

Salud y enfermedad en los Andes:

saberes, percepciones y demandas
de cuidado en comunidades rurales del Perú



Dr. Juan Miguel Ponce Loza PhD.
Dra. Lidia González Paucarhuanca
Dr. Jesús Víctor Zúñiga Huerta
Mg. Rosa María Muñoz Pizarro

Salud y enfermedad en los Andes
Saberes, percepciones y demandas de
cuidado en comunidades rurales del
Perú

Editor



Dr. Juan Miguel Ponce Loza PhD.

mponce@uns.edu.pe

 <https://orcid.org/0000-0001-9690-4693>

Universidad Nacional del Santa, Ancash – Perú

Dra. Lidia González Paucarhuanca

lidia.gonzalez@unsch.edu.pe

 <https://orcid.org/0000-0002-8722-6787>

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho - Perú

Dr. Jesús Víctor Zúñiga Huerta

jzunigah@unasam.edu.pe

 <https://orcid.org/0000-0003-4322-3127>

Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Ancash – Perú

Mg. Rosa María Muñoz Pizarro

rosa.munoz@uwiener.edu.pe

 <https://orcid.org/0000-0003-4861-2527>

Universidad Norbert Wiener, Lima - Perú

RESEÑA

Salud y enfermedad en los Andes: Saberes, percepciones y demandas de cuidado en comunidades rurales del Perú es una obra que analiza de manera integral cómo las poblaciones rurales comprenden el proceso salud–enfermedad y cómo dichas concepciones se traducen en formas concretas de demanda de cuidado. El libro articula fundamentos teóricos contemporáneos con evidencia empírica obtenida en comunidades del distrito de Santa, ofreciendo una mirada situada en el contexto andino.

La obra parte de una reflexión crítica sobre la evolución del concepto de salud, abordando las tensiones entre el modelo biomédico tradicional y enfoques integrales como el biopsicosocial y la determinación social de la salud. Desde esta base conceptual, el texto profundiza en las distintas maneras en que las comunidades interpretan la enfermedad, integrando dimensiones culturales, sociales y espirituales propias del entorno rural andino.

Uno de los aportes centrales del libro es el análisis de las demandas del cuidado de la salud, diferenciando entre demanda curativa, promotora y espiritual. A través de un estudio descriptivo correlacional aplicado a pobladores rurales de Áncash, se evidencia una relación significativa entre la visión predominante del proceso salud–enfermedad y el tipo de demanda expresada. Los hallazgos muestran el predominio de una visión biomédica asociada a una demanda curativa, sin dejar de reconocer la presencia de perspectivas más integrales que abren posibilidades hacia una atención más preventiva y comunitaria.

La obra destaca por integrar teoría, metodología y análisis contextual en un lenguaje académico claro y estructurado. Además, propone reflexiones orientadas a la transformación del sistema de salud local, enfatizando la necesidad de fortalecer la alfabetización sanitaria, reformar la formación profesional y reorientar políticas públicas hacia un enfoque más integral y equitativo.

En conjunto, este libro constituye un aporte relevante para investigadores, profesionales de la salud, gestores públicos y estudiantes interesados en comprender las dinámicas de salud en contextos rurales andinos. Más allá de describir datos, invita a

repensar la relación entre saberes comunitarios, percepciones culturales y organización institucional del cuidado, situando el debate en el escenario concreto de las comunidades rurales de Áncash.

ÍNDICE

RESEÑA.....	1
INTRODUCCION.....	7
CAPÍTULO I. VISIÓN DEL PROCESO SALUD–ENFERMEDAD	10
1.1 Referentes teóricos	11
1.1.1 Evolución histórica del concepto salud–enfermedad	12
1.1.2 Consolidación del modelo biomédico	14
1.1.3 Críticas al reduccionismo biologicista.....	16
1.1.4 Surgimiento del modelo social	18
1.1.5 Determinación social de la salud en América Latina	20
1.1.6 Enfoques contemporáneos de complejidad en salud	21
1.1.7 Salud intercultural y contextos rurales	23
1.2 Nociones básicas de la visión del proceso salud–enfermedad	24
1.2.1 Definición conceptual.....	25
1.2.2 Dimensiones del modelo biomédico.....	26
1.2.3 Dimensiones del modelo biopsicosocial.....	28
1.2.4 Dimensiones del modelo social	29
1.2.5 Factores socioculturales que moldean la visión sanitaria.....	31
1.2.6 Implicancias prácticas en la toma de decisiones	32
CAPÍTULO II. DEMANDAS DEL CUIDADO DE LA SALUD	36
2.1 Referentes teóricos	37
2.1.1 Concepto de necesidad y demanda en salud.....	38
2.1.2 Modelos explicativos del uso de servicios de salud	40
2.1.3 Modelo de Andersen.....	41
2.1.4 Determinantes sociales y accesibilidad	42
2.1.5 Economía sanitaria y comportamiento de demanda	44
2.1.6 Enfoque crítico latinoamericano.....	45
2.1.7 Espiritualidad y salud en contextos comunitarios	47
2.2 Nociones básicas de las demandas del cuidado de la salud.....	48
2.2.1 Definición conceptual.....	49
2.2.2 Demanda curativa	50
2.2.3 Demanda promotora de salud	52

2.2.4 Demanda espiritual	53
2.2.5 Factores que condicionan el tipo de demanda	55
2.2.6 Relación entre alfabetización sanitaria y demanda.....	56
CAPÍTULO III. CASO DE ESTUDIO: COMUNIDADES RURALES DEL DISTRITO DE SANTA, ÁNCASH	60
3.1 Diseño metodológico	61
3.1.1 Enfoque y tipo de investigación	62
3.1.2 Población y criterios de inclusión.....	63
3.1.3 Instrumento de recolección de datos	64
3.1.4 Procedimiento.....	65
3.1.5 Procesamiento y análisis estadístico.....	66
3.1.6 Consideraciones éticas.....	67
3.2 Resultados.....	68
3.2.1 Visión del proceso salud–enfermedad.....	70
3.2.2 Demandas del cuidado de la salud.....	70
3.2.3 Relación entre variables.....	71
3.2.4 Análisis estadístico (Chi cuadrado)	72
3.2.5 Estimación de riesgo (OR)	73
3.3 Análisis integrador del caso.....	74
3.3.1 Predominio biomédico en contexto rural	75
3.3.2 Asociación entre demanda curativa y visión biomédica	76
3.3.3 Implicancias para el sistema de salud local	78
REFLEXIONES FINALES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

INTRODUCCION

En las últimas décadas, el concepto de salud ha experimentado profundas transformaciones. Lejos de entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad, la salud se reconoce hoy como una condición dinámica que involucra dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales. Esta ampliación conceptual responde a cambios científicos, sociales y políticos que han evidenciado que el bienestar humano no depende exclusivamente del funcionamiento biológico del cuerpo, sino también de las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen. En este marco, la salud se configura como un proceso complejo, influido por múltiples factores interrelacionados, y no como un estado estático o aislado.

Sin embargo, pese a esta evolución conceptual, en la práctica cotidiana persiste una marcada predominancia del enfoque biomédico. Este paradigma, centrado en la identificación de alteraciones orgánicas y en la intervención técnica para corregirlas, ha sido históricamente exitoso en el control de enfermedades infecciosas y en el desarrollo de tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Su solidez científica y su capacidad de ofrecer resultados observables han consolidado su legitimidad social. No obstante, esta mirada tiende a reducir el proceso salud-enfermedad a una dimensión estrictamente biológica, dejando en segundo plano factores psicológicos, sociales, económicos y culturales que también influyen de manera decisiva en la experiencia de enfermar y en la recuperación.

Frente a esta perspectiva reduccionista, emergen enfoques integrales que proponen comprender la salud desde una visión más amplia. Estos enfoques reconocen la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social, así como la influencia de las condiciones estructurales de vida en la generación de enfermedad y en las posibilidades de cuidado. Desde esta mirada, la salud no puede desvincularse del contexto comunitario, de las desigualdades sociales ni de los recursos disponibles en el entorno. Así, el tránsito entre salud y enfermedad se entiende como un proceso complejo que involucra tanto dimensiones individuales como colectivas.

En este escenario, las demandas sociales hacia los sistemas de salud también han cambiado. La población no solo busca tratamiento para enfermedades ya instaladas, sino que exige calidad, oportunidad, respeto cultural, participación y respuestas integrales que

contemplan sus necesidades reales. Sin embargo, en muchos contextos, la organización institucional continúa priorizando la atención curativa por encima de la promoción y la prevención, generando un desbalance entre lo que las personas requieren y lo que el sistema ofrece. Esta situación puede traducirse en insatisfacción, uso tardío de servicios o predominio de demandas centradas exclusivamente en la resolución inmediata de síntomas.

Las brechas entre la oferta institucional y la percepción comunitaria se hacen más visibles en territorios rurales, donde las condiciones socioeconómicas, culturales y geográficas influyen de manera significativa en la forma en que se concibe la salud y se decide buscar atención. En estos espacios, las creencias, la experiencia cotidiana y la interacción con el sistema sanitario moldean la manera en que las personas interpretan sus síntomas y definen cuándo y cómo acudir a los servicios de salud. No todas las necesidades percibidas se transforman en demandas efectivas, y no todas las demandas responden a una comprensión integral del proceso salud-enfermedad.

El distrito de Santa, en la región Áncash, presenta características propias de un contexto rural donde convergen dinámicas sociales, económicas y culturales que influyen en las prácticas de cuidado. La organización de los servicios de salud, las condiciones de acceso y las experiencias previas con el sistema sanitario pueden contribuir a consolidar determinadas visiones sobre la salud y la enfermedad. Comprender estas percepciones resulta fundamental para diseñar estrategias que respondan de manera pertinente a las necesidades locales.

En este contexto surge la interrogante central que orienta esta obra: ¿cómo se relaciona la visión del proceso salud-enfermedad con las demandas de cuidado de la salud en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash? La premisa de partida sostiene que la manera en que las personas comprenden la salud influye directamente en el tipo de atención que demandan. Si la salud se concibe principalmente como ausencia de patología, es probable que la búsqueda de atención se active ante la presencia de síntomas evidentes y se oriente hacia soluciones curativas. Por el contrario, una visión más integral podría favorecer demandas orientadas a la promoción, la prevención o incluso a dimensiones sociales y espirituales del cuidado.

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la visión del proceso salud-enfermedad y las demandas de cuidado de la salud en comunidades rurales del distrito de Santa. Para ello, se exploran las distintas concepciones predominantes en la población y se examina cómo estas se vinculan con los tipos de demanda que emergen frente a una necesidad percibida de atención sanitaria.

El presente libro se organiza en tres grandes apartados. En primer lugar, se desarrolla el marco teórico correspondiente a cada una de las variables de estudio, profundizando en sus fundamentos conceptuales y en los enfoques contemporáneos que permiten comprenderlas. En segundo lugar, se presenta el caso de estudio realizado en el distrito de Santa, donde se describen la metodología empleada y los resultados obtenidos. Finalmente, se ofrecen conclusiones y reflexiones orientadas a fortalecer una comprensión integral del proceso salud-enfermedad y a promover transformaciones en la formación profesional, en la organización de los servicios y en las políticas públicas de salud.

De esta manera, la obra busca aportar evidencia y reflexión crítica sobre la necesidad de superar enfoques exclusivamente curativos y avanzar hacia modelos de atención más integrales, contextualizados y coherentes con las realidades sociales de las comunidades rurales.

CAPÍTULO I

VISIÓN DEL PROCESO SALUD– ENFERMEDAD

Comprender el proceso salud–enfermedad implica reconocer que no se trata de dos estados opuestos y excluyentes, sino de un continuo dinámico en el que interactúan múltiples dimensiones de la vida humana. A lo largo de la historia, la forma de interpretar este proceso ha variado según los contextos culturales, los avances científicos y las estructuras sociales predominantes. Cada época ha construido su propia manera de explicar por qué las personas enferman, qué significa estar sano y cuál es la respuesta adecuada frente al sufrimiento o la alteración del bienestar.

Durante siglos, las explicaciones sobre la enfermedad estuvieron ligadas a creencias religiosas, concepciones mágicas o interpretaciones morales. Con el desarrollo del pensamiento científico moderno, estas explicaciones fueron desplazadas por una visión centrada en causas biológicas específicas y verificables. Este giro permitió grandes avances en el control de enfermedades infecciosas, en la cirugía y en la farmacología, consolidando un modelo que entiende la salud principalmente como el correcto funcionamiento del organismo. Así se configuró una perspectiva que privilegia el diagnóstico clínico, la evidencia objetiva y la intervención técnica como eje central del cuidado.

Sin embargo, con el paso del tiempo se hizo evidente que este enfoque resultaba insuficiente para explicar fenómenos complejos como las enfermedades crónicas, los trastornos mentales, las desigualdades en salud y las diferencias en la experiencia subjetiva de enfermar. La realidad mostró que factores emocionales, familiares, laborales, económicos y culturales influyen tanto en la aparición de la enfermedad como en su evolución y tratamiento. Este reconocimiento dio lugar a enfoques más integrales que incorporan dimensiones psicológicas y sociales en la comprensión del proceso salud–enfermedad.

Desde esta perspectiva ampliada, la salud deja de ser únicamente un fenómeno biológico individual para convertirse en un proceso socialmente condicionado. Las condiciones de vida, el acceso a recursos, la educación, el trabajo y las relaciones comunitarias influyen de manera decisiva en las posibilidades de mantenerse sano o de recuperar el bienestar. Así, la enfermedad no puede entenderse de forma aislada del entorno en el que se produce, ni la atención sanitaria puede limitarse exclusivamente a la intervención clínica.

En este sentido, la visión que las personas adoptan sobre el proceso salud–enfermedad no es neutra ni accidental. Se construye a partir de experiencias personales, aprendizajes familiares, discursos institucionales y prácticas sociales. Dicha visión orienta la manera en que se interpretan los síntomas, se decide buscar atención y se evalúa la efectividad del cuidado recibido. Por ello, analizar las distintas concepciones existentes resulta fundamental para comprender los comportamientos sanitarios y las demandas que emergen en una comunidad determinada.

El presente capítulo se propone examinar las principales corrientes teóricas que han configurado la comprensión contemporánea del proceso salud–enfermedad, así como desarrollar las nociones básicas que permiten caracterizar esta variable en el marco del estudio realizado. A través de un recorrido conceptual y analítico, se busca ofrecer una visión amplia y fundamentada que sirva de base para interpretar los hallazgos empíricos presentados en capítulos posteriores.

1.1 Referentes teóricos

El estudio del proceso salud–enfermedad ha sido abordado desde múltiples corrientes de pensamiento que han intentado explicar su origen, desarrollo y significado en la vida de las personas y las sociedades. Cada marco teórico ha aportado categorías de análisis específicas, reflejando no solo avances científicos, sino también transformaciones culturales, políticas y económicas. Por ello, comprender los referentes teóricos que sustentan esta variable implica reconocer que la salud no es un concepto estático, sino una construcción histórica que evoluciona según el contexto.

