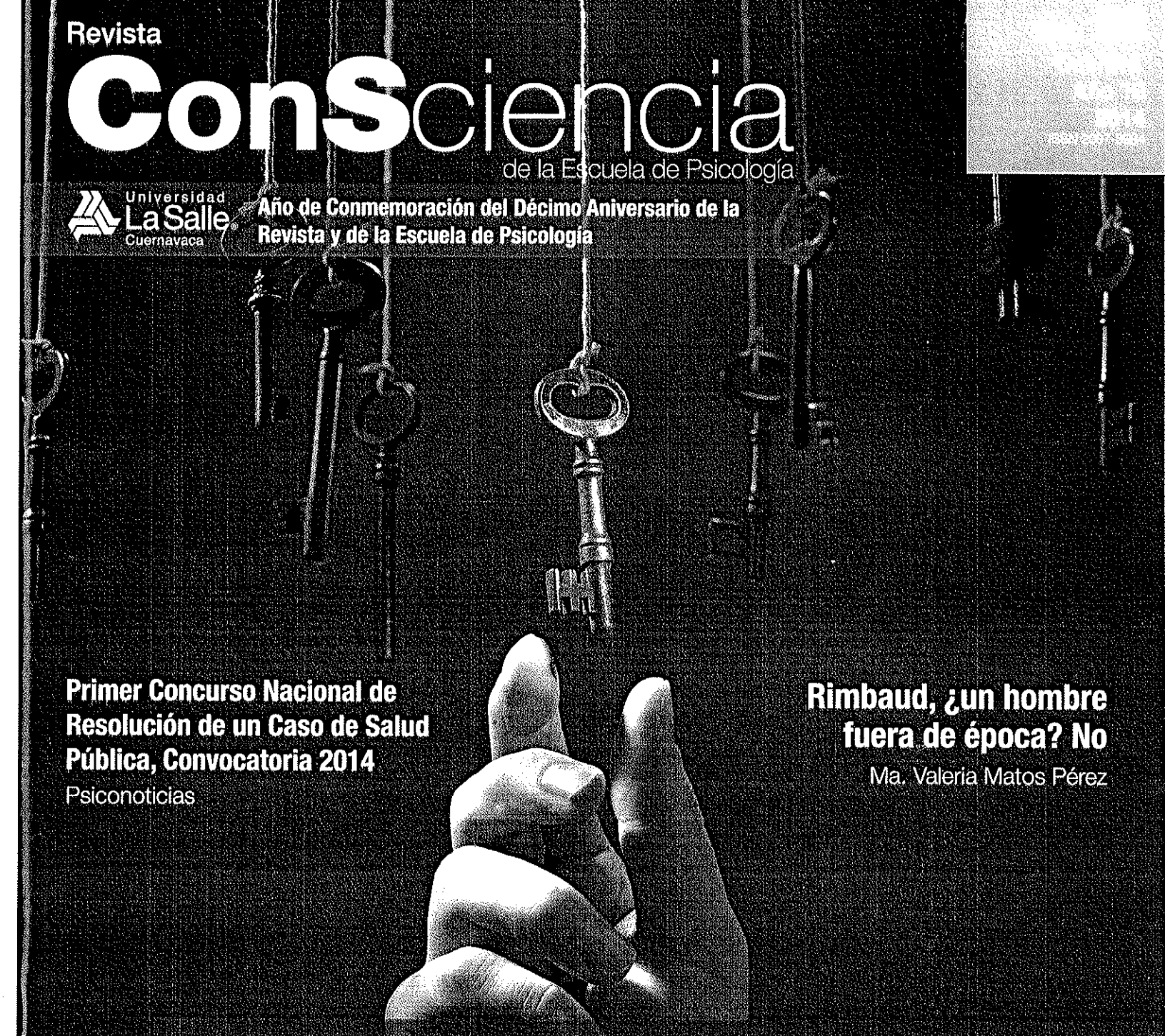
Revista
ConSciencia
de la Escuela de Psicología
Universidad La Salle Cuernavaca
Año de Conmemoración del Décimo Aniversario de la Revista y de la Escuela de Psicología



Primer Concurso Nacional de Resolución de un Caso de Salud Pública, Convocatoria 2014
Psiconoticias

Rimbaud, ¿un hombre fuera de época? No
Ma. Valeria Matos Pérez

LA INTERSUBJETIVIDAD:
UN MODELO INTEGRADO EN PSICOANÁLISIS
José Antonio Rangel Faz

Modelos psicosocial y social en el deseo, búsqueda y uso de servicios de salud
Armando Arredondo
Ana Lucía Recaman

Psicoterapia psicoanalítica breve y focal con parejas: un enfoque integrador (segunda parte)
Carlos F. Soto Chico

Plenaria de las Prácticas de Integración... Una experiencia colectiva, académica, humana y autogestiva
Patricia Gómez Ramírez

Directorio

Hno. Manuel Arróyave Ramírez, f.s.c
Presidente del Consejo de Gobierno

Mtro. Ángel Elizondo López
Rector Universidad La Salle Cuernavaca

Ing. Oscar Mario Macedo Torres
Vice-Rector

Mtra. María Elena Liñán Bandín
Directora de la Escuela de Psicología

Mtro. Pablo Martínez Lacy
Editor Responsable

L.D.G. Bruno Vieyra Gárate
Diseño Editorial

L.D.G. Lorena Solorio Ochoa
Edición de imagen

Dabi Xavier Hernández Kaiser
Correción de estilo

CONACYT ÍNDICE DE REVISTAS MEXICANAS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA

PIN-ULSAC
Portal de Investigación de la Universidad La Salle Cuernavaca

REVISTA CONSCIENCIA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA, Año 10, No. 23, octubre-diciembre de 2014, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad La Salle Cuernavaca, a través de la Escuela de Psicología. Nueva Inglaterra S/N, Col. San Cristóbal, C.P. 62230, Cuernavaca, Morelos. Tel.: (777) 311 5525, Fax: (777) 311 3528, www.ulsac.edu.mx. Editor responsable: Pablo Martínez Lacy. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2010-052510230100-102, ISSN ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor: Impreso por Integrarte, Impresión y Publicidad. Carnero 25, local "F", Col. Amatitlán, Cuernavaca, Morelos. Tel.: (777) 316 4620, el 25 de diciembre de 2014, con un tiraje de 200 ejemplares. Fecha de última impresión 25 de agosto 2014.
ISSN 2007-3984

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la Universidad La Salle Cuernavaca.

