental. Mundialmente se ha establecido que este modelo es capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población, independientemente del contexto social, cultural en el que se desarrolle la enfermedad.

Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud- enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de salud individual y colectiva.¹⁷

Modelo médico hegemónico. Este modelo consta de tres submodelos: el modelo médico individual privado, el modelo médico corporativo público y el modelo corporativo privado. Estos tres modelos presentan rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista- positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en sentido

medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.

Estos submodelos también se caracterizan por que su estructura esta jerarquizada en la organización de la atención médica y por el burocratismo.²⁴

El carácter estructural de la biomedicina a nivel ideológico/técnico es el biologicismo que se refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, esto a su vez constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención.

Las principales características de este modelo son:

- Biologismo
- Asociabilidad
- Ahistoricidad
- Aculturalismo
- Individualismo
- Eficacia pragmática
- Orientación curativa
- Relación médico paciente asimétrica y subordinada
- Exclusión del saber del paciente
- Profesionalización formalizada
- Identificación ideológica con la racionalidad científica
- Tendencia a la medicalización de los problemas

-Escisión entre teoría y práctica.²³

La biomedicina en cuanto a institución y proceso social esta caracterizada por su constante cambio no solo técnico y científico sino también a sus formas de organización y en la forma de intervención tanto técnicamente, como económica, social y profesionalmente, siendo el tipo de atención que tiene un mayor proceso de expansión subordinando y/o desplazando a los tipos de medicinas locales. Esta expansión se va a caracterizar por un proceso de continuidad/discontinuidad. La continuidad esta dado por el proceso de expansión que hace que afecte su relación con las otras formas de atención esta basado en la investigación biomédica, la producción farmacológica y la medicalización de los padecimientos y de los comportamientos de las personas. La discontinuidad se va a dar por las orientaciones críticas que surgen dentro y fuera de la propia biomedicina, así como por las actividades y propuestas fomentadas por las otras formas de atención para dar solución a los problemas de salud. La biomedicina además de trabajar con este proceso de expansión también trabaja con el mencionado proceso de medicalización; este proceso supone convertir en enfermedad toda una serie de acontecimientos vitales que son parte de los acontecimientos de la vida cotidiana de las personas, estos pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente solo eran aconteceres que les pasaba a las personas.²³

4.9.1.1 Relación médico paciente.

Se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos.



4.9.1.2 Cuestionamientos de la medicina científica

A partir de la década de los sesenta se ha venido dando una gran producción científica e ideológica que analiza y cuestiona que tan eficaz y eficiente son las prácticas de la medicina científica o biomedicina y que ha llevado a recuperar las prácticas alternativas.

Los principales cuestionamientos son:

- Aumento del costo de la atención.
- Aumento del costo de fármacos y equipo.
- Aumento de iatrogenias y de la ineficacia.
- Disminución de la calidad de la atención, dándole prioridad a la productividad y rendimiento del servicio.²⁴

4.9.2 Modelo médico alternativo subordinado

En este modelo se agregan las prácticas conocidas como “tradicionales”. Con este término no solo hay que pensar en prácticas ancestrales o del pasado sino también en prácticas que han emergido o se han derivado del modelo médico hegemónico. En este modelo también se incluyen prácticas de un alto nivel de complejidad y organización como la medicina ayurvédica, la acupuntura o la herbolaria.¹³ Este forma de atención es

expresada a través de curadores especializados como es el caso de chamanes, yerberos, espiritualistas, brujos, curanderos.

La medicina tradicional, se ha venido considerando como diferente, inclusive opuesta o antagónica a la medicina científica o biomedicina, tomándola como un tipo de medicina que tiene resistencia al cambio consecuente de la evolución social, etiquetándola como poco modificable o no modificable en lo sustantivo.¹³

Cabe señalar que el modelo médico hegemónico ha venido estigmatizando inclusive tendiendo a subordinarlos ideológicamente este tipo de atención.