Los enfoques iniciales estuvieron marcados por explicaciones naturalistas y posteriormente por interpretaciones científicas centradas en el cuerpo y en la causalidad

biológica. Con el desarrollo de la medicina moderna, el paradigma biomédico adquirió hegemonía al ofrecer respuestas concretas y verificables frente a enfermedades infecciosas y agudas. Este modelo consolidó una manera de entender la enfermedad como alteración orgánica específica, susceptible de diagnóstico y tratamiento técnico.

No obstante, la creciente complejidad de los problemas de salud, el incremento de enfermedades crónicas y las evidentes desigualdades sanitarias impulsaron el surgimiento de perspectivas más amplias. Así, se incorporaron dimensiones psicológicas, sociales y estructurales al análisis del proceso salud–enfermedad, dando lugar a modelos integrales que cuestionan el reduccionismo biológico. Estas corrientes enfatizan que el bienestar y el sufrimiento no pueden explicarse exclusivamente desde la fisiología, sino que deben situarse en el entramado de relaciones sociales, condiciones de vida y experiencias subjetivas.

En América Latina, además, se desarrollaron enfoques críticos que vinculan la salud con procesos históricos y con dinámicas de poder, subrayando la influencia de las desigualdades estructurales en la distribución de la enfermedad. Desde esta mirada, el proceso salud–enfermedad se entiende como parte de un fenómeno social más amplio, atravesado por determinantes económicos, culturales y políticos.

El análisis de estos referentes teóricos permite identificar las bases conceptuales que sustentan las distintas visiones del proceso salud–enfermedad presentes en la población. Asimismo, ofrece un marco interpretativo para comprender cómo dichas visiones influyen en las decisiones relacionadas con el cuidado y en las demandas que emergen frente a una necesidad percibida de atención sanitaria.

1.1.1 Evolución histórica del concepto salud–enfermedad

La comprensión del proceso salud–enfermedad ha experimentado transformaciones profundas a lo largo de la historia, reflejando los cambios en el pensamiento científico, las estructuras sociales y las cosmovisiones culturales. En sus primeras etapas, las explicaciones sobre la enfermedad estuvieron vinculadas a interpretaciones mágico-religiosas, donde el padecimiento era entendido como castigo divino, desequilibrio espiritual o intervención sobrenatural. Estas concepciones no

distinguían claramente entre cuerpo, mente y entorno, y situaban la enfermedad dentro de un marco simbólico y moral.

Con el desarrollo de la medicina hipocrática se produjo un giro hacia explicaciones naturalistas, basadas en el equilibrio de los humores corporales. Sin embargo, fue a partir de la Revolución Científica y del avance del método experimental cuando se consolidó una visión más sistemática y empírica de la enfermedad. Durante los siglos XVIII y XIX, los descubrimientos en anatomía patológica y posteriormente en microbiología marcaron un punto de inflexión. Las investigaciones de Pasteur y Koch demostraron la existencia de agentes etiológicos específicos responsables de enfermedades infecciosas, lo que fortaleció la idea de causalidad biológica directa y verificable.

Este proceso dio lugar al predominio del modelo biomédico, el cual definió la salud como la ausencia de enfermedad y concibió el cuerpo humano como una máquina susceptible de diagnóstico y reparación técnica. Bajo esta perspectiva, la enfermedad pasó a entenderse como una alteración orgánica localizada, identificable mediante signos objetivos y susceptible de tratamiento mediante intervenciones médicas específicas (Engel, 1977). El éxito de los antibióticos, las vacunas y los avances quirúrgicos consolidó la legitimidad de este paradigma, que se convirtió en el eje estructurante de los sistemas de salud modernos.

No obstante, durante el siglo XX comenzaron a evidenciarse limitaciones importantes de esta visión reduccionista. El aumento de enfermedades crónicas, los trastornos mentales y los problemas de salud asociados a estilos de vida y condiciones sociales mostraron que no todas las patologías podían explicarse únicamente desde la biología. En este contexto emergieron enfoques que ampliaron la comprensión del proceso salud–enfermedad hacia dimensiones psicológicas y sociales.

Un hito relevante fue la redefinición del concepto de salud en la primera mitad del siglo XX, cuando se propuso entenderla como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones. Esta formulación permitió reconocer que la salud está vinculada con condiciones de vida, relaciones sociales y entornos culturales, ampliando el horizonte conceptual más allá del ámbito clínico.

Posteriormente, el modelo biopsicosocial planteado por Engel (1977) propuso integrar factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión del proceso salud–enfermedad, cuestionando la fragmentación del modelo biomédico. Desde esta perspectiva, la enfermedad no es únicamente una alteración fisiológica, sino una experiencia que involucra emociones, comportamientos y contextos relacionales.

De manera complementaria, surgieron enfoques centrados en los determinantes sociales de la salud, los cuales sostienen que las desigualdades económicas, educativas y laborales influyen de manera decisiva en la distribución de la enfermedad en la población (Dahlgren & Whitehead, 1991). En América Latina, la epidemiología crítica profundizó esta mirada al señalar que el proceso salud–enfermedad está condicionado por estructuras históricas y relaciones de poder que generan inequidades estructurales (Breilh, 2021).

En las últimas décadas, el concepto ha evolucionado hacia una visión aún más dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida y como la capacidad de las personas para mantener un equilibrio adecuado según su edad y contexto social (Mariano, Ramos & Fernández, 2021). Esta interpretación reconoce la interacción constante entre individuo y entorno, así como la importancia de factores culturales y comunitarios en la experiencia de bienestar o enfermedad.

En síntesis, la evolución histórica del concepto salud–enfermedad evidencia un tránsito desde explicaciones mágico-religiosas hacia modelos científicos centrados en la biología, y posteriormente hacia enfoques integrales que incorporan dimensiones psicológicas, sociales y estructurales. Esta trayectoria no implica la sustitución total de un paradigma por otro, sino la coexistencia de múltiples visiones que influyen en la manera en que las personas comprenden su salud y orientan sus decisiones de cuidado.

1.1.2 Consolidación del modelo biomédico

La consolidación del modelo biomédico constituye uno de los procesos más influyentes en la historia de la medicina moderna y en la configuración de los sistemas de salud contemporáneos. Este paradigma se estructura sobre la idea de que la enfermedad tiene una causa biológica identificable y que el cuerpo humano puede ser analizado como un sistema orgánico susceptible de diagnóstico objetivo e intervención técnica. Bajo esta

perspectiva, la salud se define fundamentalmente como la ausencia de patología detectable.

El fortalecimiento de este modelo se vincula estrechamente con los avances científicos ocurridos entre los siglos XVIII y XIX. El desarrollo de la anatomía patológica permitió localizar lesiones específicas en órganos y tejidos, mientras que la microbiología demostró la existencia de agentes etiológicos concretos responsables de enfermedades infecciosas. Estos hallazgos consolidaron una visión causal lineal, donde a cada enfermedad correspondía un agente o alteración fisiológica precisa. Este enfoque resultó particularmente exitoso en el control de epidemias y en la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas, lo que otorgó gran legitimidad social y científica al paradigma biomédico.

Durante el siglo XX, la incorporación de tecnologías diagnósticas —como análisis de laboratorio, radiografías y posteriormente técnicas de imagen más sofisticadas— reforzó la objetividad del modelo. El desarrollo de antibióticos, vacunas y procedimientos quirúrgicos especializados fortaleció la idea de que la intervención médica podía “corregir” fallas orgánicas específicas. En consecuencia, la medicina pasó a organizarse alrededor del diagnóstico clínico, la especialización por órganos o sistemas y la terapéutica farmacológica (Engel, 1977).

El modelo biomédico también se institucionalizó en la formación profesional. Las carreras de medicina y enfermería se estructuraron en torno al estudio de la fisiopatología, la semiología y la intervención clínica, priorizando la dimensión biológica del proceso salud–enfermedad. Este enfoque contribuyó a la fragmentación del conocimiento en especialidades, lo que permitió profundizar en áreas específicas, pero también redujo la mirada integral del sujeto (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

A nivel organizacional, los sistemas de salud adoptaron estructuras hospitalocéntricas y orientadas al tratamiento de enfermedades agudas. Los indicadores de desempeño comenzaron a centrarse en tasas de mortalidad, morbilidad, procedimientos realizados y resultados clínicos medibles, reforzando una lógica tecnocéntrica del cuidado. Asimismo, los esquemas de financiamiento y aseguramiento

privilegiaron intervenciones diagnósticas y terapéuticas, consolidando el predominio de la atención curativa.

No obstante, el modelo biomédico no solo se consolidó en el ámbito institucional, sino también en el imaginario social. La población comenzó a asociar la enfermedad con alteraciones físicas específicas y a confiar en pruebas diagnósticas y medicamentos como soluciones objetivas y eficaces. La difusión mediática de avances médicos y el papel de la industria farmacéutica contribuyeron a reforzar esta representación de la salud centrada en el cuerpo y en la intervención técnica.

A pesar de su solidez científica y de los avances indiscutibles que ha generado, el modelo biomédico ha sido objeto de críticas por su carácter reduccionista. Se le cuestiona por limitar la comprensión de la enfermedad a la dimensión orgánica, excluyendo factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en la experiencia del paciente. Estas críticas dieron lugar al surgimiento de enfoques más integrales, aunque sin desplazar completamente la hegemonía biomédica (Breilh, 2021).

En síntesis, la consolidación del modelo biomédico fue el resultado de avances científicos, institucionalización académica, organización hospitalaria y legitimación social. Su éxito en el control de enfermedades y en la generación de soluciones terapéuticas efectivas lo convirtió en el paradigma dominante de la medicina moderna. Sin embargo, su predominio también ha condicionado la manera en que las personas comprenden el proceso salud–enfermedad y orientan sus demandas de atención, aspecto central en el análisis de la presente investigación.

1.1.3 Críticas al reduccionismo biologicista

El predominio del modelo biomédico en la medicina moderna generó importantes avances científicos y tecnológicos; sin embargo, también dio lugar a cuestionamientos respecto a su carácter reduccionista. El reduccionismo biologicista se refiere a la tendencia a explicar el proceso salud–enfermedad exclusivamente desde alteraciones orgánicas o fisiológicas, minimizando o excluyendo factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en la experiencia del individuo. Esta mirada fragmenta al sujeto, centrándose en órganos, tejidos o sistemas, y relegando la complejidad del contexto en el que la enfermedad se desarrolla.

Una de las principales críticas surge de la evidencia de que numerosas condiciones de salud no pueden explicarse únicamente por causas biológicas. Las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y los padecimientos relacionados con el estrés o con estilos de vida muestran una fuerte asociación con variables sociales, económicas y emocionales. La experiencia de enfermar no depende solo de la presencia de un agente etiológico, sino también de factores como el entorno familiar, el nivel educativo, las condiciones laborales y las redes de apoyo social (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Asimismo, el reduccionismo biologicista ha sido cuestionado por su impacto en la relación médico–paciente. Al priorizar datos clínicos y resultados diagnósticos, puede descuidar la dimensión subjetiva del sufrimiento, limitando la escucha activa y la comprensión integral del paciente. Engel (1977) señaló que el enfoque estrictamente biomédico resulta insuficiente para abordar la complejidad del proceso salud–enfermedad, proponiendo la necesidad de integrar variables psicológicas y sociales en la práctica clínica.

Otra crítica relevante se relaciona con la fragmentación del conocimiento y la hiper-especialización. Si bien la división por especialidades permitió profundizar en áreas específicas, también contribuyó a una visión parcelada del individuo, donde cada profesional aborda una parte del cuerpo sin necesariamente considerar el conjunto de condiciones que afectan al paciente. Esta lógica puede generar intervenciones desarticuladas y una atención centrada más en la patología que en la persona.

Desde perspectivas latinoamericanas, se ha señalado que el reduccionismo biologicista invisibiliza las desigualdades estructurales que determinan la distribución de la enfermedad en la población. La epidemiología crítica sostiene que los procesos históricos, económicos y políticos influyen de manera decisiva en las condiciones de vida y, por ende, en los perfiles epidemiológicos de las comunidades (Breilh, 2021). En este sentido, limitar la explicación a causas biológicas puede ocultar factores estructurales como pobreza, exclusión social o precariedad laboral.

Además, el énfasis en indicadores clínicos cuantificables favorece intervenciones orientadas a la curación de síntomas, dejando en segundo plano acciones de promoción y

prevención. Los sistemas de salud organizados bajo esta lógica tienden a priorizar procedimientos y tratamientos farmacológicos, reforzando una cultura sanitaria centrada en la enfermedad más que en el bienestar integral (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

Las críticas al reduccionismo biologicista no buscan negar los aportes del modelo biomédico, sino señalar sus limitaciones cuando se aplica de manera exclusiva. Reconocer la multidimensionalidad del proceso salud–enfermedad implica incorporar dimensiones subjetivas, sociales y culturales que influyen tanto en la aparición de la enfermedad como en la forma en que las personas interpretan sus síntomas y demandan atención.

En consecuencia, estas críticas abrieron el camino hacia modelos más integrales, como el biopsicosocial y los enfoques de determinación social de la salud, los cuales amplían el horizonte interpretativo y permiten comprender la salud como un fenómeno complejo, dinámico y contextualizado. Esta transición resulta clave para analizar cómo las distintas visiones del proceso salud–enfermedad influyen en las demandas de cuidado observadas en la población estudiada.

1.1.4 Surgimiento del modelo social

La determinación social de la salud en América Latina surge como una corriente crítica que amplía la comprensión del proceso salud–enfermedad más allá de factores individuales o meramente conductuales. A diferencia de enfoques que hablan de “determinantes” como variables aisladas, la perspectiva latinoamericana enfatiza la existencia de procesos estructurales históricos, económicos y políticos que configuran las condiciones de vida y, por ende, las posibilidades de enfermar o mantenerse sano. En este marco, la salud no es vista como un fenómeno individual, sino como una expresión de la organización social.

Esta corriente se desarrolló en el contexto de profundas desigualdades sociales en la región, donde amplios sectores de la población enfrentan pobreza, exclusión, precariedad laboral y limitado acceso a servicios básicos. Tales condiciones no solo aumentan la exposición a riesgos sanitarios, sino que también restringen las oportunidades de prevención, atención o recuperación. Desde esta perspectiva, las

enfermedades no se distribuyen de manera aleatoria, sino que siguen patrones vinculados a la estructura social y a la distribución desigual de recursos (Breilh, 2021).

El enfoque de determinación social plantea que la salud está condicionada por múltiples niveles interrelacionados. En un nivel macro, influyen políticas económicas, modelos de desarrollo y sistemas de protección social. En un nivel intermedio, intervienen condiciones de vivienda, educación, empleo y entorno ambiental. Finalmente, en un nivel individual, se expresan estilos de vida, conductas y factores biológicos. Esta mirada integral permite comprender cómo las decisiones estructurales impactan en la vida cotidiana de las personas y en su experiencia de salud o enfermedad.