Consejo Editorial

Hortencia Feliciano Aguilera
Patricia Gómez Ramírez
Ma. Elena Liñán Bandín
Pablo Martínez Lacy
José Antonio Rangel Faz
Ofelia Rivera Jiménez
Cecilia Sierra Heredia

Consejo Científico

Francisco Alanís, ULSAC; Eliana Cárdenas, ULSAC; Adriana Castañeda, ULSAC; Gloria Chávez, UPN; Octavio de la Fuente, UAEM, ULSAC; Patricia Gutiérrez-Otero, UIAP; Adela Hernández, ULSAC, UAEM; Rosa Elena Lara E., ULSAC; Ma. Elena Liñán Bandín, ULSAC; Rosa Ma. López Villarreal, UNAM, UAEM, ULSAC; Óscar Macedo, ULSAC; Javier David Molina Alamilla, ULSAC, UPN; Rubén A. Pérez Menéndez, ULSAC, UAEM; Herminio Quaresma, ULSAC; Artemio Ramírez, ULSAC; Guadalupe Rodríguez, ULSAC; Patricia Shepard, ULSAC; Cecilia Sierra H., ULSAC; Carlos F. Soto Chico, ITESM, ULSAC; Luis Tamayo P., UNAM, CIDHEM; Esther Vargas, ULSAM; Ma. Lourdes Vázquez Flores, ULSAC, UNAM; Ma. Guadalupe Vives López, UNAM, IMPAC, Centro ELEIA.

Representación estudiantil

1ª Generación: Georgina González
2ª Generación: Ursula E. Rincón González, Claudia Tapia Guerrero
3ª Generación: Laura Guillén Grajeda, Francisco A. García Martínez
4ª Generación: Elsa Trujillo Pereyra, Cristina Pintos Gómez
5ª Generación: María Fernanda González Fernández
6ª Generación: Tanya P. Snyder Salgado
7ª Generación: Violeta Córdova Islas
8ª Generación: Alejandra Quiroz Mireles, Leslie M. Bahena Olivares
9ª Generación: Sofía Álvarez Reza, Marie J. Fong Vargas
10ª Generación: Bernardo Narváez Rabiella
11ª Generación: Erika Zagal Becerril, José F. Nieto Lenero, Iztel Ranz Medina
12ª Generación: Laura Cecilia Benítez Osorio, José Fernando Nieto Lenero
Representación de la Maestría en Psicoterapia Dinámica: Ingrid Torres Aguilar

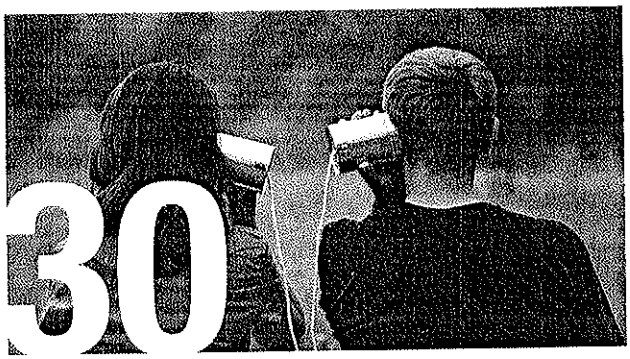
Contenido

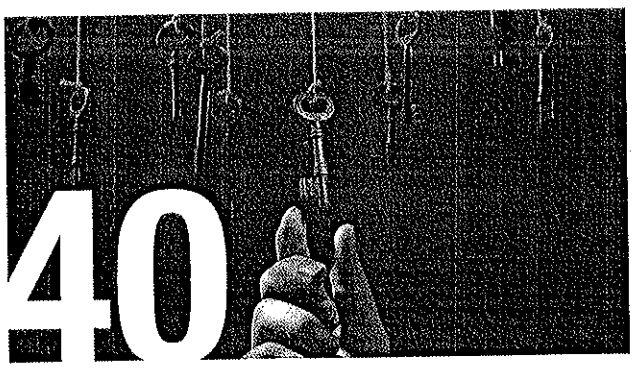
5 **Editorial**
Mtro. Pablo Martínez Lacy

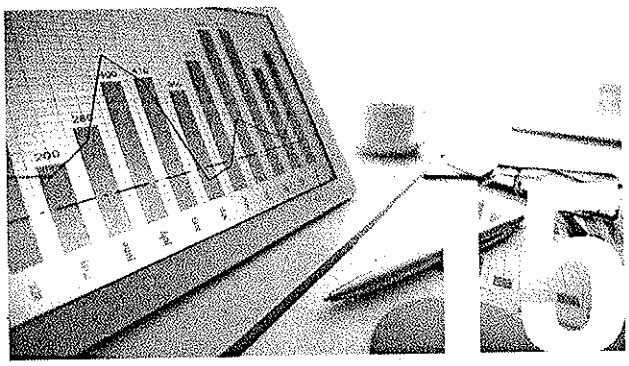
7 **Psiconoticias**

Ensayos

13 **Rimbaud, ¿un hombre fuera de época? No**
Ma. Valeria Matos Pérez







Artículos

15 **Modelos psicosocial y social en el deseo, búsqueda y uso de servicios de salud**
Armando Arredondo
Ana Lucía Recaman