Las características básicas de este modelo son:

- Concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, dejando las acciones terapéuticas hacia la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de eficacia.
- Tendencia al pragmatismo
- Ahistoricidad
- Asimetría en la relación curador-paciente.
- Participación subordinada de los consumidores.
- Legitimación comunal o grupal de las actividades curativas
- Identificación con una racionalidad simbólica y técnica.
- Tendencia a excluir a otros de su saber y de sus prácticas curativas
- Reciente tendencia a la medicalización.²⁴

En cada sociedad los diferentes grupos sociales utilizan diferentes formas de atención tradicional o popular, dejando de ser exclusivas de determinados sectores de la sociales, económicos o étnicos.²³

4.9.2.1 Utilización y disponibilidad de modelos alternativos de atención en la Ciudad de México.

Con el incremento de la demanda de alternativas terapéuticas ajenas en conceptos y prácticas al modelo científico biomédico que se da día con día, la medicina alternativa se encuentra enmarcada hoy día en un contexto que hace apenas algunos años dándose un notable crecimiento de algunos de sus recursos en países industrializados, dándose una mayor utilización de algunas formas de atención alternativa, así como la utilización combinada de muchas de estas formas terapéuticas.

Se ha venido dando una participación reconocida por organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de quienes han emanado intentos de apoyo y promoción para la interacción de las terapias alternativas con los sistemas oficiales de salud, enfocadas primordialmente en la Atención Primaria a la Salud. Algunas organizaciones civiles (ONGs) trabajan apoyando la medicina tradicional a diferentes niveles en varios países de la región y sin embargo existen múltiples dificultades que impiden la consolidación de programas en medicina tradicional.

La utilización de los modelos alternativos se vincula al proceso natural de búsqueda de atención y a factores que no se han explorado ampliamente pero que se vinculan con procesos migratorios locales nacionales e internacionales, además del proceso de globalización y el acceso a información mediante diferentes medios de comunicación como el Internet, la radio, televisión, revistas etc.

En México, ha persistido el debate sobre cuál es el mejor modelo de atención para el país analizando aspectos como el financiamiento, la participación, la calidad de la atención, la eficiencia en el uso de recursos,

y otros temas, dejando a un lado el de la medicina alternativa o complementaria. Otro de los aspectos que han hecho que la demanda reciente de servicios alternativos de salud se vean incrementadas han sido los problemas presentes en la prestación de servicios biomédicos tanto en instituciones públicas como privadas. En el caso de las instituciones públicas que en muchas ocasiones se caracterizan por su lentitud, baja calidad, trato inadecuado por parte de los prestadores, entre otros aspectos; y en el caso de las instituciones privadas se identifican más con su alto costo.

El crecimiento de la medicina alternativa ha impulsado la creación de espacios nacionales e internacionales como encuentros, talleres, congresos, cursos, diplomados en instituciones privadas y públicas.²⁶

4.9.2.2 Medicina complementaria y alternativa en odontología

Cada vez mas los pacientes buscan y utilizan tratamientos complementarios y alternativos. Algunos de los tratamientos son:

- **Acupuntura.**- este es uno de los principales tratamientos alternativos utilizados para el alivio del dolor. Este tipo de medicina es de origen chino y se basa en un sistema de meridianos que son una red de vías energéticas que corren a través del cuerpo, estas vías transportan la energía que nutre y vitaliza los órganos y tejidos corporales. Las aplicaciones odontológicas de la acupuntura incluyen dentición, eliminar las náuseas y el vómito, aliviar el dolor y se utiliza como alternativa a la anestesia local.

La acupuntura trabaja a base de diferentes teorías; una de ellas es la teoría del control de compuerta; esta teoría sugiere que cuando existen tejidos que están dañados existen dos conjuntos separados de fibras nerviosas y, si hay viajando las suficientes sensaciones no dolorosas, los mensajes de dolor no pasan por ellas, esta teoría es la misma a la que llaman ENET (Estimulación Nerviosa EléctricaTranscutánea), la cual se

ha venido utilizando en odontología como dispositivo de anestesia local, haciendo que se reduzcan las cantidades o la utilización de anestésico local, y analgésicos.

Otra teoría es la teoría neuroendocrina que sugiere que a través de la acupuntura, o los puntos de presión de acupuntura se liberan endorfinas estas endorfinas son las encargadas de los mecanismos del dolor en el cuerpo. Otra forma de acupuntura utilizada es la acupresión, esta utiliza el mismo principio, pero la presión que se utiliza se realiza con las manos o los dedos reemplazando las agujas. La electroacupuntura utiliza un dispositivo, para que a través de este se pueda pasar una pequeña corriente eléctrica a través de puntos de acupuntura.



- **Herbolaria.**- Las hierbas se han venido utilizando a través del tiempo en diversas sociedades. En odontología se han utilizado para diferentes tratamientos incluyendo el fortalecimiento del sistema inmunitario en pacientes con inmunodepresión, en el tratamiento de enfermedades periodontales utilizando remedios con aplicaciones sistémicas como locales en el caso de colutorios.