En contraste con modelos centrados exclusivamente en la atención clínica, la determinación social de la salud propone intervenir sobre las causas estructurales que generan inequidades. Esto implica promover políticas públicas orientadas a reducir desigualdades, fortalecer la educación, garantizar condiciones laborales dignas y mejorar el acceso equitativo a servicios sanitarios. Desde esta visión, la prevención y la promoción de la salud adquieren un papel central, ya que buscan modificar las condiciones que originan la enfermedad.

En América Latina, la epidemiología crítica ha sido un pilar fundamental en el desarrollo de este enfoque. Se sostiene que el proceso salud–enfermedad está atravesado por relaciones de poder, dinámicas económicas y procesos históricos que determinan la vulnerabilidad de ciertos grupos sociales. Así, la salud se entiende como parte de un fenómeno social más amplio, vinculado con la justicia social y la equidad (Breilh, 2021).

Asimismo, esta perspectiva reconoce la importancia de las culturas locales y de las cosmovisiones comunitarias en la interpretación de la enfermedad. En contextos rurales y en poblaciones con tradiciones propias, la manera de entender la salud puede diferir significativamente de la lógica biomédica predominante. Por ello, la determinación social también invita a considerar la diversidad cultural y la participación comunitaria en el diseño de políticas y estrategias de atención.

En síntesis, la determinación social de la salud en América Latina constituye un marco teórico que permite comprender el proceso salud–enfermedad como resultado de condiciones estructurales históricamente configuradas. Esta visión resulta clave para

analizar las desigualdades presentes en contextos rurales y para interpretar cómo las concepciones sobre la salud influyen en las demandas de cuidado que emergen en una comunidad determinada.

1.1.5 Determinación social de la salud en América Latina

La determinación social de la salud en América Latina constituye un enfoque teórico y político que replantea profundamente la manera de comprender el proceso salud–enfermedad. A diferencia de aproximaciones que analizan factores aislados como “determinantes”, esta perspectiva sostiene que la salud está configurada por procesos estructurales históricos, económicos y sociales que condicionan de manera sistemática las oportunidades de bienestar o enfermedad. En este sentido, la enfermedad no es simplemente el resultado de decisiones individuales o de exposiciones biológicas, sino la expresión concreta de desigualdades estructurales.

En el contexto latinoamericano, caracterizado por marcadas brechas socioeconómicas, informalidad laboral, desigual distribución del ingreso y limitaciones en el acceso a servicios básicos, la salud se encuentra estrechamente vinculada a las condiciones materiales de existencia. Factores como vivienda inadecuada, empleo precario, baja escolaridad y exclusión social influyen directamente en la vulnerabilidad frente a riesgos sanitarios. Desde esta mirada, la distribución de enfermedades responde a patrones sociales claramente identificables y no a fenómenos aleatorios (Breilh, 2021).

La epidemiología crítica latinoamericana ha sido una de las principales corrientes que fundamentan esta visión. Propone analizar el proceso salud–enfermedad dentro de un marco de determinación social que articula distintos niveles: el nivel estructural, relacionado con el modelo económico y las políticas públicas; el nivel particular, vinculado a las condiciones de vida de grupos sociales específicos; y el nivel individual, donde se expresan procesos biológicos y conductuales. Estos niveles no actúan de manera independiente, sino interrelacionada, configurando perfiles epidemiológicos diferenciados en función de la posición social (Breilh, 2021).

Este enfoque también cuestiona la neutralidad aparente de los sistemas de salud. Señala que las políticas sanitarias, los modelos de atención y la distribución de recursos responden a decisiones políticas que pueden reproducir o reducir desigualdades. Por ello,

la determinación social de la salud no solo describe fenómenos, sino que propone intervenciones orientadas a la equidad y a la transformación de las condiciones estructurales que generan enfermedad.

Asimismo, en América Latina se reconoce la importancia de la diversidad cultural en la construcción del proceso salud–enfermedad. Las cosmovisiones indígenas, campesinas y rurales aportan interpretaciones propias sobre el bienestar, el sufrimiento y el cuidado. Estas perspectivas enriquecen el análisis al incorporar dimensiones comunitarias y espirituales que suelen quedar relegadas en modelos exclusivamente biomédicos.

En síntesis, la determinación social de la salud en América Latina ofrece un marco integral para comprender cómo las desigualdades históricas y estructurales configuran la experiencia sanitaria de las poblaciones. Esta perspectiva resulta especialmente relevante en contextos rurales, donde las condiciones socioeconómicas y culturales influyen de manera decisiva en la forma en que las personas conciben la salud y en el tipo de demandas de cuidado que emergen frente a una necesidad percibida.

1.1.6 Enfoques contemporáneos de complejidad en salud

En las últimas décadas, el estudio del proceso salud–enfermedad ha incorporado enfoques contemporáneos basados en la teoría de la complejidad, los cuales buscan superar visiones lineales y reduccionistas. Estos enfoques parten del supuesto de que la salud no puede explicarse mediante relaciones simples de causa–efecto, sino que emerge de la interacción dinámica entre múltiples sistemas biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Desde esta perspectiva, el individuo no es un ente aislado, sino un nodo dentro de redes interdependientes que influyen de manera recíproca.

La teoría de sistemas complejos propone que los fenómenos sanitarios deben entenderse como procesos no lineales, donde pequeñas variaciones en un nivel pueden generar efectos significativos en otros. Así, factores como condiciones de vida, redes sociales, políticas públicas y comportamientos individuales interactúan de forma simultánea, produciendo resultados que no pueden predecirse únicamente a partir del análisis de una sola variable. Este enfoque cuestiona la fragmentación disciplinaria y promueve una mirada interdisciplinaria en el estudio de la salud.

En el ámbito clínico y comunitario, la complejidad implica reconocer que las enfermedades crónicas, los trastornos mentales y las problemáticas relacionadas con estilos de vida no responden a causas únicas. Por ejemplo, condiciones como la diabetes o la hipertensión no dependen exclusivamente de predisposiciones biológicas, sino también de hábitos alimentarios, acceso a servicios, estrés laboral, entorno social y políticas económicas. Estos elementos interactúan formando un entramado que condiciona la evolución del proceso salud–enfermedad.

Autores contemporáneos han señalado que la comprensión del fenómeno sanitario requiere integrar distintos niveles de análisis: el nivel biológico, el psicológico, el social y el estructural, articulados dentro de sistemas dinámicos abiertos (Vicco, 2022). Esta integración permite comprender que la salud es un estado en permanente transformación, influido por procesos adaptativos y por relaciones complejas entre individuo y entorno.

Los enfoques de complejidad también resaltan la importancia de la incertidumbre en el ámbito sanitario. No todos los resultados pueden predecirse con exactitud, y las intervenciones deben considerar la variabilidad individual y contextual. En este sentido, la atención en salud debe ser flexible, adaptativa y centrada en la persona, reconociendo la singularidad de cada caso.

Asimismo, estos enfoques promueven la participación comunitaria y el trabajo interdisciplinario como estrategias para abordar problemas complejos. La colaboración entre profesionales de distintas áreas —medicina, psicología, trabajo social, salud pública— permite una aproximación más integral y coherente con la naturaleza multifactorial de la salud.

En síntesis, los enfoques contemporáneos de complejidad en salud ofrecen una perspectiva integradora que supera la lógica lineal del reduccionismo biologicista. Reconocen que el proceso salud–enfermedad es dinámico, multidimensional y condicionado por múltiples interacciones. Esta mirada resulta especialmente pertinente para analizar las diversas visiones presentes en la población y comprender cómo dichas concepciones influyen en las demandas de cuidado observadas en contextos rurales.

1.1.7 Salud intercultural y contextos rurales

La salud intercultural constituye un enfoque que reconoce la coexistencia de múltiples sistemas de conocimiento y prácticas de cuidado dentro de una misma sociedad. Parte del principio de que la comprensión del proceso salud–enfermedad está profundamente influida por la cultura, las creencias, los valores y las experiencias colectivas de cada comunidad. En contextos rurales, donde persisten tradiciones propias y formas comunitarias de organización, la salud no siempre se interpreta exclusivamente desde la lógica biomédica, sino desde marcos simbólicos y relacionales que integran dimensiones sociales y espirituales.

La interculturalidad en salud implica establecer un diálogo respetuoso entre el sistema sanitario formal y los saberes locales. En muchas comunidades rurales, las personas recurren simultáneamente a servicios de salud institucionales y a prácticas tradicionales, como el uso de plantas medicinales, rituales o consejería de líderes comunitarios. Estas prácticas no deben entenderse como opuestas a la medicina científica, sino como expresiones de una cosmovisión que otorga sentido al proceso de enfermar y sanar (Rubio, 2017).

En América Latina, los enfoques interculturales han cobrado relevancia debido a la diversidad étnica y cultural de la región. Se reconoce que las barreras de acceso a los servicios no son únicamente geográficas o económicas, sino también culturales. La falta de comprensión de los códigos simbólicos, del idioma o de las prácticas locales puede generar desconfianza hacia el sistema formal de salud y limitar la utilización de servicios (Breilh, 2021). En consecuencia, la interculturalidad propone adaptar la atención sanitaria a las particularidades culturales de cada población, promoviendo el respeto, la inclusión y la participación comunitaria.

En contextos rurales, además, las condiciones socioeconómicas y la organización territorial influyen en la manera en que se perciben las necesidades de cuidado. Las distancias geográficas, la disponibilidad de transporte, los horarios laborales y la cercanía con redes familiares condicionan las decisiones relacionadas con la búsqueda de atención. Estas características interactúan con creencias culturales y experiencias previas, configurando patrones específicos de demanda sanitaria.

La salud intercultural también destaca la importancia de la dimensión espiritual en el proceso salud–enfermedad. En muchas comunidades rurales, la enfermedad no solo se interpreta como un desequilibrio físico, sino también como una alteración en el plano emocional o espiritual. Esta concepción influye en el tipo de cuidado que se busca y en la valoración que se otorga a las intervenciones institucionales. Ignorar estas dimensiones puede limitar la efectividad de las estrategias sanitarias.

Asimismo, la interculturalidad promueve la participación activa de la comunidad en el diseño y evaluación de políticas de salud. Reconocer a las personas como sujetos de saber y no únicamente como receptores de servicios fortalece la legitimidad de las intervenciones y favorece una atención más pertinente y contextualizada.

En síntesis, la salud intercultural en contextos rurales ofrece un marco teórico que permite comprender cómo las concepciones culturales influyen en la construcción del proceso salud–enfermedad y en las demandas de cuidado. Este enfoque resulta especialmente relevante para analizar realidades locales como la del distrito de Santa, donde la interacción entre sistema sanitario formal y prácticas comunitarias configura experiencias particulares de bienestar y enfermedad.

1.2 Nociones básicas de la visión del proceso salud–enfermedad

La visión del proceso salud–enfermedad constituye el marco conceptual desde el cual las personas interpretan su estado de bienestar o malestar, atribuyen significado a los síntomas y toman decisiones relacionadas con el cuidado. No se trata únicamente de una definición académica, sino de una construcción social y cultural que orienta la forma en que se comprende el cuerpo, la enfermedad y la atención sanitaria. Esta visión influye directamente en la manera en que se perciben las necesidades, se priorizan problemas y se transforman dichas percepciones en demandas concretas de cuidado.

En términos generales, la visión del proceso salud–enfermedad puede estructurarse en diferentes enfoques que han sido desarrollados teóricamente a lo largo del tiempo. Entre ellos destacan el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo social. Cada uno ofrece una interpretación distinta sobre las causas de la enfermedad, el significado de la salud y el rol que cumplen tanto el individuo como la sociedad en el mantenimiento del bienestar.

El modelo biomédico concibe la enfermedad como una alteración orgánica específica y medible, priorizando el diagnóstico clínico y la intervención terapéutica. En contraste, el modelo biopsicosocial integra factores biológicos, psicológicos y sociales, reconociendo la interacción dinámica entre estos niveles. Por su parte, el modelo social enfatiza las condiciones estructurales de vida, las desigualdades y el contexto político-económico como elementos determinantes en la distribución de la salud y la enfermedad.

Estas nociones básicas permiten identificar cómo se configura la visión predominante en una comunidad determinada. La adopción de uno u otro enfoque no depende exclusivamente del conocimiento técnico, sino también de experiencias personales, discursos institucionales, nivel educativo, cultura y contacto previo con el sistema sanitario. Por ello, analizar la visión del proceso salud–enfermedad implica examinar no solo categorías teóricas, sino también su expresión práctica en la vida cotidiana.

En el marco del presente estudio, resulta fundamental delimitar conceptualmente esta variable, definir sus dimensiones y establecer criterios claros para su operacionalización. Ello permitirá comprender de qué manera las distintas concepciones presentes en la población se relacionan con los tipos de demandas de cuidado que emergen frente a una necesidad percibida de atención sanitaria.

1.2.1 Definición conceptual

La visión del proceso salud–enfermedad puede definirse como el marco interpretativo mediante el cual las personas comprenden, explican y otorgan significado a los estados de bienestar y enfermedad. No se limita a una definición médica formal, sino que constituye una construcción social influida por conocimientos científicos, experiencias personales, creencias culturales y condiciones estructurales. Esta visión orienta la manera en que los individuos perciben síntomas, jerarquizan necesidades y deciden buscar o no atención sanitaria.

Desde una perspectiva teórica, el proceso salud–enfermedad no debe entenderse como una dicotomía estática entre estar sano o estar enfermo, sino como un continuo dinámico condicionado por múltiples factores interrelacionados (Dahlgren & Whitehead, 1991). En este continuo intervienen dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y

ambientales que interactúan de manera compleja. Por ello, la manera en que una persona interpreta su estado de salud depende tanto de variables individuales como del contexto en el que se encuentra.

El modelo biomédico ha conceptualizado tradicionalmente la salud como ausencia de enfermedad y la enfermedad como alteración orgánica detectable (Engel, 1977). Esta definición privilegia la objetividad diagnóstica y la causalidad biológica. Sin embargo, enfoques posteriores ampliaron esta comprensión. El modelo biopsicosocial sostiene que la salud y la enfermedad resultan de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales, integrando dimensiones subjetivas y contextuales en el análisis clínico (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

Por su parte, el enfoque de determinación social plantea que el proceso salud–enfermedad está condicionado por estructuras económicas, políticas y culturales que configuran las condiciones de vida de las poblaciones (Breilh, 2021). Desde esta perspectiva, la salud no puede separarse de la posición social, el acceso a recursos y las desigualdades históricas.