23 **Estrategias de intervención temprana en inducción y detección de potenciales de deserción escolar en alumnos de Psicología de primer semestre ULSAC**
Rubén Ángel Pérez Menéndez

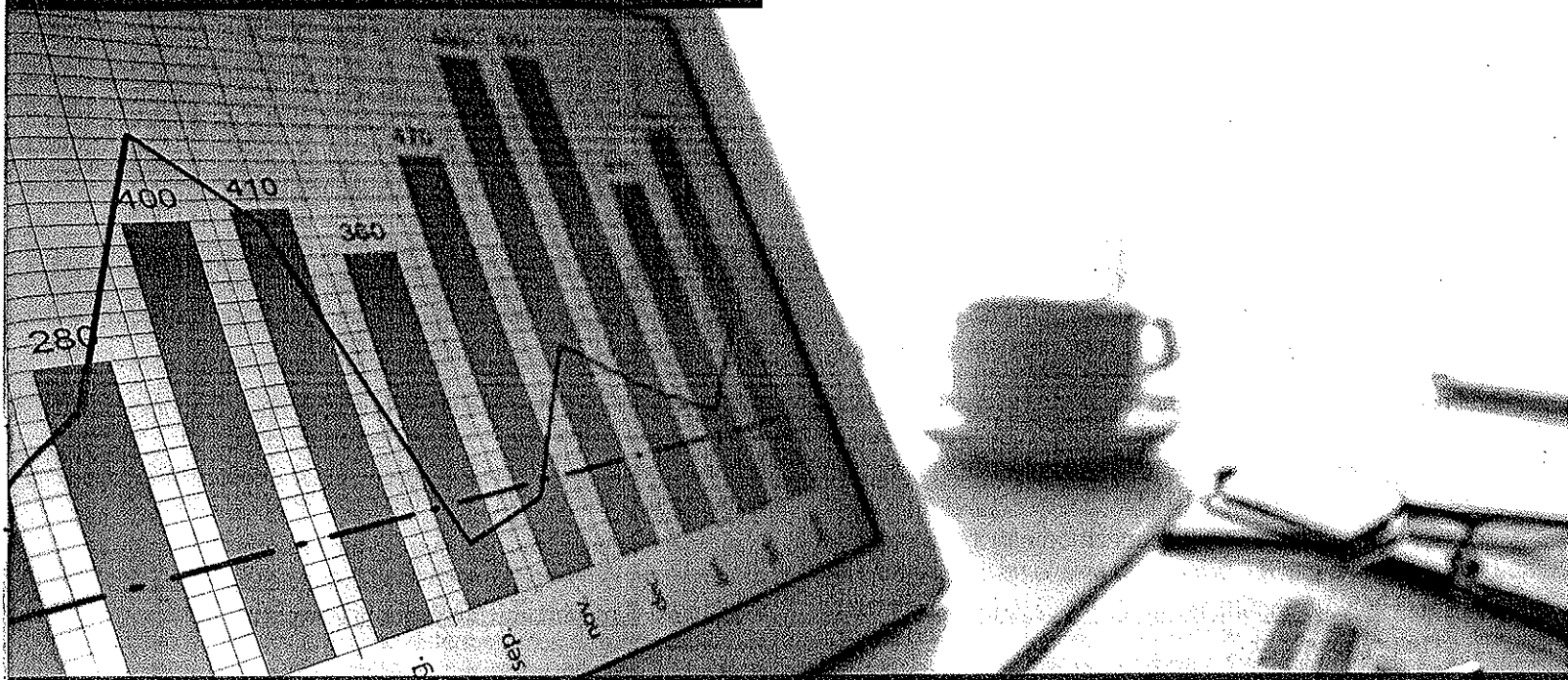
30 **Psicoterapia psicoanalítica breve y focal con parejas: un enfoque integrador (segunda parte)**
Carlos F. Soto Chico

40 **La intersubjetividad: un modelo integrado en psicoanálisis**
José Antonio Rangel Faz

Notas y Reseñas

47 **Plenaria de las Prácticas de Integración... Una experiencia colectiva, académica, humana y autogestiva**
Patricia Gómez Ramírez

Artículos



Modelos psicosocial y social en el deseo, búsqueda y uso de servicios de salud

Armando Arredondo[1]
Ana Lucía Recaman[2]

Resumen

El presente artículo incluye los resultados de una revisión y reflexión sobre diferentes niveles de aproximación conceptual que plantean algunos modelos de análisis para el estudio de las condicionantes determinantes y factores explicativos del deseo, búsqueda y utilización de servicios de salud. Dichos modelos son: el psicosocial y el sociológico. Se parte de la premisa central de que en el contexto de reformas del sector salud en países de América Latina, particularmente en México, los usuarios de servicios de salud pasan a ocupar un rol preponderante en el establecimiento de las necesidades de salud que deberán responder los sistemas de atención. Desde esta nueva perspectiva, los cambios del sistema de salud proponen a su vez cambios relevantes en la interacción entre los dos principales actores sociales de este proceso de reforma: por un lado, el comportamiento de los proveedores (toda institución que provee servicios de salud a la población) y, por el otro, el comportamiento y percepción de los consumidores (población usuaria que demanda servicios de salud).

Palabras clave: Deseo, búsqueda, utilización, servicios de salud.