-Aromaterapia.- Esta utiliza fragancias de hierbas y flores como agentes terapéuticos, estos se utilizan aplicando masajes o inhalándolos.



-Quiropráctica.- Este término se desprende del griego *chiro* (mano) y *praktikos* (practicar). Esta se especializa en el diagnóstico, tratamiento y manejo global de estados que se deben a problemas con las articulaciones, ligamentos, tendones y nervios del cuerpo. El tratamiento consiste en técnicas de manipulación diseñadas para mejorar la función de dichas articulaciones, aliviando el dolor y el espasmo muscular.



-Osteopatía.- Este término que proviene del griego *osteon* (hueso) y *pathos* (sufrir) trabaja a través del sistema musculoesquelético, y principalmente prestando atención a como afecta a los órganos internos este sistema, y como estos están afectados por el. Los factores psicológicos y sociales. También se basa en que el organismo tiene sus propios mecanismos de autocuración, los cuales pueden utilizarse dentro del tratamiento.



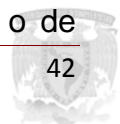
-Hipnosis.- Durante la hipnosis, el cuerpo y la mente con consciente se encuentran en un estado relajado, mientras que la mente subconsciente

permanece despierta y receptiva a la sugestión. Se puede describir a la hipnosis como un proceso de educación- comunicación con la mente de una persona que permite que su mente consciente y subconsciente crean en el mismo mensaje. Esta técnica se utiliza de distintas maneras en odontología, como manejo del dolor, para trastornos relacionados con el estrés, para el control de la salivación, reducción del reflejo nauseoso, para la analgesia, para trastornos fóbicos, de la ansiedad, etc.



-Homeopatía.- La homeopatía tiene que ver con la individualización; cada persona se trata con el remedio necesario para sus síntomas, personalidad, estilo de vida, nutrición. El panorama en la odontología es muy amplio y se utiliza como auxiliar eficaz de la cirugía dental, para aliviar el dolor, el sangrado y la inflamación, para prevenir o inhibir el desarrollo de infecciones en boca, como tratamiento auxiliar de patologías, para mitigar fobias y ansiedad causada por asistir a los consultorios dentales, para mejorar la tolerancia, así como para facilitar la recuperación de traumatismos dentales.²⁷

Algunos de los inconvenientes es la carencia de regulación sanitaria, permite a cualquier individuo a auto-definirse como terapeuta no biomédico. Estos servicios operan en un ambiente donde no existen mecanismos de regulación por parte de las autoridades sanitarias o de



otro tipo de autoridades relacionadas con aspectos técnicos, ni tampoco de Asociaciones de terapeutas que busquen garantizar la capacidad terapéutica de quienes ofrecen tales servicios, lo cual a su vez tiene repercusiones negativas potenciales ya que pone en riesgo a la población.²⁵



4.9.3 Modelo de atención basado en la autoatención

Al hablar de autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud ya sean reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. Resumiendo la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma.²³

Este modelo se basa en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas cercanas de sus grupos parenterales o comunales y en el cual no interviene de una manera directa un profesional de la salud. En casi todas las sociedades este modelo es considerado el primer nivel real de atención, y sus funciones no solo se basan en la curación sino también en las cuestiones socioeconómicas para los grupos en que se desarrolla.

Sus características básicas son:

- La eficacia pragmática
- Concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía
- Estructuración de una participación simétrica y homogeneizante
- Legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia
- Tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas
- Tendencia sintetizadora
- Tendencia a asumir la subordinación inducida respecto a otros modelos.¹³

La autoatención constituye una de las principales actividades del proceso salud/enfermedad/atención. Es una actividad que se da por los propios sujetos y grupos en forma autárquica o teniendo como referencia a los otros tipos de atención.²³

Al hablar de autoatención hay que tener mucho cuidado ya que muchas veces al hablar de esta suele ser confundida con lo que se llama automedicación, siendo esta solo una parte de la autoatención. La automedicación no solo se refiere al mero hecho de utilizar determinados fármacos desarrollados por la industria químico farmacéutica, sino a todas las sustancias llámese infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, o a la colocación de cataplasmas, ventosas, masajes. Otro termino que también suele utilizarse como equivalente de autoatención es el autocuidado entendiéndose por este último a las actividades realizadas por las personas para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer la salud positiva. Este se diferencia de la autoatención ya que esta es de un carácter social y grupal.