En consecuencia, la visión del proceso salud–enfermedad puede entenderse como la síntesis de estos marcos conceptuales en la conciencia individual y colectiva. Es el lente a través del cual las personas interpretan la experiencia de enfermar, definen qué consideran una necesidad de atención y legitiman determinadas formas de cuidado sobre otras. Esta definición conceptual resulta central para el análisis de la presente investigación, dado que permite vincular las concepciones predominantes en la población con los tipos de demandas de cuidado que emergen en el contexto rural estudiado.

1.2.2 Dimensiones del modelo biomédico

El modelo biomédico se estructura a partir de una concepción mecanicista del cuerpo humano y de una interpretación causal lineal de la enfermedad. Sus dimensiones fundamentales giran en torno a la centralidad del componente biológico, la objetividad diagnóstica y la intervención terapéutica orientada a corregir alteraciones orgánicas específicas. Este enfoque ha sido históricamente dominante en la medicina moderna y continúa influyendo de manera significativa en la organización de los sistemas de salud y en las percepciones sociales sobre la enfermedad (Engel, 1977).

Una primera dimensión del modelo biomédico es la **biologicista**, que concibe la enfermedad como resultado de un agente etiológico o de una disfunción fisiológica identificable. Bajo esta perspectiva, la salud se define como el correcto funcionamiento del organismo y la enfermedad como una alteración localizada en órganos o sistemas. Esta visión se consolidó con los avances en anatomía patológica y microbiología, reforzando la idea de causalidad específica (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Una segunda dimensión es la **objetivación del diagnóstico**. El modelo biomédico privilegia evidencias medibles, tales como exámenes de laboratorio, estudios de imagen y signos clínicos verificables. La legitimidad del diagnóstico descansa en la confirmación técnica de una alteración orgánica. En este marco, los síntomas subjetivos pueden ser considerados secundarios frente a los hallazgos clínicos objetivables (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

Una tercera dimensión corresponde a la **intervención curativa y tecnocéntrica**. El tratamiento se orienta principalmente a eliminar el agente causal o corregir la disfunción mediante medicamentos, procedimientos quirúrgicos o tecnologías especializadas. Esta dimensión ha fortalecido el desarrollo hospitalario y la especialización médica, organizando la atención en torno a patologías específicas.

Otra dimensión relevante es la **fragmentación del conocimiento**, derivada de la hiper-especialización. El cuerpo es abordado por sistemas u órganos independientes, lo que permite profundización técnica, pero puede reducir la visión integral del paciente. Esta fragmentación se refleja en la organización de los servicios de salud y en la formación profesional.

Finalmente, el modelo biomédico presenta una dimensión **individualista**, al centrar la explicación de la enfermedad en el organismo del sujeto, relegando a un segundo plano factores sociales o estructurales. Desde esta perspectiva, las condiciones de vida o las desigualdades sociales no constituyen el foco principal del análisis clínico (Breilh, 2021).

Estas dimensiones explican la fuerte influencia del modelo biomédico en la cultura sanitaria contemporánea. Su eficacia en el tratamiento de enfermedades infecciosas y agudas consolidó su hegemonía institucional y social. Sin embargo, su énfasis en lo

biológico y curativo también ha generado críticas por limitar la comprensión integral del proceso salud–enfermedad, especialmente en contextos donde factores sociales y culturales desempeñan un papel determinante.

1.2.3 Dimensiones del modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial surge como una propuesta integradora que amplía la comprensión del proceso salud–enfermedad más allá de la dimensión exclusivamente biológica. Planteado formalmente por Engel (1977), este modelo sostiene que la salud y la enfermedad resultan de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales se influyen mutuamente. No se trata de sustituir el conocimiento biomédico, sino de complementarlo dentro de una perspectiva más amplia y contextualizada.

La primera dimensión del modelo es la **biológica**, que reconoce la importancia de los procesos fisiológicos, genéticos y patológicos en la aparición de la enfermedad. Esta dimensión mantiene la relevancia del diagnóstico clínico y del tratamiento médico, pero no los considera suficientes para explicar por sí solos la totalidad del fenómeno sanitario. La biología es entendida como un componente esencial, aunque inserto en un sistema de relaciones más complejo.

La segunda dimensión es la **psicológica**, que incorpora variables como emociones, creencias, actitudes, estilos de afrontamiento y conductas de salud. El modelo reconoce que factores como el estrés, la ansiedad, la depresión o la percepción subjetiva del malestar pueden influir tanto en la aparición como en la evolución de enfermedades. Asimismo, la forma en que una persona interpreta sus síntomas condiciona su decisión de buscar atención y su adherencia al tratamiento (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

La tercera dimensión corresponde al componente **social**, que incluye el entorno familiar, las redes de apoyo, el nivel educativo, las condiciones laborales y las características culturales del contexto. Esta dimensión subraya que la salud no puede separarse de las condiciones de vida y de la estructura social en la que el individuo se desenvuelve. Las desigualdades sociales influyen en la exposición a riesgos, en el acceso

a servicios y en la capacidad de mantener conductas saludables (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Una dimensión transversal del modelo biopsicosocial es la **interacción sistémica** entre estos niveles. No se conciben como compartimentos aislados, sino como componentes interdependientes que operan simultáneamente. Por ejemplo, una enfermedad crónica puede tener una base biológica, pero su evolución dependerá también del estado emocional del paciente y de su entorno social. Esta visión sistémica se alinea con enfoques contemporáneos de complejidad en salud (Vicco, 2022).

Otra dimensión relevante es la **centralidad de la persona** en el proceso de atención. El modelo biopsicosocial promueve una relación más horizontal entre profesional y paciente, valorando la experiencia subjetiva y fomentando la participación activa en el cuidado. Esta orientación favorece intervenciones integrales que incluyen educación sanitaria, apoyo emocional y estrategias comunitarias.

En síntesis, las dimensiones del modelo biopsicosocial integran lo biológico, lo psicológico y lo social dentro de una perspectiva dinámica e interrelacionada. Este enfoque amplía el horizonte interpretativo del proceso salud–enfermedad y permite comprender mejor cómo las concepciones integrales pueden influir en demandas de cuidado que trascienden lo meramente curativo.

1.2.4 Dimensiones del modelo social

El modelo social del proceso salud–enfermedad se fundamenta en la premisa de que la salud no puede comprenderse únicamente desde variables biológicas o individuales, sino que es el resultado de condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que estructuran la vida de las poblaciones. Este enfoque desplaza el centro del análisis desde el organismo hacia el entorno social, enfatizando que las desigualdades estructurales configuran la distribución diferencial de la enfermedad (Breilh, 2021).

Una primera dimensión del modelo social es la **estructural**, que vincula la salud con el modelo de desarrollo económico, las políticas públicas, la distribución del ingreso y las formas de organización social. Desde esta perspectiva, factores como pobreza, desempleo, exclusión y precariedad laboral no son elementos secundarios, sino

determinantes centrales del proceso salud–enfermedad. Las condiciones materiales de vida influyen directamente en la exposición a riesgos y en la capacidad de acceder a servicios sanitarios.

Una segunda dimensión es la **condición de vida y entorno**, que incluye vivienda, acceso a agua potable, saneamiento básico, educación y ambiente laboral. Estos factores intermedios reflejan cómo las decisiones estructurales impactan en la cotidianidad de las personas, configurando entornos más o menos saludables. El modelo reconoce que la enfermedad se distribuye siguiendo patrones sociales y no de manera aleatoria (Dahlgren & Whitehead, 1991).

La tercera dimensión corresponde a la **inequidad y justicia social**. El modelo social sostiene que las diferencias en salud entre grupos no son naturales ni inevitables, sino consecuencia de desigualdades históricas y relaciones de poder. Por ello, propone intervenciones orientadas a la equidad, entendiendo que mejorar la salud implica transformar condiciones estructurales y no solo intervenir clínicamente sobre individuos.

Otra dimensión relevante es la **participación comunitaria**. Desde este enfoque, la población no es vista únicamente como receptora de servicios, sino como sujeto activo en la construcción de políticas y estrategias de salud. La organización social, la movilización comunitaria y el fortalecimiento de redes locales son considerados elementos esenciales para promover bienestar colectivo.

Finalmente, el modelo social incorpora una dimensión **cultural y simbólica**, reconociendo que las creencias, valores y cosmovisiones influyen en la interpretación del proceso salud–enfermedad. En contextos rurales o culturalmente diversos, estas representaciones pueden diferir del paradigma biomédico y orientar prácticas de cuidado específicas (Rubio, 2017).

En síntesis, las dimensiones del modelo social amplían la comprensión del proceso salud–enfermedad hacia un plano estructural y colectivo. Este enfoque permite analizar cómo las condiciones históricas y socioeconómicas influyen en la experiencia sanitaria y en los tipos de demandas que emergen en una comunidad determinada, particularmente en contextos rurales donde las desigualdades estructurales pueden ser más visibles.

1.2.5 Factores socioculturales que moldean la visión sanitaria

La visión sanitaria que adoptan las personas no se construye de manera aislada ni exclusivamente a partir de conocimientos científicos formales. Está profundamente influida por factores socioculturales que intervienen en la manera en que se interpreta el cuerpo, el sufrimiento, la enfermedad y el cuidado. Estas influencias configuran marcos de referencia compartidos que orientan decisiones relacionadas con la búsqueda de atención y con el tipo de respuesta considerada legítima frente a un problema de salud.

Uno de los factores centrales es la **cultura**, entendida como el conjunto de creencias, valores y prácticas transmitidas socialmente. La cultura define qué se considera estar sano, qué síntomas son relevantes y cuándo una alteración requiere atención profesional. En muchos contextos, especialmente rurales, la enfermedad puede interpretarse no solo como un desequilibrio físico, sino también como una alteración emocional, social o espiritual (Rubio, 2017). Estas representaciones influyen directamente en la forma en que se percibe la necesidad de cuidado.

Otro factor relevante es el **nivel educativo y la alfabetización en salud**. El acceso a información científica, la comprensión de conceptos médicos y la capacidad de interpretar mensajes sanitarios influyen en la adopción de determinadas visiones del proceso salud–enfermedad. Personas con mayor alfabetización sanitaria pueden integrar nociones preventivas y promocionales, mientras que en contextos con menor acceso educativo puede prevalecer una comprensión más centrada en la resolución de síntomas visibles.

Las **experiencias previas con el sistema de salud** también moldean la visión sanitaria. Interacciones positivas o negativas con servicios de atención pueden reforzar o debilitar la confianza en el modelo biomédico. La percepción de calidad, trato recibido y efectividad del tratamiento incide en la legitimidad que se otorga a determinadas formas de cuidado (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

El **contexto socioeconómico** constituye otro factor determinante. Las condiciones de pobreza, empleo informal o acceso limitado a servicios pueden orientar la percepción hacia soluciones inmediatas y pragmáticas, priorizando la atención curativa por sobre la

prevención. Asimismo, las desigualdades estructurales influyen en la manera en que se concibe la responsabilidad individual frente a la salud (Breilh, 2021).

Las **redes familiares y comunitarias** desempeñan un papel fundamental en la construcción de la visión sanitaria. La transmisión intergeneracional de saberes, el consejo de líderes locales y la influencia de pares contribuyen a consolidar determinadas interpretaciones del proceso salud–enfermedad. En contextos rurales, la cohesión comunitaria puede fortalecer prácticas tradicionales y formas colectivas de cuidado.

Finalmente, los **medios de comunicación y la industria farmacéutica** influyen en la representación social de la enfermedad. La difusión de mensajes centrados en diagnósticos, medicamentos y procedimientos técnicos refuerza una visión biomédica del cuidado, asociando la solución del problema con intervenciones específicas y tecnológicas.

En conjunto, estos factores socioculturales interactúan configurando la manera en que las personas comprenden la salud y la enfermedad. Reconocer esta influencia resulta clave para interpretar los hallazgos del estudio, ya que permite entender por qué determinadas visiones predominan en un contexto rural específico y cómo estas concepciones se relacionan con las demandas de cuidado que emergen en la población.

1.2.6 Implicancias prácticas en la toma de decisiones

La visión del proceso salud–enfermedad no se limita a una construcción teórica, sino que tiene consecuencias concretas en la vida cotidiana de las personas. La manera en que se comprende la salud influye directamente en la interpretación de los síntomas, en la priorización de necesidades y en la decisión de buscar atención. En este sentido, las concepciones adoptadas actúan como marcos orientadores del comportamiento sanitario y condicionan el tipo de demanda que se genera frente a una situación de malestar.

Cuando predomina una visión biomédica, la toma de decisiones suele activarse ante la presencia de signos físicos evidentes o diagnósticos confirmados. La enfermedad se interpreta como una alteración orgánica puntual que requiere intervención técnica, lo que orienta la búsqueda hacia servicios clínicos, medicamentos o procedimientos específicos. Esta lógica favorece una demanda centrada en la resolución inmediata de

síntomas y en la obtención de resultados objetivables (Engel, 1977). Asimismo, puede postergar la búsqueda de atención preventiva si no existen manifestaciones visibles de enfermedad.

En cambio, una visión biopsicosocial amplía el horizonte de decisión al considerar factores emocionales, conductuales y contextuales. Bajo esta perspectiva, la persona puede identificar como relevantes aspectos como el estrés, las relaciones interpersonales o los hábitos de vida, integrando acciones de autocuidado, apoyo psicológico o cambios en el entorno como parte de la respuesta sanitaria. La decisión de acudir a servicios no se limita a la presencia de patología, sino que puede activarse en función de necesidades percibidas de bienestar integral (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

Desde una visión social, las decisiones sanitarias pueden estar influidas por la percepción de condiciones estructurales que afectan la salud, como precariedad laboral, acceso limitado a servicios o carencias en el entorno comunitario. En este caso, la demanda puede orientarse no solo hacia atención clínica, sino también hacia acciones colectivas, participación comunitaria o búsqueda de soluciones que trasciendan el ámbito individual (Breilh, 2021). Esta perspectiva puede fortalecer procesos de organización social y de exigencia de políticas públicas orientadas a la equidad.

Además, la toma de decisiones está mediada por la percepción de accesibilidad y por factores facilitadores o barreras presentes en el sistema de salud. Elementos como disponibilidad de servicios, tiempos de espera, costos y experiencias previas influyen en la transformación de una necesidad percibida en demanda efectiva (Andersen, 2008). Así, incluso cuando la visión sanitaria es integral, las limitaciones estructurales pueden orientar la decisión hacia soluciones más inmediatas o accesibles.

En contextos rurales, estas implicancias prácticas adquieren particular relevancia. La cercanía o distancia de los servicios, la influencia de redes familiares y las creencias culturales condicionan las decisiones relacionadas con el cuidado. La visión predominante en la comunidad interactúa con estos factores, configurando patrones específicos de utilización de servicios.

En síntesis, la visión del proceso salud–enfermedad actúa como un determinante clave en la toma de decisiones sanitarias. Define qué se considera problema, cuándo

intervenir y qué tipo de respuesta es legítima o eficaz. Comprender estas implicancias resulta fundamental para interpretar la relación entre las concepciones presentes en la población y las demandas de cuidado observadas en el caso de estudio.