Introducción

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

El camino de ambos actores sociales converge en lo que representa el proceso de deseo, búsqueda y obtención de la atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes que se abordan de manera detallada en este artículo desde diferentes enfoques conceptuales. En efecto, siguiendo a Donabedian (1987), el proceso de atención médica se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan –en forma paralela– el otorgante de la atención médica, por una parte, y el cliente o usuario de servicios de salud, por la otra (ver Figura 1). Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar, misma que desencadena el deseo de la atención a la salud de manera institucional, tradicional o alternativa, tal como lo propone Williamson (2000).

En algunos casos el profesional o proveedor de la salud puede ser el primero en detectarla y esto desencadenaría el proceso que lleva a la atención médica. Por otra parte, hay evidencias empíricas de que muchas personas se automedican sin consultar profesionales de la salud, pero sí a su red de relaciones sociales (amigos y familiares) para identificar la conducta a seguir ante la percepción de un daño a su salud. De acuerdo con Arredondo (2014), en el caso de la interacción con profesionales de la salud, el proceso de deseo y búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico y las instituciones de salud.

En algunas situaciones el camino que lleva hacia el médico es un tanto complicado e intervienen en él amigos y familiares, lo que se le ha denominado como "sistema no profesional de referencia". Una vez establecido el contacto

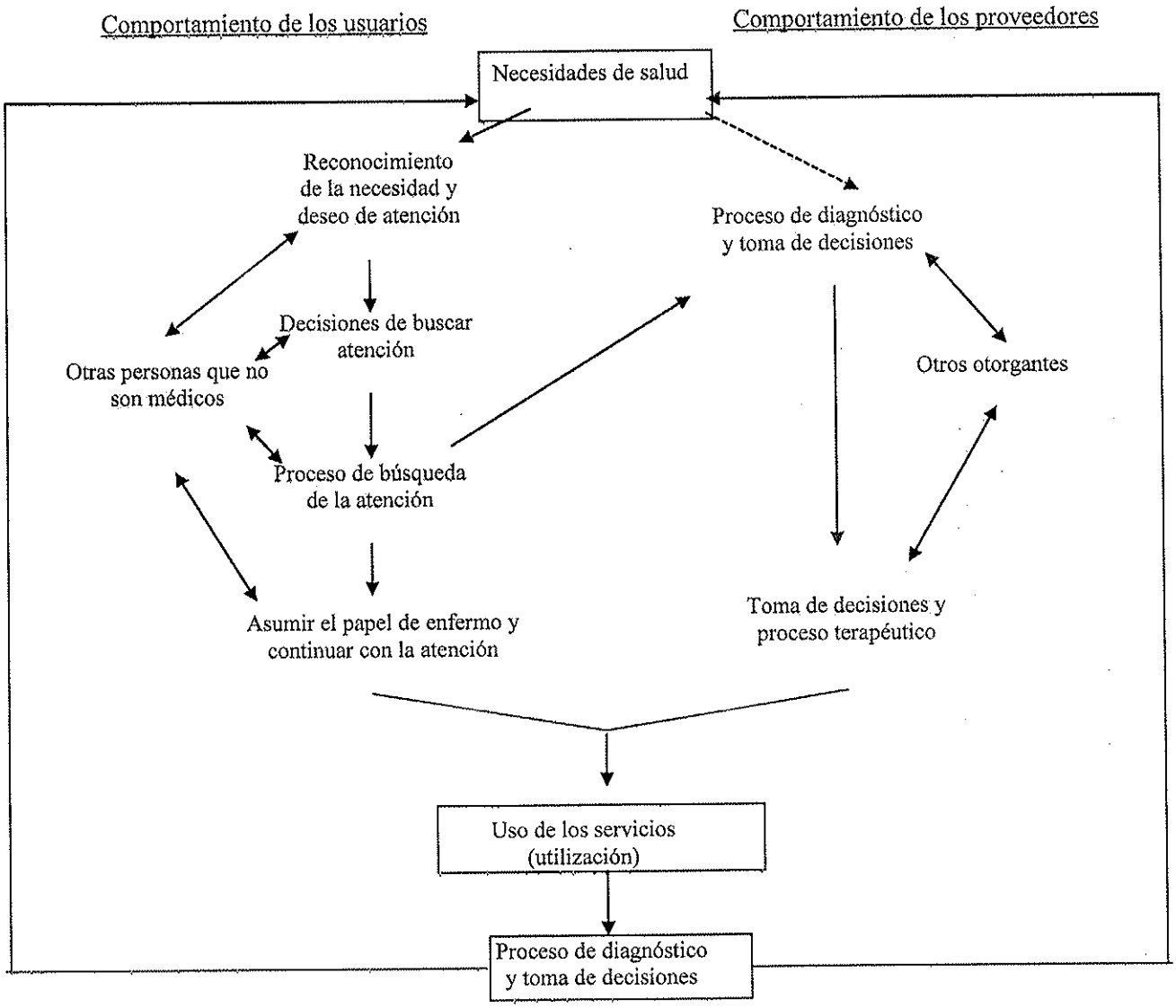


Figura 1: Etapas de la búsqueda y utilización de los servicios de salud (modificado de Donabedian A., ref. #1).

con el médico, éste fija una serie de actividades que están representadas por la fase de diagnóstico y tratamiento del daño a la salud que originalmente desencadenó el deseo de búsqueda de la atención médica. Estas actividades, para Alun y Lara (2008, 2014), son el proceso de diagnóstico la toma de decisiones y el proceso terapéutico, en el cual ya interviene un sistema profesional de referencias.