Desde el punto de vista de la biomedicina la automedicación se considera un acto negativo y pernicioso, producto de la falta de educación e ignorancia, señalando que esta tiene efectos negativos argumentando

que da consecuencias como es la resistencia a efectos de fármacos o consecuencias debido al uso indiscriminado de diversas sustancias.

La autoatención implica la acción más racional desde el punto de vista cultural, de estrategia de supervivencia e inclusive desde un punto de vista de costo-beneficio.

Existe una gran diversidad de padecimientos que el paciente experimenta y autoatiende, respecto a estos padecimientos puede que no haga nada, o puede dejar que el transcurso del tiempo lo solucione, o inclusive puede hablar con alguien de su círculo cercano como familia, o vecinos, amigos o con personas lejanas como son los responsables de farmacias. Se ha visto que muchos de los padecimientos son atendidos por la autoatención, a menos que se agraven o que reiteren y/o que perseveren y preocupen al sujeto y a su grupo. El conjunto de todas estas acciones supone la existencia de un conocimiento respecto al proceso salud/enfermedad/atención dentro de los grupos, y que viendo más allá de lo correcto o lo erróneo de sus explicaciones respecto a las causas, de sus diagnósticos provisorios o de los tipos de tratamientos empleados; y es a partir de este conocimiento del proceso salud/enfermedad/atención que se establecen las relaciones con las otras formas de atención.²³

4.9.3.1 El papel de la mujer en la atención a la salud.

El cuidado de la salud, especialmente el que se presta en el hogar, es asumido mayoritariamente por mujeres. El saber femenino se refleja en los patrones de cuidado-curación que se realizan en el ámbito doméstico. Este saber está construido socialmente, es decir, que todos estos conocimientos son productos sociales, construidos a través del camino de la socialización, al aceptar ciertos valores y normas de conductas que son dependientes de las situaciones socioculturales en las cuáles ellos ocurren y constantemente son renegociados.

En el cuidado que las mujeres brindan en el hogar se refleja en que sus conocimientos son resultados de procesos sociales, consecuencia de la interacción que establecen con ámbitos de socialización como son los servicios de salud del modelo dominante de atención a la salud, la transmisión de conocimientos del modelo dominado, medicina tradicional, y de nuevas experiencias adquirida a través de sus relaciones con mujeres y de su propia experiencia adquirida en especial en el ámbito doméstico. Una de las maneras en las que las mujeres constituyen su conocimiento es a través de su propia experiencia como pacientes o la desarrollada a través del cuidado a los miembros de la familia haciéndolas expertas en el uso de medicamentos que cuando es necesario los utilizan para atender a su familia o sí mismas. La automedicación que ellas realizan en casa va desde el uso de medicamentos que pueden considerarse de uso común para resfriados y problemas estomacales hasta medicamentos más complejos o delicados como puede ser el uso de antibióticos, antihistamínicos, antiasmáticos y antimicóticos. Los conocimientos de uso de los medicamentos están también influenciados por los medios de comunicación y los encargados de las farmacias, los cuales actúan como instrumentos de reproducción del modelo médico dominante.

Algunos estudios han demostrado que las mujeres toman esta decisión de autoatenderse por la falta de recursos económicos, por la burocracia propia de los servicios de salud pero a la vez se culpan por no tener de manera inmediata el acceso a un profesional de la salud.

Existen dos tipos de mujeres que interactúan en el conocimiento del cuidado a la salud en la casa: las que de acuerdo con su formación o socialización en la casa (madre, abuela y mujeres mayores); sus padres, como son sus hermanas o vecinas; y las mujeres que tienen el mismo padecimiento y ella misma, por la nueva experiencia que va adquiriendo a través del cuidado de sus hijos.²⁶

4.10. Utilización de los servicios de salud

La utilización de los servicios de salud puede caracterizarse en términos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tiempo.