El recorrido desarrollado en este capítulo ha permitido comprender que la visión del proceso salud–enfermedad no es una construcción aislada ni homogénea, sino el resultado de una evolución histórica y de múltiples corrientes teóricas que han configurado distintas maneras de interpretar el bienestar y la enfermedad. Desde el predominio del modelo biomédico, consolidado a partir de los avances científicos y tecnológicos de la modernidad, hasta la emergencia de enfoques integrales como el biopsicosocial y el modelo social, la comprensión de la salud ha transitado desde explicaciones centradas en el organismo hacia perspectivas que incorporan dimensiones psicológicas, sociales y estructurales.

Asimismo, se ha evidenciado que estas visiones no permanecen exclusivamente en el ámbito académico, sino que influyen directamente en la cultura sanitaria de las comunidades. Las concepciones que las personas adoptan respecto a la salud se encuentran moldeadas por factores socioculturales, experiencias previas, nivel educativo, condiciones de vida y dinámicas institucionales. En consecuencia, la visión sanitaria se convierte en un lente interpretativo que orienta la toma de decisiones, legitima determinadas formas de cuidado y condiciona el tipo de demandas que emergen ante una necesidad percibida.

El análisis de las dimensiones del modelo biomédico, biopsicosocial y social permite reconocer que cada enfoque aporta elementos valiosos, pero también presenta limitaciones cuando se adopta de manera exclusiva. Mientras el modelo biomédico ofrece precisión diagnóstica y eficacia terapéutica, los enfoques integrales amplían la comprensión hacia aspectos emocionales, comunitarios y estructurales que influyen en la experiencia de enfermar. La coexistencia de estas perspectivas explica la diversidad de visiones presentes en la población.

En el contexto rural objeto de estudio, comprender estas nociones resulta esencial para interpretar cómo se configura la percepción colectiva del proceso salud–enfermedad y cómo esta influye en las prácticas de cuidado. La identificación de una visión

predominante no solo describe una preferencia conceptual, sino que revela patrones culturales y estructurales que impactan en la organización de la demanda sanitaria.

Este capítulo, por tanto, sienta las bases conceptuales necesarias para el análisis de la segunda variable del estudio: las demandas del cuidado de la salud. Si la visión del proceso salud–enfermedad constituye el marco interpretativo, las demandas representan su expresión práctica. En el siguiente capítulo se profundizará en los fundamentos teóricos que explican cómo las necesidades percibidas se transforman en solicitudes concretas de atención, completando así el marco analítico que sustenta el caso de estudio presentado posteriormente.

CAPÍTULO II

DEMANDAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

La comprensión del proceso salud–enfermedad adquiere pleno sentido cuando se analiza su manifestación práctica en las decisiones y acciones que las personas emprenden frente a una necesidad percibida de atención. Estas acciones se traducen en demandas concretas hacia los servicios sanitarios y hacia otros recursos de cuidado disponibles en la comunidad. La demanda del cuidado de la salud no surge únicamente de la presencia objetiva de una enfermedad, sino de la interpretación que el individuo realiza sobre su estado y de las posibilidades que reconoce en su entorno para resolverlo.

Demandar cuidado implica transformar una necesidad percibida en una solicitud efectiva de atención. Este tránsito no es automático ni uniforme, pues está mediado por factores culturales, económicos, educativos y estructurales. La percepción de gravedad, la experiencia previa con el sistema de salud, la accesibilidad de los servicios y las creencias sobre la eficacia de determinados tratamientos influyen en la decisión de buscar atención y en el tipo de servicio al que se recurre. Por ello, no todas las necesidades se convierten en demandas formales, ni todas las demandas responden exclusivamente a criterios clínicos.

En los sistemas de salud contemporáneos, la demanda suele orientarse predominantemente hacia la atención curativa, especialmente cuando los síntomas son visibles o generan malestar inmediato. Sin embargo, también existen demandas vinculadas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la búsqueda de apoyo emocional o espiritual. Estas distintas formas de demanda reflejan concepciones subyacentes sobre el proceso salud–enfermedad y sobre el papel que cumplen los servicios sanitarios en la vida de las personas.

El análisis de las demandas del cuidado de la salud permite identificar patrones de comportamiento sanitario en una comunidad determinada. En contextos rurales, estos patrones pueden estar condicionados por factores como la disponibilidad de servicios, la

organización familiar, las redes comunitarias y las condiciones socioeconómicas. Además, la interacción entre visiones sanitarias predominantes y estructuras institucionales configura escenarios específicos de utilización o no utilización de servicios.

Este capítulo se propone examinar los principales referentes teóricos que explican cómo se configura la demanda de cuidado, así como desarrollar las nociones básicas que permiten clasificar y comprender sus distintas manifestaciones. A partir de este marco conceptual será posible interpretar la relación entre la visión del proceso salud–enfermedad y los tipos de demanda identificados en el caso de estudio desarrollado posteriormente.

2.1 Referentes teóricos

La demanda del cuidado de la salud ha sido analizada desde diversas perspectivas teóricas que buscan explicar por qué, cuándo y cómo las personas utilizan los servicios sanitarios. A diferencia de la necesidad objetiva definida por criterios clínicos, la demanda se relaciona con la decisión concreta de solicitar atención, decisión que está mediada por factores individuales, sociales y estructurales. En este sentido, comprender la demanda implica ir más allá de la presencia de enfermedad y explorar los procesos que transforman una percepción de malestar en una acción efectiva.

Diversos modelos han intentado explicar este fenómeno. Algunos enfoques enfatizan variables individuales, como edad, sexo, creencias y percepción de gravedad, mientras que otros incorporan factores facilitadores o barreras estructurales, tales como ingresos, cobertura de seguros y accesibilidad geográfica. También existen perspectivas que sitúan la demanda dentro de procesos sociales más amplios, vinculándola con desigualdades económicas y con la organización del sistema sanitario.

Entre los aportes más relevantes se encuentran los modelos explicativos del uso de servicios de salud, que distinguen entre factores predisponentes, facilitadores y necesidades percibidas. Estas propuestas permiten comprender que la utilización de servicios no depende exclusivamente del estado biológico del individuo, sino de la interacción entre características personales y condiciones contextuales. Asimismo, enfoques centrados en los determinantes sociales subrayan que las oportunidades de

demandar atención están condicionadas por la posición social y por la distribución desigual de recursos.

En América Latina, corrientes críticas han ampliado el análisis al señalar que la demanda de cuidado también refleja procesos históricos y relaciones de poder que influyen en el acceso y en la legitimidad de ciertos tipos de atención. Desde esta perspectiva, la forma en que se organiza la oferta sanitaria puede reforzar patrones de demanda orientados principalmente hacia lo curativo, dejando en segundo plano la promoción y la prevención.

El estudio de estos referentes teóricos permite construir un marco interpretativo sólido para analizar cómo se configuran las demandas del cuidado en contextos específicos. En el caso de comunidades rurales, donde confluyen factores culturales, económicos y geográficos particulares, resulta fundamental comprender las bases conceptuales que explican los patrones de utilización de servicios. Estos fundamentos serán desarrollados en los apartados siguientes, proporcionando herramientas para interpretar los hallazgos empíricos del estudio.

2.1.1 Concepto de necesidad y demanda en salud

La distinción entre necesidad y demanda en salud constituye un eje central para comprender el comportamiento sanitario de las poblaciones. Aunque ambos conceptos suelen emplearse indistintamente en el lenguaje cotidiano, desde el punto de vista teórico representan categorías diferenciadas que permiten analizar con mayor precisión el proceso de utilización de servicios.

La **necesidad de salud** puede definirse como la existencia de una condición que afecta el bienestar físico, psicológico o social de una persona y que requiere algún tipo de intervención. Esta necesidad puede ser objetiva, cuando es identificada por un profesional mediante criterios clínicos, o subjetiva, cuando es percibida por el propio individuo a partir de síntomas o malestar. La percepción de necesidad está influida por experiencias previas, creencias culturales y nivel de conocimiento sanitario, lo que explica por qué no todas las condiciones clínicas son reconocidas como problema por quienes las padecen (White, Williams & Greenberg, 1992).

Por su parte, la **demanda en salud** se refiere al acto mediante el cual una necesidad percibida se transforma en una solicitud efectiva de atención. Es decir, implica la decisión concreta de acudir a un servicio, buscar orientación o recurrir a algún recurso de cuidado. Este tránsito de necesidad a demanda no es automático; está mediado por factores predisponentes, facilitadores y estructurales (Andersen, 2008). Por ejemplo, una persona puede reconocer síntomas, pero no demandar atención debido a barreras económicas, geográficas o culturales.

Desde el enfoque clásico de accesibilidad, se señala que la disponibilidad de recursos sanitarios no garantiza su utilización. La demanda depende del grado de ajuste entre las características del sistema de salud y las condiciones de la población (Frenk, 1992; Donabedian, 1998). Así, incluso cuando los servicios son gratuitos, pueden existir resistencias relacionadas con horarios, trato recibido o desconfianza institucional que limiten la transformación de la necesidad en demanda efectiva.

Asimismo, la demanda posee una dimensión social y simbólica. No todas las necesidades se legitiman de igual manera dentro de una comunidad. Algunas formas de malestar pueden ser consideradas parte normal de la vida y no requerir atención médica, mientras que otras adquieren relevancia inmediata. Este proceso de legitimación está vinculado con la visión predominante del proceso salud–enfermedad y con los discursos institucionales que orientan las prácticas de cuidado.

En términos económicos, la demanda también ha sido analizada como el conjunto de servicios que las personas están dispuestas a utilizar en función de sus preferencias y posibilidades de pago. Sin embargo, esta perspectiva resulta limitada cuando no incorpora las desigualdades estructurales que condicionan el acceso real a los servicios (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En síntesis, la necesidad constituye el reconocimiento de un problema de salud, mientras que la demanda representa la acción concreta orientada a buscar atención. Comprender esta diferencia resulta fundamental para analizar los patrones de utilización de servicios en comunidades rurales, donde múltiples factores socioculturales y estructurales influyen en la decisión de transformar una necesidad percibida en demanda efectiva de cuidado.

2.1.2 Modelos explicativos del uso de servicios de salud

El uso de los servicios de salud ha sido objeto de múltiples modelos explicativos que buscan comprender por qué las personas acceden —o no— a la atención sanitaria cuando enfrentan una necesidad percibida. Estos modelos parten de la premisa de que la utilización no depende únicamente de la presencia de enfermedad, sino de un conjunto de factores individuales, sociales y estructurales que influyen en la decisión de demandar cuidado.

Uno de los enfoques más influyentes es el modelo conductual de uso de servicios de salud, que plantea que la utilización está determinada por la interacción de factores predisponentes, facilitadores y de necesidad (Andersen, 1995; Andersen, 2008). Los factores predisponentes incluyen características sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo y creencias culturales. Los factores facilitadores se relacionan con recursos disponibles, como ingresos, cobertura de seguros, cercanía geográfica y organización del sistema sanitario. Finalmente, los factores de necesidad pueden ser percibidos por el individuo o evaluados clínicamente por un profesional.

Este modelo subraya que la utilización de servicios es el resultado de un proceso dinámico en el que intervienen tanto percepciones subjetivas como condiciones objetivas. Así, dos personas con la misma condición clínica pueden tomar decisiones distintas en función de su contexto social y de su interpretación del problema. En este sentido, la percepción de gravedad y la valoración de los beneficios esperados del tratamiento influyen decisivamente en la demanda (White, Williams & Greenberg, 1992).

Otro enfoque relevante es el modelo de accesibilidad, que analiza el grado de ajuste entre las características del sistema de salud y las necesidades de la población. Desde esta perspectiva, la disponibilidad de servicios no garantiza su utilización si existen barreras económicas, culturales o organizacionales (Frenk, 1992; Donabedian, 1998). Elementos como tiempos de espera, calidad percibida y trato recibido pueden actuar como facilitadores o como resistencias en el proceso de búsqueda de atención.

Asimismo, los enfoques basados en determinantes sociales destacan que el uso de servicios está condicionado por la posición socioeconómica y por desigualdades estructurales. Las personas con menores recursos enfrentan mayores obstáculos para

acceder oportunamente a la atención, lo que puede generar patrones de utilización tardía o centrada exclusivamente en episodios agudos (Organización Mundial de la Salud, 2008; Breilh, 2021).

En América Latina, los enfoques críticos han señalado que la organización del sistema sanitario puede reforzar patrones de demanda orientados principalmente a lo curativo, debido a esquemas de financiamiento y a la centralidad hospitalaria. Esto contribuye a que la promoción y la prevención ocupen un lugar secundario en la práctica cotidiana.

En conjunto, los modelos explicativos del uso de servicios de salud permiten comprender que la demanda es el resultado de la interacción entre factores individuales, percepciones subjetivas y estructuras institucionales. Esta comprensión resulta fundamental para analizar los patrones observados en comunidades rurales, donde las decisiones sanitarias se encuentran atravesadas por dinámicas culturales y limitaciones estructurales específicas.

2.1.3 Modelo de Andersen

El Modelo de Andersen constituye uno de los marcos teóricos más influyentes para explicar el uso de los servicios de salud. Desarrollado inicialmente en la década de 1960 y posteriormente ampliado, este modelo plantea que la utilización de servicios sanitarios no depende únicamente de la presencia de enfermedad, sino de la interacción entre factores individuales y estructurales que condicionan la decisión de buscar atención (Andersen, 1995; Andersen, 2008).

El modelo organiza los determinantes del uso de servicios en tres grandes categorías: **factores predisponentes, factores facilitadores y factores de necesidad.**

Los **factores predisponentes** incluyen características sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo y estado civil, así como elementos culturales y creencias sobre la salud. Estas variables influyen en la disposición general de una persona a utilizar servicios sanitarios. Por ejemplo, la forma en que se interpreta la enfermedad o la confianza en el sistema de salud puede predisponer a demandar atención de manera temprana o, por el contrario, a postergarla.

Los **factores facilitadores** se relacionan con los recursos disponibles para acceder efectivamente a los servicios. Incluyen el nivel de ingresos, la cobertura de seguro, la disponibilidad de establecimientos de salud, la cercanía geográfica y el transporte. Incluso cuando existe necesidad percibida, la ausencia de recursos facilitadores puede impedir la utilización. De este modo, el modelo reconoce que la accesibilidad constituye un elemento central en la transformación de la necesidad en demanda efectiva.

Finalmente, los **factores de necesidad** pueden ser percibidos por el individuo o evaluados por un profesional. La necesidad percibida se refiere a la interpretación subjetiva del estado de salud, mientras que la necesidad evaluada corresponde al diagnóstico clínico. Andersen destaca que la percepción subjetiva suele tener un peso determinante en la decisión de buscar atención, ya que es el individuo quien define cuándo un malestar requiere intervención (Andersen, 2008).