El sistema de referencia no es más que la red de relaciones profesionales del médico con otros de sus colegas, para establecer el curso a seguir en el tratamiento médico-terapéutico una vez que se decide el diagnóstico y pronóstico del daño a la salud para el que le está demandando servicios de atención médica.

Los dos ejes principales del proceso de atención médica, el comportamiento del cliente y del otorgante convergen en la utilización de los servicios, que a su vez debería aliviar un poco la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Según Frenk (1985) y Lara (2014), a lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, así como la tolerancia al dolor y a la incapacidad generada como secuela de diversos daños a la salud. Para Hulka (1985) y Mechanic (1995), esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio del deseo, búsqueda y utilización de servicios de salud desde diferentes enfoques, y a su vez ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios de salud en diferentes niveles de atención médica.

En el proceso de interacción de los usuarios de la atención médica y los proveedores de servicios de salud, encontramos varios modelos con elementos predictores del deseo, búsqueda y uso de servicios de salud. Para el caso de este artículo se delimitó el análisis a dos de los principales modelos desarrollados desde diferentes perspectivas; a saber, un modelo psicosocial y otro social que intentan abordar la etapa de deseo y búsqueda y continuación de la atención, etapas que son motivo de estudio de los modelos psicosociales y sociales.

Desde la perspectiva de tales modelos, podríamos decir que el deseo, búsqueda y uso de los servicios de salud viene a ser la consecuencia combinada de tres características principales:

- La percepción del estado de salud y de enfermedad en los planos individual y colectivo.
- El comportamiento del usuario a partir del deseo de atención y percepción del nivel de daño a su salud.
- Las decisiones del proveedor, pudiendo ser éste desde la práctica de salud institucional, tradicional o alternativa.

Modelos explicativos del deseo, búsqueda y uso de servicios de salud

Modelo psicosocial. Este modelo fue propuesto por Rosenstock (1986) y se basa fundamentalmente en el concepto inglés de "health behavior", o sea la actividad que realiza una persona que cree estar sana, con el propósito de prevenir la enfermedad y mantenerse sano. De acuerdo al principal enunciado de este modelo, se considera que la decisión de "buscar salud" es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de estadios o fases con una secuencia lógica, tal como lo propuso Green (2001); por consiguiente, y agregando la perspectiva de los resultados de Priego (2013), este modelo no intenta proporcionar una explicación exhaustiva de todas las acciones de salud, sino que trata la especificación de algunas variables que parecen contribuir significativamente en entender el comportamiento de los actores en el área de la salud. La mayoría de las variables usadas en el modelo son tomadas y adaptadas de la teoría psicosocial, y específicamente se incluyen dos tipos de variables propuestas por Dossier (1994):

- Variables relacionadas con el estado psicológico de alerta o aprehensión, para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad.
- Variables relacionadas con las creencias sobre los beneficios y barreras al utilizar estos servicios de salud preventivos.

Fielder (1981) agrega que la susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición de salud. Mientras que la severidad percibida de mantener un buen estado de salud, depende de las implicaciones y los efectos de la alteración del estado de salud-enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.

Respecto a las creencias y percepciones sobre los beneficios y barreras al utilizar los servicios, desde la propuesta de Liu (2000), se considera que la dirección que la acción ha de tomar es influenciada por las creencias referente a la efectividad de conocer alternativas disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad a la cual el individuo se siente sujeto; puede pensar que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo ve los inconvenientes, como el costo, lo desagradable, el dolor, etcétera.

También deben considerarse los factores precipitantes o detonantes. A este aspecto se menciona que el nivel de alerta o aprehensión provee la energía o fuerza para actuar, y la percepción de beneficios proporciona un patrón preferente de acción. En el área de la salud, Murray (2001) resalta que estos factores detonantes pueden ser internos (percepción del estado corporal) o externos, como la interacción interpersonal o el impacto de medios de comunicación masiva.

En conclusión, y siguiendo la propuesta del Institute of Medicine (2002), este modelo sugiere que una decisión para obtener una prueba de prevención o detección en ausencia de síntomas, y bajo el concepto de "health behavior", no deberá ser hecha a menos que se cumplan las siguientes condiciones: 1) que el individuo esté psicológicamente atento a realizar una acción respecto a una condición particular de salud; 2) que el individuo crea que la prevención es factible o apropiada para que él la use, reduciendo tanto su susceptibilidad detectada como la severidad percibida de la condición de salud, y que no existan barreras psicológicas a la acción propuesta, y 3) la presencia de un "detonante" o predispone para iniciar un proceso de búsqueda y obtención de servicios de salud limitados a acciones de promoción, prevención y mantenimiento o mejoramiento del estado de salud individual o colectivo.

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

El modelo de Tanner y Suchman (1983), desarrollado entre 1964 y 1966, enfatiza los aspectos socioculturales y ambientales sobre los determinantes de la utilización de los servicios de salud. Desde la perspectiva de estos autores, en este modelo se trabaja con lo que se ha dado en llamar "red de relaciones sociales". Cada quien tiene una red central social para resolver su vida, entrando en contacto con individuos; de esta forma, las características de las redes sociales de cada uno determinan el hecho de utilizar o no (automedicación) los servicios de salud ante la percepción de la enfermedad. Por lo tanto, los niveles de conocimiento que tenga el paciente, su red de relaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad y la disponibilidad de servicios, determinarán las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red de relación social que se activará dependiendo del daño a la salud, tal como lo sugiere Krieger (2001).

Cabe señalar que las críticas que ha tenido este modelo giran en torno a que la dimensión sociológica tiende a diluirse en el proceso de planeación e implementación de los recientes proyectos de reforma de los sistemas de salud en la mayoría de países del mundo. En efecto, esta situación se puede ilustrar en algunas estrategias como la descentralización de los servicios de salud, dado que las redes de relación social son constantes e individuales y actúan con mayor impacto en los niveles locales del equilibrio entre la oferta y la demanda. Ambos aspectos han sido evidenciados con hallazgos empíricos de estudios realizados por Hernández (2005) en algunos países de América Latina.