El tipo de utilización se refiere a que clase de servicio se recibe y que tipo de representante la va a proveer; el lugar es el espacio donde se va a prestar el servicio; el motivo de consulta se va referir al por que asiste el paciente, llámese por prevención, por un tratamiento específico o un tipo de atención personal hablando de un ámbito no médico; y por ultimo el intervalo de tiempo para ir a una visita en un servicio de salud puede expresarse en términos de contacto, volumen o continuidad, teniendo en cuenta que contacto significa si una persona ingreso a un sistema de atención en un periodo de tiempo determinado; volumen significa el numero de contacto y visitas de seguimiento durante un periodo determinado (frecuencia); y continuidad se refiere a al grado de conexión y -coordinación entre los servicios médicos asociados con una experiencia o episodios de enfermedad en particular.²²

Rosentock⁷ propuso que la utilización de los servicios de salud se puede explicar desde tres tipos de variables:

- a) El nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios complementados por la percepción y la susceptibilidad del individuo respecto a la enfermedad.
- b) En la decisión de utilizar un servicio de salud tomando en cuenta los beneficios y las barreras
- c) Y por ultimo los detonantes de la acción ya sea la percepción del estado de salud y la interacción con otros.

Por otro lado Anderson también menciona que la utilización de los servicios de salud va a estar determinado por tres variables:

- a) La necesidad de atención médica -desde el puto de vista tanto del paciente como del personal de salud.

- b) Los factores predisponentes conformados por factores sociodemográficos tales como edad, sexo, ocupación, clase social, composición familiar, etc.
- c) Los factores capacitantes que se asocian a la condición socioeconómica, tanto en el ámbito familiar como los ingresos, ahorros, seguros médicos, o en el ámbito comunitario como la accesibilidad y la disponibilidad.

La utilización de los servicios de salud es un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad para poder interpretar es muy importante.⁹ La utilización del sistema de salud va a ser el resultado de un proceso que va a iniciarse con la percepción de un problema de salud, esta se convertirá en una necesidad que llevará a la demanda de algún tipo de atención. Se considera que existe utilización cuando esta demanda de atención es satisfecha por algún sistema de salud de la índole que sea, ya sea formal, informal o alternativa.¹

4.10.1 Acceso a la atención médica.

Algunos autores e investigadores han considerado y consideran que el acceso al sistema de salud va a depender de características propias de la población como el ingreso familiar, la cobertura de seguros médicos y las actitudes que se toman frente a la atención médica, o también como características del sistema que presta el servicio por ejemplo, la distribución y organización de los recursos humanos y de los servicios. Por otro lado, otros investigadores sostienen que el acceso se puede ver de una manera más fácil a través de los resultados que miden la relación del individuo con el sistema que utilizan que por ejemplo son: que tan frecuente lo utilizan y los niveles de conformidad con este sistema.

Para muchas personas, el decir acceso a servicios de salud es como hablar de la disponibilidad de recursos financieros y de salud en una determinada zona. Acceso a los servicios de salud también puede

entenderse como que estos se encuentren disponibles en el momento y lugar en el que el paciente los necesita.

El acceso tiene dos aspectos fundamentales: el aspecto socio-organizativo y el geográfico. Entre algunas de las características de los aspectos socio-organizativos se encuentran los que están relacionados a los recursos, sin tomar en cuenta los geográficos que facilitan o hacen más difícil los esfuerzos de los pacientes para obtener atención médica. Por otra parte la accesibilidad geográfica esta en función del tiempo y el espacio que tiene que recorrer el paciente para ser atendido.²²

4.10.2 Satisfacción de las necesidades del usuario.

La satisfacción de los pacientes respecto a sus necesidades se puede medir dependiendo de la actitud que toman estos frente al sistema con el que han tenido contacto.²²

4.10.3 Calidad de la asistencia sanitaria

El concepto de calidad de la asistencia sanitaria se define como el grado de conformidad de la atención prestada con el diseño de la misma, comprendiendo este último, la función operacional como la relacional, diseñadas ambas con el fin de responder a las necesidades de aquellos a los que va destinada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la asistencia sanitaria es: «Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso»

A través de varias asociaciones sanitarias como la OMS, la American Public Health Association, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals y múltiples trabajos en la literatura médica permiten identificar diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad.

Entre ellas las más relevantes son:

- **Efectividad.** Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud.
- **Eficiencia.** Relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción.
- **Idoneidad de los servicios.** Oportunidad o suficiencia de un servicio concreto prestado al paciente.
- **Costo de los servicios.** Si se quiere lograr una eficiente provisión de servicios, en última instancia, el costo debe ser igual al valor que tienen aquellos para el paciente. Deben utilizarse los recursos alternativos menos caros y evaluar el costo/beneficio.
- **Adecuación.** Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.
- **Competencia profesional.** Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios.
- **Calidad científico-técnica.** Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.
- **Seguridad.** Balance positivo de la relación beneficios/riesgos.
- **Aceptabilidad.** Incluye dos dimensiones:
 - a) **Satisfacción del paciente.** Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma.
 - b) **Cooperación del paciente.** Grado en que el enfermo cumple el plan de atención, esta dependerá de la relación que se halla establecido entre el paciente y el prestador del servicio.