Con el tiempo, el modelo fue ampliado para incorporar variables contextuales, incluyendo características del sistema de salud y del entorno social. Se reconoce que la organización institucional, la calidad de los servicios y las políticas públicas influyen en los patrones de utilización. Así, el modelo no se limita a explicar decisiones individuales, sino que integra dimensiones estructurales que condicionan el acceso.

El aporte principal del Modelo de Andersen radica en ofrecer una estructura analítica clara para estudiar la demanda de servicios de salud. Permite comprender que la utilización no es un acto aislado, sino el resultado de múltiples factores interrelacionados. En contextos rurales, donde pueden coexistir limitaciones económicas, barreras geográficas y creencias culturales específicas, este modelo resulta especialmente útil para analizar cómo las necesidades percibidas se convierten —o no— en demandas concretas de cuidado.

2.1.4 Determinantes sociales y accesibilidad

La utilización de los servicios de salud no puede analizarse sin considerar los determinantes sociales que configuran las condiciones de vida de la población y las posibilidades reales de acceso a la atención. Los determinantes sociales de la salud hacen referencia al conjunto de circunstancias económicas, educativas, laborales, ambientales y culturales que influyen en el bienestar de las personas y en su exposición a riesgos

sanitarios (Organización Mundial de la Salud, 2008). Estas condiciones no solo afectan la probabilidad de enfermar, sino también la capacidad de demandar y obtener atención oportuna.

Desde esta perspectiva, la accesibilidad no se limita a la existencia física de un establecimiento de salud. Implica el grado de ajuste entre las características del sistema sanitario y las necesidades de la población (Frenk, 1992). La disponibilidad de servicios constituye apenas una dimensión del acceso; también intervienen factores como costos directos e indirectos, tiempos de espera, calidad percibida, trato recibido y adecuación cultural de la atención (Donabedian, 1998).

Los determinantes sociales influyen en la accesibilidad a través de múltiples vías. Por ejemplo, el nivel de ingresos condiciona la posibilidad de asumir gastos de transporte o medicamentos; la educación influye en la comprensión de la información sanitaria; y el empleo formal o informal puede determinar la disponibilidad de tiempo para acudir a consultas médicas. En contextos rurales, las distancias geográficas y la infraestructura vial pueden convertirse en barreras adicionales que limitan la utilización de servicios.

Asimismo, las desigualdades estructurales generan diferencias significativas en la oportunidad de acceso. Grupos sociales en situación de pobreza o vulnerabilidad suelen experimentar mayores obstáculos para recibir atención preventiva, lo que puede traducirse en utilización tardía y predominio de demandas curativas. Esta situación refuerza ciclos de inequidad, donde las condiciones sociales adversas incrementan el riesgo de enfermedad y, al mismo tiempo, restringen el acceso a soluciones adecuadas (Breilh, 2021).

La accesibilidad también posee una dimensión cultural. Cuando los servicios de salud no se adaptan a las creencias y prácticas locales, pueden generar desconfianza o resistencia, limitando la transformación de la necesidad en demanda efectiva. Por ello, la adecuación cultural y la comunicación efectiva forman parte integral del concepto de acceso.

En síntesis, los determinantes sociales y la accesibilidad están estrechamente vinculados en la configuración de la demanda de cuidado. No basta con la presencia de una necesidad de salud para que exista utilización de servicios; es necesario que las

condiciones sociales y estructurales permitan convertir esa necesidad en atención efectiva. Comprender esta interacción resulta fundamental para analizar los patrones observados en comunidades rurales y para interpretar cómo las desigualdades influyen en las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud.

2.1.5 Economía sanitaria y comportamiento de demanda

La economía sanitaria aporta herramientas conceptuales para comprender cómo las personas toman decisiones relacionadas con la utilización de servicios de salud en función de recursos disponibles, costos y beneficios esperados. Desde esta perspectiva, la demanda en salud no solo está influida por la necesidad clínica o la percepción subjetiva del malestar, sino también por factores económicos que condicionan la posibilidad y la conveniencia de buscar atención.

En términos generales, la economía de la salud analiza la asignación de recursos limitados frente a necesidades potencialmente ilimitadas. Los individuos, las familias y los sistemas sanitarios deben decidir cómo distribuir tiempo, dinero y esfuerzo para maximizar el bienestar. En este marco, la demanda de servicios puede entenderse como la cantidad de atención que una persona está dispuesta y es capaz de utilizar bajo determinadas condiciones de costo y accesibilidad (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Uno de los elementos centrales es el **costo directo e indirecto** de la atención. Incluso en sistemas donde los servicios son gratuitos o subsidiados, existen costos asociados como transporte, tiempo de espera o pérdida de jornadas laborales. Estos factores influyen en la decisión de transformar una necesidad percibida en demanda efectiva. En contextos rurales, donde los ingresos pueden ser inestables y las distancias mayores, el impacto de estos costos puede ser determinante en el comportamiento sanitario.

Asimismo, el concepto de **incentivos institucionales** resulta relevante. Los sistemas de financiamiento que priorizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos pueden orientar la oferta hacia intervenciones curativas, reforzando patrones de demanda centrados en la resolución de enfermedades ya instaladas. Cuando la promoción y la prevención reciben menor asignación presupuestaria, es probable que la población

perciba menor disponibilidad o menor legitimidad de estos servicios, orientando su demanda hacia lo curativo.

Desde el enfoque económico, también se analiza el papel de la **información asimétrica**, fenómeno que ocurre cuando el profesional de salud posee mayor conocimiento que el paciente. Esta situación puede influir en la decisión de consumo de servicios, ya que la persona depende de la orientación técnica para definir la necesidad y el tipo de intervención requerida. La confianza en el profesional y en la institución, por tanto, se convierte en un elemento clave en la configuración de la demanda.

Por otro lado, el comportamiento de demanda no puede explicarse exclusivamente desde criterios racionales de maximización económica. Las decisiones sanitarias están mediadas por percepciones de riesgo, experiencias previas y valores culturales. No obstante, la economía sanitaria permite comprender cómo las restricciones presupuestarias y los incentivos estructurales moldean el patrón general de utilización.

En síntesis, la economía sanitaria aporta una dimensión complementaria al análisis de la demanda del cuidado de la salud, al considerar cómo los recursos disponibles, los costos y los incentivos institucionales influyen en la decisión de buscar atención. Esta perspectiva resulta particularmente pertinente en comunidades rurales, donde las limitaciones económicas pueden orientar la demanda hacia intervenciones percibidas como más inmediatas y efectivas, reforzando patrones centrados en la atención curativa.

2.1.6 Enfoque crítico latinoamericano

El enfoque crítico latinoamericano en salud surge como una corriente que cuestiona las interpretaciones tradicionales centradas exclusivamente en variables individuales o en modelos funcionalistas del uso de servicios. Desde esta perspectiva, la demanda del cuidado de la salud no puede entenderse únicamente como una decisión racional del individuo frente a una necesidad percibida, sino como un fenómeno profundamente condicionado por estructuras sociales, económicas y políticas que configuran las posibilidades reales de acceso y utilización.

Esta corriente se vincula estrechamente con la epidemiología crítica y con la teoría de la determinación social de la salud, que sostienen que los procesos de enfermedad y

atención están atravesados por desigualdades históricas y relaciones de poder (Breilh, 2021). En este sentido, la demanda no es un acto aislado, sino la expresión de condiciones estructurales que limitan o amplían las oportunidades de cuidado. Las poblaciones en situación de pobreza o exclusión no solo presentan mayor carga de enfermedad, sino también mayores barreras para acceder a servicios adecuados.

El enfoque crítico señala que los sistemas de salud pueden reproducir inequidades cuando priorizan intervenciones curativas de alto costo y descuidan estrategias de promoción y prevención dirigidas a grupos vulnerables. Asimismo, cuestiona la mercantilización de la atención sanitaria, donde la lógica de mercado puede orientar la oferta hacia servicios más rentables en detrimento de necesidades comunitarias. De este modo, la configuración de la demanda está influida tanto por las condiciones de vida como por la estructura institucional del sistema sanitario.

Otro elemento central del enfoque crítico es la dimensión cultural y comunitaria. En América Latina, las prácticas de cuidado están profundamente ligadas a tradiciones locales y a formas colectivas de organización. La demanda puede expresarse no solo en la búsqueda de servicios formales, sino también en recursos comunitarios, redes familiares y prácticas tradicionales. Ignorar estas expresiones puede conducir a interpretaciones incompletas del comportamiento sanitario.

Además, esta perspectiva enfatiza la importancia de la participación social en la construcción de políticas públicas. La demanda no debe analizarse únicamente como consumo de servicios, sino como derecho ciudadano a condiciones de vida saludables y a sistemas de atención equitativos. Desde esta visión, la transformación de patrones de demanda requiere intervenciones estructurales que reduzcan desigualdades y fortalezcan la atención primaria.

En síntesis, el enfoque crítico latinoamericano amplía el análisis de la demanda del cuidado de la salud al situarla dentro de un marco de determinación social y justicia sanitaria. Permite comprender que las decisiones individuales están condicionadas por contextos históricos y estructurales, y que la superación de patrones centrados exclusivamente en lo curativo implica transformar tanto las condiciones de vida como la organización del sistema de salud.

2.1.7 Espiritualidad y salud en contextos comunitarios

La dimensión espiritual constituye un componente frecuentemente subestimado en el análisis del proceso salud–enfermedad y en la comprensión de las demandas de cuidado. En numerosos contextos comunitarios, especialmente rurales, la salud no se limita al equilibrio físico o psicológico, sino que integra aspectos relacionados con el sentido de vida, la trascendencia, la fe y las creencias religiosas. Estas dimensiones influyen en la forma en que las personas interpretan el sufrimiento, enfrentan la enfermedad y buscan apoyo.

La espiritualidad puede entenderse como la búsqueda de significado, propósito y conexión, ya sea a través de una tradición religiosa específica o mediante creencias personales más amplias. Diversos autores han señalado que la dimensión espiritual cumple un papel relevante en la resiliencia frente a situaciones de enfermedad, especialmente en contextos de cronicidad o terminalidad (Koenig, 2012; Puchalski et al., 2009). Las prácticas espirituales pueden proporcionar consuelo emocional, fortalecer redes de apoyo y facilitar procesos de afrontamiento.

En contextos comunitarios, la espiritualidad suele estar integrada en la vida cotidiana y en las relaciones sociales. La participación en rituales, celebraciones religiosas o espacios de oración no solo cumple una función individual, sino que refuerza la cohesión social y el sentido de pertenencia. Estas dinámicas pueden influir en la manera en que se percibe la enfermedad y en el tipo de ayuda que se considera adecuada. En algunos casos, la demanda de cuidado incluye explícitamente la búsqueda de orientación espiritual o el acompañamiento de líderes religiosos.

La incorporación de la dimensión espiritual en el análisis de la demanda de salud permite reconocer que no todas las necesidades se expresan en términos clínicos. Algunas personas pueden priorizar recursos espirituales antes o junto con la atención médica formal. Ignorar esta dimensión puede limitar la comprensión integral del comportamiento sanitario, especialmente en comunidades donde la espiritualidad ocupa un lugar central en la interpretación del bienestar.

Asimismo, la atención sanitaria contemporánea ha comenzado a reconocer la importancia de abordar las necesidades espirituales como parte del cuidado integral. La

formación de profesionales en competencias de escucha activa, respeto a la diversidad de creencias y acompañamiento en procesos de sufrimiento contribuye a una atención más humanizada y culturalmente pertinente (Puchalski et al., 2009).

En síntesis, la espiritualidad en contextos comunitarios constituye un componente relevante en la configuración de la demanda de cuidado. Su consideración permite ampliar la comprensión del proceso salud–enfermedad hacia dimensiones simbólicas y trascendentes que influyen en la toma de decisiones sanitarias. En entornos rurales, donde las redes sociales y las tradiciones culturales mantienen una fuerte presencia, esta dimensión puede desempeñar un papel significativo en la manera en que se busca y se valora la atención.

2.2 Nociones básicas de las demandas del cuidado de la salud

Las demandas del cuidado de la salud representan la expresión concreta de cómo las personas responden ante una necesidad percibida de atención. No se trata únicamente del acto de acudir a un establecimiento sanitario, sino de un proceso más amplio que incluye decisiones, expectativas y valoraciones respecto al tipo de ayuda considerada adecuada. En este sentido, la demanda constituye el punto de encuentro entre la percepción individual del problema y la oferta institucional disponible.

Comprender las nociones básicas de la demanda implica reconocer que esta puede adoptar distintas formas según la visión del proceso salud–enfermedad predominante en la persona o comunidad. Algunas demandas se orientan principalmente hacia la resolución de síntomas y el tratamiento de patologías ya establecidas; otras se enfocan en la prevención, la promoción del bienestar o el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas. Asimismo, existen demandas vinculadas a dimensiones emocionales y espirituales que trascienden la lógica estrictamente clínica.

Estas distintas modalidades de demanda no surgen de manera aislada. Están influenciadas por factores socioculturales, experiencias previas con el sistema sanitario, accesibilidad de los servicios y condiciones económicas. La estructura del sistema de salud también desempeña un papel determinante, ya que la organización de la oferta puede incentivar o limitar determinados tipos de demanda. Por ejemplo, sistemas centrados en la atención hospitalaria tienden a reforzar demandas curativas, mientras que

modelos fortalecidos en atención primaria pueden favorecer la promoción y la prevención.

En el marco del presente estudio, resulta necesario delimitar conceptualmente las principales categorías de demanda identificadas en la población: demanda curativa, demanda promotora de salud y demanda espiritual. Cada una de ellas refleja una manera específica de comprender la necesidad de cuidado y de relacionarse con los servicios disponibles. La identificación y análisis de estas categorías permitirá comprender cómo se articulan con la visión del proceso salud–enfermedad desarrollada en el capítulo anterior.

De este modo, el análisis de las nociones básicas de la demanda no solo clarifica la variable desde el punto de vista conceptual, sino que proporciona el marco necesario para interpretar los hallazgos empíricos del caso de estudio, evidenciando la relación entre concepciones sanitarias y comportamientos de cuidado en el contexto rural investigado.

2.2.1 Definición conceptual

La demanda del cuidado de la salud puede definirse como el proceso mediante el cual una necesidad percibida de atención se transforma en una acción concreta orientada a buscar ayuda, asesoramiento o intervención sanitaria. A diferencia de la necesidad objetiva, que puede ser identificada clínicamente por un profesional, la demanda implica una decisión activa de la persona o del grupo social, influida por percepciones, creencias y condiciones contextuales (Andersen, 2008).

Desde una perspectiva teórica, la demanda no depende exclusivamente de la presencia de enfermedad, sino de la interpretación subjetiva del estado de salud y de la valoración que se realiza respecto a la conveniencia de acudir a un servicio. White, Williams y Greenberg (1992) señalaron que la percepción de morbilidad constituye un paso previo fundamental para que se active el proceso de búsqueda de atención. Es decir, la persona debe reconocer un malestar como significativo antes de decidir demandar cuidado.