Por otra parte, Alun (2008) revisó los modelos teóricos de utilización de los servicios de atención médica: conductuales, sociopsicológicos y económicos; posteriormente desarrolló un modelo conductual que ha guiado su investigación y que subsecuentemente ha sido usado por muchos otros como Granda (2012). Esta propuesta de modelo considera que la utilización de los servicios de salud es una función de:

a) La necesidad misma de atención donde se engloban todos los factores asociados al proceso salud-enfermedad, y en este sentido la necesidad vista desde la perspectiva del consumidor y desde la del proveedor.

b) Los factores predisponentes: incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etcétera.

c) Los factores capacitantes: aquí engloba todos los aspectos que tienen que ver con la condición socioeconómica, dividiéndolos en recursos familiares y recursos comunitarios.

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

Se propone que para ver el acceso real a los servicios hay que considerar varios aspectos, es decir, la política de salud que se dé en un sistema determinará las características de los servicios y la utilización de los mismos, así como las características de la población y satisfacción de los usuarios.

En este sentido el modelo desarrollado comprende dos dimensiones:

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

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

Siguiendo con el desarrollo de modelos sociológicos, Mechanic (1995) desarrolló un modelo basado sobre la premisa de que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente. Este autor sugiere que la búsqueda de atención médica está basada en 10 determinantes:

1. Visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas.
2. El grado en el cual los síntomas son percibidos como peligrosos.
3. El grado en el cual los síntomas interfieren en la familia, el trabajo y otras actividades sociales.

4. La frecuencia y persistencia de los síntomas.
5. El umbral de tolerancia para los síntomas.
6. La disponibilidad de información y conocimiento.
7. Las necesidades básicas que llevan a tomar una decisión.
8. Otras necesidades que compitan con la respuesta a la enfermedad.
9. Interpretaciones que puedan ser dadas por los síntomas una vez que se han reconocido.
10. Disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones tomadas.

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

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

Así, los 10 determinantes y los dos niveles de definición supuestamente interactúan para influir en que una persona busque o no ayuda para un problema de salud. En sí, esta propuesta asume que la gente responde a los síntomas sobre la base de sus definiciones de la situación. Esta definición puede ser influenciada por la de otros, pero es ampliamente compartida por aprendizajes, socialización y experiencias pasadas, medidas por un marco cultural y social de la persona enferma.

Como otra referencia más reciente de los modelos sociológicos, está la propuesta de Brehil y Granda (2012), autores que consideran que el análisis de la demanda y utilización de los servicios de salud se puede situar en tres niveles de aproximación conceptual:

a) Nivel general: relacionado con la reproducción social.
b) Nivel particular: relacionado con la reproducción de la fuerza de trabajo.
c) Nivel específico: relacionado con la producción del individuo.

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

a) La senso-percepción de un problema.
b) El registro racional de la existencia del problema.
c) El planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema.
d) La selección de los medios de solución.

Etapas de la utilización / Modelos	Percepción de la necesidad	Deseo de Atención	Búsqueda de la atención	Obtención de la atención	Seguimiento de la atención
Modelo Psicosocial	XXX	XXX	X		
Modelo Social		X	XXX	XX	XX

Figura 2: Matriz sobre modelos de utilización y etapas del proceso de deseo, búsqueda, obtención y seguimiento de la atención médica.

XXX= Énfasis Mayor
XX= Énfasis Medio
X= Énfasis Menor

e) La ejecución de las actividades para la solución (demanda efectiva).

La senso-percepción aparece como un producto individual pero socialmente determinada, tanto por la vía de la historia precedente, como por la vía de la actividad económica que desarrolla el individuo. El paso de la senso-percepción al registro racional de la existencia del problema es igualmente histórico y determinado socialmente. Cada grupo social registra aquellos problemas que son prioritarios para la reproducción social, de la fuerza de trabajo y del individuo mismo (Williams, 2001; CEAS, 2014).

Por su parte, la aparición de la necesidad es la interpretación de la comunidad o del individuo de la existencia de un vacío o solución de continuidad que impide la reproducción social; en este mismo contexto, la producción de la necesidad constituye la respuesta ante el desgaste del campo social o la visualización del requerimiento de producción. Finalmente, de acuerdo a los análisis de Iriart (2001), la selección de los medios de solución y la ejecución de las actividades para la solución del problema de salud, están determinadas por la interpretación que el individuo da a la producción de la necesidad y al hecho de ejercitar la demanda. Esta demanda también es modulada por la oferta del sistema de salud, a través de una entrega tecnológico-instrumental determinada por las leyes de la distribución y del mercado.

Discusión y conclusiones

Tratando de plantear una propuesta de análisis que, además de las perspectivas psicosocial y social, tal como lo proponen algunos autores, en esta revisión y reflexión sobre diferentes niveles de aproximación conceptual, cerramos nuestro análisis con una propuesta que presenta las posibles interacciones entre los diferentes modelos revisados (ver Figura 2).

En la misma Figura 2 se propone una matriz integral y transdisciplinaria, donde se pueden apreciar esquemáticamente los principales aportes de los diferentes modelos revisados para el estudio de los determinantes y condicionantes del deseo, la búsqueda y la utilización de servicios de salud. En este sentido, del análisis de dicha matriz, concluimos lo siguiente: el modelo psicosocial enfatiza más su análisis en la etapa del deseo de la atención médica, dando también un aporte importante, aunque en menor grado a la etapa de continuidad de la atención (adherencia). El modelo social, además de centrarse en la etapa de búsqueda, también tiene aportes considerables en la etapa de percepción de la necesidad y en cuanto al camino a seguir en función de la accesibilidad.