- **Satisfacción del profesional.** Grado de complacencia del profesional sanitario con las condiciones de trabajo.
- **Disponibilidad.** Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo.
- **Accesibilidad.** Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.
- **Continuidad.** Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado.

La prestación sanitaria tiene mayor calidad a medida que existe una mayor concordancia entre el diseño, la realización y la demanda, esta exige que el diseño de la atención médica sea adecuado a la necesidad que pretende satisfacer y que contemple la cantidad, el costo, los beneficios y los riesgos derivados, y que la ejecución de la prestación se ajuste al diseño.

Donabedian, propuso tres elementos de la asistencia sanitaria que, entre si conformarían el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto. Estos factores son los aspectos técnicos y científicos, los interpersonales y un factor añadido, el entorno (que él denomina «amenidades»), que comprendería tanto el ambiente como las consecuencias derivadas de la comodidad, intimidad y otras). Los aspectos científicos y técnicos, interpersonales y del entorno que son condicionantes de la asistencia sanitaria están presentes en mayor o menor medida en todas las actividades del servicio sanitario.

El personal de la salud tiene una doble función, una que habla de relaciones y otra operacional, esta última tiene una mayor carga científica y técnica según el sector del que se trate; por otra parte la función relacional comprende la interacción entre el entorno físico y humano de la empresa y el cliente.²⁰

4.11 PROCESO DINÁMICO ENTRE LAS FORMAS DE ATENCIÓN

Las diferentes formas de atención no existen de una manera estática y aislada cada una en si misma, ya que existe un proceso dinámico entre las actividades realizadas de las diferentes formas de atención.

Dicha dinámica opera por lo menos en dos niveles, el primero se va a referir a las relaciones que se establecen entre las diferentes formas de atención a través de los operadores de las mismas, por ejemplo la biomedicina retoma la tradición herbolaria como parte de los tratamientos. El otro nivel se refiere a la integración de dos o mas formas de atención por personas o grupos que tienen algún problema o padecimiento, este tipo de articulación es el que mas se da, siendo el mas frecuente, el mas dinámico y mas expandido.

Podemos decir que son las actividades realizadas por las personas y grupos sociales las que generan la mayor parte de las articulaciones entre las diversas formas de atención por medio de sus usos, dejando a un lado las supuestas diferencias e incompatibilidades que pueden existir entre ellas, dándole mayor importancia a buscar la solución a sus problemas y dejando en segundo termino dichas diferencias.²³

Podemos decir que es a partir de la autoatención y de la evolución de los padecimientos en función de las condiciones sociales y culturales cuando el sujeto o grupo deciden como y con quien irán a atenderse, buscando las formas de atención que conocen y aceptan. Es después de la primera consulta, cuando se decidirá si habrá una cita inmediata o será postergada, o si ira con algún otro curador ya sea del mismo tipo o de otra forma de atención o inclusive si alternara varias de estas formas.

La mayoría de las formas de atención frecuentemente ignora este hecho, de que el paciente alterna o articula diferentes formas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas. Estas actividades y alternaciones se dan en todo grupo social sin importar su nivel de



educación o económico, aunque estos y otros factores si influyen en las características que tendrá el proceso de atención.¹³

5. CONCLUSIÓN

El papel que juega la percepción en el proceso salud enfermedad que lleva a una atención es muy importante, ya que es muy diferente de una persona a otra. Esta percepción va a estar influenciada por diferentes factores como son el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el rol o responsabilidad que desempeña cada persona dentro de su grupo social, el vocabulario que se tenga, la memorización y clasificación que la medicina da a las enfermedades o las diferentes formas de atención dan a los problemas de salud, la falta de educación sanitaria, el conocimiento del momento evolutivo y la intensidad de las enfermedades, y por último las experiencias vividas por los sujetos. Dependiendo de estos factores y como confluyen entre ellos es que los sujetos iniciaran una determinada forma de atención que puede ser desde tener una autoatención, pasar por sistemas alternativos de salud hasta llegar a un sistema formal. Incluso ahora se sabe que los sujetos no solo acuden a las diferentes formas de atención para padecimientos específicos, sino que para un mismo padecimientos consultan o alternan las diferentes formas de atención.