Asimismo, la demanda está condicionada por factores facilitadores y barreras estructurales. Incluso cuando existe necesidad percibida, la falta de recursos económicos,

la distancia geográfica o la desconfianza institucional pueden impedir la utilización de servicios (Frenk, 1992; Donabedian, 1998). En este sentido, la demanda representa el resultado de la interacción entre características individuales y condiciones del sistema de salud.

Desde el enfoque de determinantes sociales, la demanda también refleja desigualdades estructurales. Las condiciones socioeconómicas influyen en la capacidad de transformar una necesidad en atención efectiva, generando patrones diferenciados de utilización según la posición social (Organización Mundial de la Salud, 2008; Breilh, 2021). Así, la demanda no es un fenómeno puramente individual, sino socialmente configurado.

En términos económicos, la demanda puede analizarse como la cantidad de servicios que las personas están dispuestas y son capaces de utilizar en función de sus recursos y de los incentivos existentes en el sistema sanitario. Sin embargo, esta interpretación resulta incompleta si no incorpora dimensiones culturales y simbólicas que influyen en la legitimidad de ciertas prácticas de cuidado (Levesque, Harris & Russell, 2013).

En síntesis, la demanda del cuidado de la salud es la manifestación práctica de una necesidad percibida, mediada por factores individuales, sociales y estructurales. Esta definición conceptual resulta fundamental para el presente estudio, ya que permite analizar cómo las distintas visiones del proceso salud–enfermedad influyen en el tipo de demanda que emerge en comunidades rurales específicas.

2.2.2 Demanda curativa

La demanda curativa se refiere a la búsqueda de atención sanitaria orientada principalmente al diagnóstico y tratamiento de enfermedades ya manifiestas. Este tipo de demanda se activa generalmente ante la presencia de síntomas evidentes o malestar físico que interfiere con la vida cotidiana, y se dirige hacia servicios clínicos que ofrezcan una solución concreta e inmediata. En este sentido, la demanda curativa está estrechamente vinculada con una concepción de la salud centrada en la ausencia de patología y en la corrección técnica de alteraciones orgánicas (Engel, 1977).

Desde una perspectiva teórica, la demanda curativa se asocia con la percepción de necesidad basada en síntomas visibles o en diagnósticos confirmados. White, Williams y Greenberg (1992) señalaron que la activación del proceso de búsqueda de atención depende en gran medida de la interpretación subjetiva de la gravedad del malestar. Cuando el síntoma es intenso o afecta el desempeño laboral y familiar, la probabilidad de demandar atención aumenta significativamente.

El predominio de la demanda curativa también puede explicarse por la organización de los sistemas de salud, que históricamente han priorizado la atención hospitalaria y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los esquemas de financiamiento y los indicadores de desempeño suelen centrarse en la resolución de enfermedades agudas o crónicas, reforzando una cultura sanitaria orientada hacia la intervención técnica (Organización Mundial de la Salud, 2008). Esto puede generar incentivos institucionales que favorezcan la oferta y, en consecuencia, la demanda de servicios curativos.

Asimismo, la economía sanitaria señala que la demanda curativa resulta atractiva para la población debido a la percepción de utilidad inmediata. A diferencia de las intervenciones preventivas, cuyos beneficios pueden ser diferidos o menos visibles, el tratamiento curativo ofrece resultados tangibles como la reducción del dolor o la desaparición de síntomas (Levesque, Harris & Russell, 2013). Esta inmediatez refuerza la legitimidad social de la atención curativa.

En contextos rurales y en poblaciones con recursos limitados, la demanda curativa puede adquirir mayor relevancia debido a barreras de acceso a servicios preventivos y promocionales. Cuando la atención primaria no se encuentra fortalecida o cuando los controles periódicos son poco accesibles, la población tiende a acudir al sistema de salud principalmente en situaciones de enfermedad manifiesta.

Desde el enfoque crítico latinoamericano, también se ha señalado que la predominancia de la demanda curativa puede reflejar desigualdades estructurales que limitan la posibilidad de adoptar prácticas preventivas sostenidas (Breilh, 2021). Las condiciones socioeconómicas adversas pueden orientar la prioridad hacia la resolución inmediata de problemas, dejando en segundo plano acciones de promoción y autocuidado.

En síntesis, la demanda curativa constituye una forma de búsqueda de atención centrada en la resolución de enfermedades ya establecidas. Está influida por la percepción de gravedad, la organización institucional del sistema sanitario y factores económicos y culturales. Su análisis resulta fundamental para comprender los patrones de utilización observados en comunidades rurales y su relación con la visión predominante del proceso salud–enfermedad.

2.2.3 Demanda promotora de salud

La demanda promotora de salud se refiere a la búsqueda de acciones orientadas a mantener o mejorar el bienestar antes de que aparezca una enfermedad manifiesta. A diferencia de la demanda curativa, que se activa ante síntomas evidentes, la demanda promotora surge de una comprensión más preventiva e integral del proceso salud–enfermedad. Incluye actividades como vacunación, controles periódicos, tamizajes, educación sanitaria, adopción de estilos de vida saludables y participación en programas comunitarios de prevención.

Desde una perspectiva conceptual, la promoción de la salud implica fortalecer capacidades individuales y colectivas para mejorar el control sobre los determinantes que influyen en el bienestar (Organización Mundial de la Salud, 2008). Este enfoque reconoce que la salud no depende exclusivamente de intervenciones médicas, sino también de conductas saludables, entornos favorables y políticas públicas que reduzcan riesgos.

El modelo biopsicosocial proporciona sustento teórico a la demanda promotora, al reconocer que factores psicológicos y sociales influyen en la aparición y evolución de enfermedades (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004). Bajo esta perspectiva, la prevención y el autocuidado adquieren relevancia como estrategias para evitar complicaciones y fortalecer el bienestar integral.

Asimismo, el Modelo de Andersen señala que la percepción de necesidad no siempre está vinculada a la presencia de enfermedad, sino que puede relacionarse con la valoración anticipada de riesgos (Andersen, 2008). Cuando una persona reconoce la importancia de realizar controles o adoptar hábitos saludables, se activa una demanda orientada a la prevención. Sin embargo, esta forma de demanda depende en gran medida del nivel de alfabetización sanitaria y del acceso a información clara y pertinente.

Desde el enfoque de determinantes sociales, la promoción de la salud también implica intervenir sobre condiciones estructurales que favorecen entornos saludables (Breilh, 2021). La demanda promotora no solo se expresa en acciones individuales, sino también en iniciativas comunitarias que buscan mejorar condiciones de vida, como acceso a agua potable, saneamiento o espacios recreativos.

No obstante, en muchos sistemas de salud, la promoción y la prevención ocupan un lugar secundario frente a la atención curativa. Factores como limitaciones presupuestarias, menor visibilidad de resultados inmediatos y falta de incentivos institucionales pueden reducir la oferta de programas preventivos, lo que a su vez limita la demanda en esta dirección (Levesque, Harris & Russell, 2013).

En contextos rurales, la demanda promotora puede estar condicionada por barreras geográficas, disponibilidad de personal de salud y acceso a programas comunitarios. Sin embargo, cuando existe articulación entre servicios sanitarios y redes locales, esta modalidad de demanda puede fortalecerse, contribuyendo a una atención más integral y sostenible.

En síntesis, la demanda promotora de salud representa una orientación preventiva y proactiva frente al cuidado. Está asociada a visiones integrales del proceso salud-enfermedad y a mayores niveles de información y participación comunitaria. Su análisis permite comprender cómo determinadas concepciones sanitarias favorecen prácticas de autocuidado y prevención en contextos específicos.

2.2.4 Demanda espiritual

La demanda espiritual se refiere a la búsqueda de apoyo, orientación o acompañamiento vinculado a la dimensión trascendente del ser humano frente a situaciones de enfermedad, sufrimiento o incertidumbre. A diferencia de la demanda curativa, centrada en la resolución técnica de una patología, o de la demanda promotora, orientada a la prevención y el autocuidado, la demanda espiritual responde a necesidades relacionadas con el sentido de vida, la esperanza, la fe y la conexión con valores o creencias profundas (Koenig, 2012).

Desde una perspectiva conceptual, la espiritualidad puede entenderse como la búsqueda de significado y propósito, que puede o no estar asociada a prácticas religiosas formales. En el contexto de la enfermedad, las personas suelen plantearse preguntas existenciales sobre el origen del sufrimiento, el futuro y la propia identidad. Estas inquietudes pueden generar una demanda específica de acompañamiento espiritual, ya sea a través de líderes religiosos, consejeros comunitarios o incluso profesionales de la salud con competencias en atención integral (Puchalski et al., 2009).

Diversos estudios han señalado que la dimensión espiritual influye en la forma en que las personas afrontan la enfermedad y en su capacidad de resiliencia. La fe y las creencias pueden proporcionar apoyo emocional, fortalecer redes comunitarias y mejorar la adherencia a tratamientos médicos. En este sentido, la demanda espiritual no se opone necesariamente a la atención biomédica, sino que puede coexistir y complementarla (Koenig, 2012).

En contextos comunitarios y rurales, la espiritualidad suele ocupar un lugar central en la vida cotidiana. Las prácticas religiosas, rituales colectivos y tradiciones culturales forman parte del tejido social, influyendo en la interpretación del proceso salud-enfermedad. En algunos casos, la enfermedad puede entenderse como un desequilibrio no solo físico, sino también espiritual o moral, lo que orienta la búsqueda hacia recursos simbólicos y comunitarios.

Desde el enfoque biopsicosocial, la dimensión espiritual puede integrarse como parte de la experiencia subjetiva del individuo, reconociendo que las creencias influyen en la percepción del malestar y en la toma de decisiones sanitarias (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004). Asimismo, desde la determinación social, se reconoce que las prácticas espirituales forman parte del capital cultural y comunitario que incide en la manera de enfrentar la enfermedad (Breilh, 2021).

No obstante, los sistemas de salud tradicionales suelen estar poco preparados para abordar esta dimensión. La formación profesional ha priorizado competencias técnicas, dejando en segundo plano la atención espiritual. Sin embargo, enfoques contemporáneos de cuidado integral promueven la inclusión de esta dimensión como parte de una atención centrada en la persona (Puchalski et al., 2009).

En síntesis, la demanda espiritual representa una expresión legítima del proceso de cuidado, vinculada a la búsqueda de sentido y apoyo en contextos de vulnerabilidad. Su reconocimiento amplía la comprensión de la demanda sanitaria más allá de lo clínico, permitiendo analizar cómo las creencias y valores culturales influyen en las decisiones relacionadas con el cuidado en comunidades rurales específicas.

2.2.5 Factores que condicionan el tipo de demanda

El tipo de demanda de cuidado que una persona o comunidad expresa no es resultado exclusivo de la presencia de enfermedad, sino de un conjunto de factores que influyen en la manera en que se interpreta la necesidad y en las alternativas disponibles para afrontarla. Estos factores interactúan entre sí, configurando patrones diferenciados de utilización de servicios y de búsqueda de apoyo.

Uno de los factores más relevantes es la **visión del proceso salud–enfermedad** predominante. Cuando la salud se concibe principalmente como ausencia de patología, es más probable que la demanda se oriente hacia intervenciones curativas ante síntomas manifiestos (Engel, 1977). En cambio, concepciones más integrales, que reconocen dimensiones psicológicas y sociales, pueden favorecer demandas orientadas a la prevención, al autocuidado o al apoyo comunitario (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004).

El **nivel de alfabetización sanitaria** también condiciona el tipo de demanda. Personas con mayor acceso a información y comprensión de riesgos tienden a valorar prácticas preventivas y promocionales, mientras que niveles más bajos de información pueden reforzar una búsqueda centrada en la resolución inmediata de síntomas (Levesque, Harris & Russell, 2013). La capacidad de interpretar mensajes de salud y de anticipar riesgos influye en la decisión de realizar controles periódicos o adoptar conductas preventivas.

Las **condiciones socioeconómicas** constituyen otro determinante central. La disponibilidad de recursos económicos, el tipo de empleo y la estabilidad laboral influyen en la posibilidad de acceder a servicios preventivos o en la priorización de soluciones inmediatas. En contextos de vulnerabilidad, la urgencia por resolver problemas concretos

puede orientar la demanda hacia la atención curativa, dejando en segundo plano acciones de promoción (Organización Mundial de la Salud, 2008; Breilh, 2021).

La **accesibilidad y organización del sistema de salud** también desempeñan un papel decisivo. La disponibilidad de servicios, la cercanía geográfica, los horarios de atención y la calidad percibida influyen en la transformación de la necesidad en demanda efectiva (Andersen, 2008). Cuando los servicios preventivos son escasos o poco accesibles, la población tiende a demandar atención únicamente ante situaciones agudas.

Otro factor importante es la **influencia cultural y comunitaria**. Las creencias compartidas, las prácticas tradicionales y la presencia de líderes comunitarios pueden orientar la demanda hacia recursos formales o informales de cuidado. En comunidades donde la espiritualidad ocupa un lugar central, pueden surgir demandas vinculadas al acompañamiento religioso o a prácticas simbólicas (Koenig, 2012).

Finalmente, las **experiencias previas con el sistema sanitario** condicionan la confianza y la percepción de efectividad. Experiencias positivas pueden incentivar la búsqueda temprana de atención, mientras que experiencias negativas pueden generar resistencia o postergación de la demanda.

En síntesis, el tipo de demanda del cuidado de la salud está determinado por la interacción entre factores conceptuales, socioculturales, económicos y estructurales. Comprender esta complejidad resulta esencial para analizar los patrones observados en contextos rurales y para interpretar cómo la visión del proceso salud–enfermedad influye en la modalidad de demanda predominante en una comunidad determinada.

2.2.6 Relación entre alfabetización sanitaria y demanda

La alfabetización sanitaria se refiere a la capacidad de las personas para acceder, comprender, evaluar y utilizar información relacionada con la salud con el fin de tomar decisiones adecuadas para su bienestar. Esta competencia no se limita a la lectura de folletos informativos, sino que implica habilidades cognitivas y sociales que permiten interpretar riesgos, comprender indicaciones médicas y participar activamente en el cuidado propio y comunitario (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La relación entre alfabetización sanitaria y demanda del cuidado es directa y significativa. Cuando las personas poseen mayores niveles de comprensión sobre factores de riesgo, prevención y manejo de enfermedades, es más probable que transformen sus necesidades en demandas orientadas a la promoción y a la prevención. Por el contrario, niveles bajos de alfabetización pueden limitar la identificación temprana de problemas y favorecer una demanda centrada exclusivamente en la atención curativa ante síntomas evidentes (Levesque, Harris & Russell, 2013).