De acuerdo al planteamiento de los diferentes modelos, el deseo, búsqueda y uso de servicios de salud, debe tomar en consideración la variabilidad en la percepción de los daños a la salud, de los medios con que se cuenta y de la disponibilidad, barreras y beneficios de los sistemas de salud. Por otra parte, parece razonable postular que el deseo, búsqueda y uso de los servicios de salud es la consecuencia combinada o integral de los modelos expuestos; sin embargo, valdría la pena cuestionarse ¿dichos modelos son complementarios o mutuamente excluyentes en el análisis de los determinantes del proceso en cuestión? y ¿entre las etapas que proceden

al deseo y la utilización efectiva de los servicios, existen una o dos que son altamente determinantes?

Para responder a la primera pregunta consideremos que, efectivamente, a la vez que entre ambas partes son excluyentes también son complementarios en el análisis; por ejemplo, algunos autores complementan su análisis con el apoyo de conceptos desarrollados en otros modelos. Tal es el caso de Mechanic (1995), que en su modelo se auxilia de Rosenstock (1985) con determinantes psicosociales, o que en algún momento al hablar de la demanda de servicios de salud acude al modelo de necesidades desde una perspectiva epidemiológica.

En relación al segundo cuestionamiento, más que señalar etapas determinantes, con el análisis de estos modelos podríamos hablar de factores definitivos que posteriormente puedan ubicarse en su etapa correspondiente.

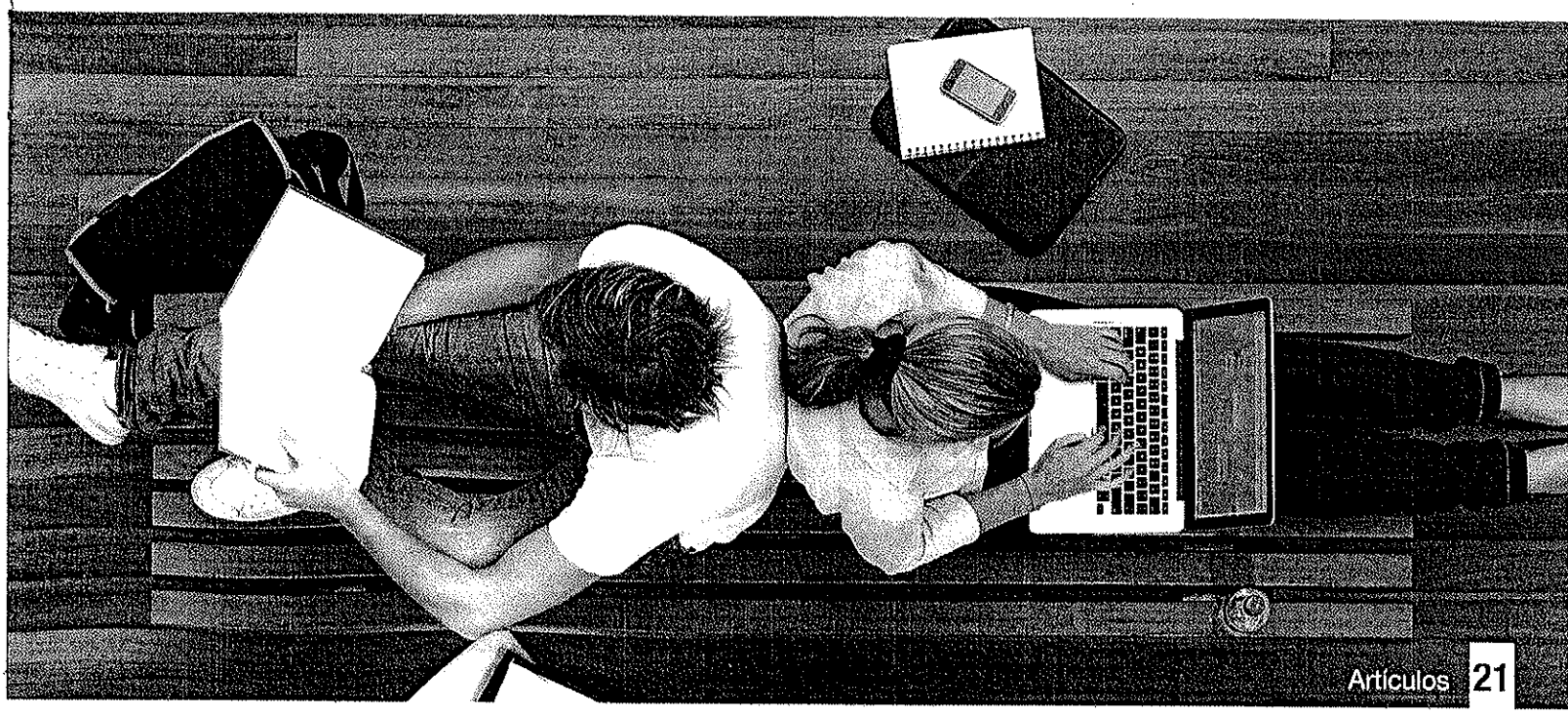
Por lo tanto, consideramos que los principales factores que afectan el deseo, búsqueda y utilización de los servicios de salud son: el deseo de atención dependiendo de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, las características sociodemográficas y culturales de la persona, y los factores económicos; a su vez, entre indicadores más importantes de estas categorías podemos ubicar la percepción de la enfermedad y su gravedad, la edad de las personas, la educación, el tamaño de la familia y el ingreso. Las razones de nuestra posición son las siguientes:

- Dependiendo de la percepción de la enfermedad, el usuario activará mecanismos en torno al deber de satisfacer la necesidad y esto lo hará en relación con su estado y su entorno psicosocial, su cultura, poder de compra y personalidad.
- Los usuarios, dependiendo de la edad, demandan distintos servicios de salud. Es decir, que la relación entre la edad y el uso de los servicios no es simplemente lineal ni es la misma para cada tipo de servicio.