Es importante reconocer la diversidad, existencia y utilización de todas las formas de atención que las personas utilizan y no solo negarlas, ignorarlas o marginarlas, sino tenerlas presentes y estudiarlas; ya que se ha observado en diferentes sociedades, en especial en las latinoamericanas mas específicamente las de tipo capitalista han tenido un incremento o auge de las llamadas terapias alternativas y no solo pensar que este tipo de medicina se da en provincia, sino que en todos los sectores sociales se da.

Por último es importante no encajonarse en el concepto que nos da la biomedicina y declararla ley universal, única poseedora de la verdad y capaz de ofrecer beneficios.



6. Referencias bibliográficas.

¹ Sacchi M., Hausberger M., Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Rev. Salud Colectiva 2007; 3(3): 271-283

² Kornblit A.L., Mendes A.M. La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. 1ª ed. Capital Federal: Editorial AIQUE, 2000. Pp. 6-18

³ Piedrola G., Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª ed. España: Editorial Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1992

⁴ Castro R. La Vida en la Adversidad. El Significado de La Salud y La Reproducción En La Pobreza. Cuernavaca Morelos, UNAM-CRIM, 2000.

⁵ Delgado M, Gil Á, Bolumar F, Hernández-Aguado I. Manual de Epidemiología y Salud Pública, 1ª ed. España: Editorial Panamericana, 2005

⁶ Martínez NF., Antó JM., Castellanos PL., Gili M., Marset P., Navarro. Capítulo 20 La medición del estado de salud. Salud Pública. Primera edición. Madrid-España 1998. Pp. 49-51.

⁷ De la Villa Moral M. Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. Boletín de Psicología 2008; 94: 85-104

⁸ San Martín H., Salud Enfermedad, 4ª ed. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1981



⁹López O., Blanco J. Modelos Sociomédicos en Salud Pública: Coincidencias y Desencuentros. Rev. Salud Pública de México 1994; 36: 374-383

¹⁰Álvarez R. Salud Pública y Medicina Preventiva, 2^a ed. México D.F.: Editorial El manual moderno S.A., 1998

¹¹Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “cuanto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública México 1997; 39: 442-250

¹²Arredondo A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro 1992, 8 (3): 254-26

¹³Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. Rev. ALTERIDES 1994; 4(7): 71-83

¹⁴Schlaepfer L, Infante C. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública México 1990; 32:141-155

¹⁵Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública México 1992; 34:36-49.

¹⁶Pironal M, García N, Rincón M. C. Odontología transcultural: Eje transversal del currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Zulia (Parte I). Ciencia Odontológica 2006; 3(2): 78-84

¹⁷Alarcón A. M, Vidal A, Neira J. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd Chile 2003; 131: 1061-1065



¹⁸Albert C, Dávila M.A. Salud, Salarios y Educación. Hacienda Pública Española/ Revista de Economía Pública 2004; 169-(2/2004): 11-34

¹⁹Castrejón E. (2009) Factores Socio-antropológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad de una comunidad del estado de Oaxaca, México. 2008. (Tesis de Licenciatura- Facultad de Odontología UNAM)

²⁰Varo J. La Calidad de la Atención Médica. Rev. Medicina Clínica 1995; 104 (14): 538-540

²¹Gattinara, B. C, Ibacache J, Puente C. T, Giaconi, J, Caprara, A. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro 1995, 11 (3): 425-438

²²Aday L. A, Andersen R, White K. L. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Organización Panamericana de la Salud 1992. Pp. 604-613

²³Menéndez E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos, Rev. Antropología Social 2005; 14: 33-69

²⁴Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos R. (comp) La antropología médica en México. México, Instituto Mora/UAM, 1992. Pp. 97-114

²⁵Nigenda G, Mora G, Ruiz J.A., Céspedes J. Modelos alternativos de atención a la salud: utilización y disponibilidad en la Ciudad de México 2002, hallado en <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/sintesis,%20etc/Medicina%20alternativa.pdf>



²⁶Hernández I, Arenas M. L, Valde R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana Rev. Saúde Pública 2001; 35(5):443-50

²⁷Ireland R. Higiene dental y tratamiento. 1ª ed. Colombia 2008 Edit. El Manual Moderno Pp.473-482