- El sexo de la persona marca diferencias muy importantes en la necesidad de atención médica; así, la mujer en edad reproductiva necesitará de atención obstétrica, sin embargo el grado en que la demande dependerá de su conducta dentro de una sociedad determinada.

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

Los aportes de los modelos revisados deben ser objeto de validación en estudios de evaluación en sistemas de salud que permitan fortalecer y ajustar los diferentes indicadores y componentes. En efecto, este texto sólo tuvo como propósito plantear y reflexionar sobre los aportes del modelo sociológico y psicosocial en el proceso de búsqueda y seguimiento de la salud con fines de hacer efectivo el uso de servicios de salud. La utilidad de los aportes revisados quedará en evidencia al momento de validar en campo mediante proyectos de investigación para tal fin, incluso se sugiere que una vez generados los hallazgos empíricos, se trabaje en el desarrollo de un modelo integral y más inclusivo sobre los determinantes sociales y psicosociales en el uso de servicios de salud en México.



Citas y Notas

1. Investigador titular, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Profesor visitante, en periodo sabático, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal. armando.arredondo@insp.mx y armando.arredondo@umontreal.ca
2. Profesora, ULSAC. En periodo sabático: HEC-Universidad de Montreal.

Bibliografía

- Alun, Joseph. (2008). "Accesibilidad y utilización". *Tavistock*. Londres.
- Arredondo, A. y Alvarez, C. (2014). "El mercado de servicios médicos: algunas consideraciones sobre la oferta y la demanda en salud, en Javier López (editor), *Fundamentos de economía de la salud*. México: Coedición del Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social.
- Centro de Estudios y Asesoría en Salud. (2014). "Demanda y utilización de servicios". *Salud y Trabajo. Anuales de la Universidad de Cuenca*. CEAS.
- Donabedian, A. (1987). Aspectos de la administración de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica (1ª. edición).
- Dossier, N. (1994). "Experto en decisiones médicas en medicina del trabajo: un análisis sociológico". *Sociología de la Salud y la Enfermedad*, 16 (4), 489-414.
- Fielder, H. L. (1981). "Una revisión de la literatura sobre el acceso y la utilización de la atención médica". *Soc Sci & Med*, 21 (15), 129-142.
- Frenk, J. (1985, septiembre-octubre). "El concepto y la medición de la accesibilidad", en *Salud Pública de México*, 27 (5), 438-456.
- Granda, E. (2013). *Lineamientos teóricos sobre la demanda de los servicios de salud*. Mim. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador: CEAS.
- Hernández, P., Arredondo, A., Ortiz, C. y Rosenthal, G. (1995). "Desafíos para la economía de la salud en países de América Latina". *Revista de Saúde Pública*. Brasil, 29 (4), 324-331.
- Hulka, B. y Trigo, J. (1985). "Los patrones de utilización. Perspectiva del paciente en la asistencia médica". *Revista Médica*, 23 (5), 438-460.
- Instituto de Medicina. (2002). "Salud y comportamiento: interacciones entre biológica, conductual y de las influencias sociales". En Comisión de Salud y Comportamiento: Investigación, Práctica y Política, Junta de Neurociencias y Comportamiento de la Salud de Estados Unidos. Instituto de Medicina.
- Iriart, C., Elías, E. y Waitzkin, H. (2001). "Cuidando en América Latina el nuevo sentido común en la reforma de la política de salud". *Soc Sci & Med*, 52 (8), 1243-1254.
- Krieger, N. A. (2001). "Glosario para la epidemiología social". Jou de Epidemiol y Salud Comunitaria, 55, 693-700.
- Lara, N.; Tamez, S., Elbenschutz, C. y Morales, S. (2014). "Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: Una reflexión sobre el USO de métodos cualitativos en análisis CUALITATIVO", en *Salud, teoría, métodos y práctica*. México: UAM.
- Liu, X., Sturm, R. y Cuffe, B. (2000). "El impacto del cuidado a la salud previo sobre la utilización ambulatoria". *Care Medical Research*, 57 (2), 182-196.
- Mechanic, D. (1978). Dimensiones sociológicas del comportamiento de la enfermedad. *Soc Sci & Med*, 41 (9), 1207-1216.
- Murray, C. (2001). "Gasto y uso de servicios de salud de la infancia". *Journal of Behavioral Health*, 28 (3), 315-319.
- Priego, H., López, J. y Meneses, J. L. (2013). Encuesta de *Consumo-utilización de servicios de salud*. Tabasco: UJAT.
- Rosenstock, J. (1986). "¿Por qué la gente usa los servicios de salud" (segunda parte). *Milbank Fond Quaeterly*, 44 (3), 385-393.
- Tanner, L. (1983) "La predicción de la utilización de médico en la atención médica". *Health Services Research*, 20 (3), 263-269.
- Williams, S. (2001). "El imperialismo y la profesión de la medicina". *Revista Sociología de la Salud y la Enfermedad*, 23 (2), 135-158.
- Williamson, D. (2000). "Salud y sociedad: evidencia de que la relación no está condicionada a la suficiencia de los ingresos". *Soc Sci & Med*, 51 (12), 1741-1754.