Desde el Modelo de Andersen, la alfabetización sanitaria puede entenderse como un factor predisponente que influye en la disposición a utilizar servicios (Andersen, 2008). Una mayor comprensión del proceso salud–enfermedad facilita la percepción de necesidad antes de que la enfermedad se manifieste de manera severa. Asimismo, incrementa la probabilidad de adherencia a tratamientos y de participación en programas preventivos.

La alfabetización sanitaria también interactúa con los determinantes sociales. El nivel educativo formal, el acceso a información y las condiciones socioeconómicas influyen en la capacidad de interpretar mensajes de salud. En contextos rurales, donde pueden existir limitaciones en el acceso a información actualizada o en el uso de tecnologías digitales, la alfabetización sanitaria puede depender en mayor medida de estrategias comunitarias y de la interacción directa con el personal de salud (Breilh, 2021).

Además, la alfabetización no solo impacta en decisiones individuales, sino también en dinámicas colectivas. Comunidades con mayor capacidad para comprender riesgos sanitarios pueden organizarse en torno a iniciativas de promoción y prevención, fortaleciendo demandas orientadas a mejorar condiciones de vida. Por el contrario, cuando la información es limitada o poco accesible, la demanda puede concentrarse en la resolución de episodios agudos, reforzando patrones de atención tardía.

La relación entre alfabetización sanitaria y demanda también está vinculada a la confianza en el sistema de salud. La comprensión de procedimientos y tratamientos reduce la incertidumbre y facilita la interacción con profesionales, lo que puede favorecer una demanda más temprana y diversificada.

En síntesis, la alfabetización sanitaria constituye un factor clave en la configuración del tipo de demanda de cuidado. Su fortalecimiento puede contribuir a equilibrar patrones predominantemente curativos y a promover una orientación más preventiva e integral en la utilización de servicios de salud, especialmente en contextos rurales donde las desigualdades informativas pueden influir significativamente en las decisiones sanitarias.

El análisis desarrollado en este capítulo ha permitido comprender que las demandas del cuidado de la salud no son respuestas automáticas frente a la enfermedad, sino expresiones complejas mediadas por factores individuales, sociales y estructurales. La transformación de una necesidad percibida en demanda efectiva depende de la interacción entre creencias, recursos disponibles, accesibilidad institucional y condiciones socioeconómicas. En consecuencia, la utilización de servicios sanitarios refleja no solo estados clínicos, sino también dinámicas culturales y organizacionales.

Los referentes teóricos revisados muestran que la demanda puede explicarse desde múltiples perspectivas. El Modelo de Andersen aporta una estructura analítica que integra factores predisponentes, facilitadores y de necesidad; los enfoques de determinantes sociales evidencian cómo las desigualdades estructurales condicionan el acceso; la economía sanitaria explica la influencia de incentivos y costos en la decisión de buscar atención; y el enfoque crítico latinoamericano sitúa la demanda dentro de procesos históricos y de justicia social. Asimismo, la dimensión espiritual amplía la comprensión de la búsqueda de cuidado hacia aspectos simbólicos y trascendentes que influyen especialmente en contextos comunitarios.

La diferenciación conceptual entre demanda curativa, promotora de salud y espiritual permite identificar patrones específicos de comportamiento sanitario. Cada modalidad expresa una determinada manera de comprender la salud y de relacionarse con los servicios disponibles. La predominancia de una u otra forma de demanda no es fortuita, sino el resultado de la visión sanitaria predominante, del nivel de alfabetización en salud y de la organización del sistema sanitario.

En contextos rurales, donde las condiciones geográficas, económicas y culturales configuran escenarios particulares, estos factores adquieren especial relevancia. Las

barreras de acceso, la disponibilidad de servicios preventivos y la influencia de redes comunitarias moldean la forma en que se expresan las necesidades de cuidado. Por ello, analizar la demanda implica reconocer la complejidad del entorno y evitar interpretaciones reduccionistas centradas exclusivamente en el comportamiento individual.

Este capítulo complementa el análisis desarrollado en el anterior, estableciendo el marco conceptual necesario para comprender la interacción entre visión del proceso salud–enfermedad y modalidades de demanda. En el siguiente capítulo se presentará el caso de estudio realizado en comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash, donde se examinará empíricamente cómo estas concepciones se relacionan con los patrones de demanda observados en la población investigada.

CAPÍTULO III

CASO DE ESTUDIO: COMUNIDADES RURALES DEL DISTRITO DE SANTA, ÁNCASH

El análisis teórico desarrollado en los capítulos anteriores encuentra su expresión práctica en el estudio de un contexto específico: las comunidades rurales del distrito de Santa, en la región Áncash. Este escenario constituye un espacio social donde convergen condiciones económicas, culturales y organizacionales que influyen en la forma en que las personas comprenden la salud y en las decisiones que adoptan frente a una necesidad de cuidado.

Las áreas rurales presentan características particulares que las diferencian de entornos urbanos. Factores como la dispersión geográfica, la estructura familiar, la actividad económica predominante y la disponibilidad de servicios sanitarios configuran dinámicas propias en el acceso y utilización de atención médica. Asimismo, las creencias culturales y las redes comunitarias desempeñan un papel relevante en la interpretación del proceso salud–enfermedad y en la legitimación de determinadas prácticas de cuidado.

En este contexto, el caso de estudio permite analizar empíricamente la relación entre la visión del proceso salud–enfermedad y las demandas del cuidado de la salud. Más allá de describir frecuencias o porcentajes, el propósito es comprender cómo las concepciones predominantes influyen en el tipo de atención que se solicita y en la forma en que la población interactúa con el sistema sanitario.

El presente capítulo expone el diseño metodológico aplicado, las características de la población participante y los procedimientos utilizados para la recolección y análisis de datos. Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos y su interpretación, a fin de establecer la relación entre las variables estudiadas. Este abordaje permitirá contrastar los fundamentos teóricos previamente desarrollados con la realidad observada en las comunidades rurales del distrito de Santa, ofreciendo una visión integral del fenómeno investigado.

3.1 Diseño metodológico

El diseño metodológico constituye el marco estructural que orienta la forma en que se abordó el estudio de la relación entre la visión del proceso salud–enfermedad y las demandas del cuidado de la salud en comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash. A través de este diseño se definieron los procedimientos necesarios para recolectar, procesar y analizar la información de manera sistemática, garantizando coherencia entre los objetivos planteados y los resultados obtenidos.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque hipotético-deductivo, el cual parte de supuestos teóricos previamente establecidos y busca contrastarlos empíricamente en un contexto específico. Este enfoque permitió formular una hipótesis acerca de la relación entre ambas variables y someterla a verificación mediante técnicas estadísticas apropiadas. Asimismo, el estudio adoptó un diseño descriptivo correlacional, orientado a identificar las características predominantes de cada variable y a determinar la existencia de asociación entre ellas.

El componente descriptivo permitió caracterizar la visión del proceso salud–enfermedad y las modalidades de demanda presentes en la población estudiada, mientras que el componente correlacional posibilitó analizar la fuerza y significancia de la relación entre ambas dimensiones. Este tipo de diseño resulta pertinente cuando se busca comprender patrones de comportamiento y asociaciones sin intervenir directamente en las variables.

El diseño metodológico también contempló la delimitación de la población de estudio, los criterios de inclusión, la selección del instrumento de recolección de datos y los procedimientos de análisis estadístico. Se priorizó la claridad conceptual en la definición y operacionalización de las variables, asegurando que los indicadores utilizados reflejaran adecuadamente las categorías teóricas desarrolladas en los capítulos anteriores.

En síntesis, el diseño metodológico adoptado permitió estructurar el estudio de manera rigurosa, facilitando la obtención de evidencia empírica para analizar cómo las concepciones sobre el proceso salud–enfermedad se relacionan con los tipos de demanda de cuidado en un contexto rural específico.

3.1.1 Enfoque y tipo de investigación

El presente estudio se desarrolló bajo el **enfoque hipotético-deductivo**, el cual parte de fundamentos teóricos previamente establecidos para formular una hipótesis susceptible de verificación empírica. Este enfoque permitió articular los modelos conceptuales sobre visión del proceso salud–enfermedad y demandas del cuidado de la salud con la realidad observada en las comunidades rurales del distrito de Santa. A partir de la revisión teórica, se planteó la hipótesis de que existe una relación significativa entre ambas variables, la cual fue contrastada mediante análisis estadístico.

El enfoque hipotético-deductivo se caracteriza por estructurar la investigación en una secuencia lógica que inicia con la formulación de supuestos derivados de la teoría y culmina con su comprobación o refutación a través de datos empíricos. Este procedimiento favorece la coherencia entre marco conceptual, operacionalización de variables y análisis de resultados, permitiendo establecer conclusiones sustentadas en evidencia cuantitativa.

En cuanto al **tipo de investigación**, el estudio corresponde a un diseño **descriptivo correlacional**. Es descriptivo porque se orienta a caracterizar las variables de estudio, identificando la distribución de la visión del proceso salud–enfermedad y las modalidades de demanda del cuidado presentes en la población. Este componente permitió determinar frecuencias y proporciones, ofreciendo un panorama claro de las tendencias predominantes.

Asimismo, es correlacional porque busca establecer la existencia y magnitud de la relación entre las variables analizadas. La investigación no se limitó a describir fenómenos aislados, sino que examinó si determinadas visiones del proceso salud–enfermedad se asocian con tipos específicos de demanda de cuidado. Este análisis se realizó mediante pruebas estadísticas no paramétricas, adecuadas para variables categóricas, permitiendo evaluar la significancia de la asociación.

El diseño adoptado no implicó manipulación de variables ni intervención directa en la población, por lo que se enmarca dentro de los estudios **no experimentales**. Las variables fueron observadas tal como se presentan en la realidad, garantizando que los resultados reflejen las dinámicas propias del contexto estudiado.

En síntesis, el enfoque hipotético-deductivo y el tipo descriptivo correlacional permitieron abordar el fenómeno de manera sistemática y rigurosa, integrando fundamentos teóricos con evidencia empírica. Esta combinación metodológica resultó pertinente para analizar la relación entre concepciones sanitarias y demandas de cuidado en un contexto rural específico, aportando solidez al estudio y coherencia con los objetivos planteados.

3.1.2 Población y criterios de inclusión

La población del estudio estuvo conformada por **124 pobladores de la zona rural del distrito de Santa, región Áncash**, quienes constituyeron la totalidad de participantes considerados para el análisis (N=124). La elección de esta población respondió al interés de comprender cómo las concepciones sobre el proceso salud–enfermedad y las modalidades de demanda del cuidado se configuran en un contexto rural específico, caracterizado por dinámicas sociales y económicas propias.

El ámbito rural presenta particularidades que influyen en la percepción de la salud y en la utilización de servicios sanitarios, tales como dispersión geográfica, acceso limitado a establecimientos de mayor complejidad y fuerte presencia de redes familiares y comunitarias. Estas condiciones hacen pertinente el análisis de patrones de visión sanitaria y de demanda en este tipo de contexto, donde las decisiones de cuidado pueden diferir de aquellas observadas en entornos urbanos.

Para garantizar la pertinencia y coherencia del estudio, se establecieron **criterios de inclusión** específicos. En primer lugar, se consideró a personas **mayores de 18 años**, dado que se buscó recoger la percepción de adultos capaces de expresar de manera autónoma su visión sobre el proceso salud–enfermedad y sus decisiones relacionadas con la demanda de cuidado. En segundo lugar, se incluyó únicamente a quienes **manifestaron voluntariamente su deseo de participar**, respetando los principios éticos de consentimiento informado y participación libre.

La delimitación de estos criterios permitió asegurar que la información recopilada proviniera de sujetos con capacidad legal y cognitiva para comprender las preguntas del instrumento y para expresar sus experiencias y percepciones. Asimismo, el carácter

voluntario de la participación contribuyó a la validez de las respuestas, al minimizar sesgos asociados a coerción o presión externa.

En síntesis, la población y los criterios de inclusión definidos posibilitaron obtener información representativa del contexto rural estudiado, garantizando coherencia metodológica y respeto a principios éticos fundamentales en investigación social y sanitaria.

3.1.3 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de información se utilizó la **técnica de encuesta**, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado diseñado específicamente para el estudio. Este instrumento tuvo como propósito recoger datos relacionados con la visión del proceso salud–enfermedad y con las demandas del cuidado de la salud, asegurando coherencia con las definiciones conceptuales y operacionales desarrolladas en el marco teórico.

El cuestionario fue elaborado por el autor y estuvo compuesto por **nueve ítems**, que incluyeron preguntas cerradas y algunas de carácter abierto. Las preguntas cerradas permitieron clasificar las respuestas en categorías previamente definidas —visión biomédica, biopsicosocial o social; y demanda curativa, promotora o espiritual—, facilitando el análisis estadístico posterior. Las preguntas abiertas, por su parte, ofrecieron la posibilidad de captar matices en la percepción de los participantes, enriqueciendo la comprensión del fenómeno estudiado.

La construcción del instrumento se fundamentó en los componentes teóricos del proceso salud–enfermedad y de las demandas del cuidado, tomando como referencia enfoques contemporáneos que reconocen la multidimensionalidad del fenómeno sanitario (Breilh, 2021; Vergara, 2017). Se buscó que cada ítem reflejara con claridad las dimensiones conceptuales de las variables, garantizando correspondencia entre teoría y medición empírica.

El cuestionario fue diseñado en un lenguaje claro y accesible, considerando el contexto rural de la población participante y el nivel educativo predominante. Esta adecuación lingüística tuvo como finalidad facilitar la comprensión de las preguntas y reducir posibles sesgos derivados de interpretaciones ambiguas.

Asimismo, el instrumento permitió la evaluación de las variables en **escala nominal**, dado que las categorías de respuesta correspondían a clasificaciones cualitativas no jerarquizadas. Esta característica definió posteriormente el tipo de análisis estadístico aplicado, coherente con la naturaleza de los datos recopilados.

En síntesis, el instrumento de recolección de datos fue estructurado para captar de manera sistemática las percepciones y decisiones relacionadas con la salud en la población estudiada, garantizando alineación con el marco conceptual y permitiendo el análisis correlacional entre las variables objeto de investigación.

3.1.4 Procedimiento

El procedimiento de investigación se desarrolló de manera secuencial y organizada, asegurando coherencia entre los objetivos planteados y la recolección de información en campo. En una primera etapa, se realizó la coordinación con actores locales del distrito de Santa para facilitar el acceso a las comunidades rurales y garantizar condiciones adecuadas para la aplicación del instrumento. Esta fase permitió contextualizar el estudio y explicar a los participantes el propósito de la investigación.

Posteriormente, se procedió a la aplicación del cuestionario a los pobladores que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Antes de iniciar la encuesta, se brindó una explicación clara sobre la finalidad del estudio, la confidencialidad de la información y el carácter voluntario de la participación, asegurando el consentimiento informado de cada participante. Este procedimiento respondió a principios éticos fundamentales en investigación social y sanitaria, tales como respeto, autonomía y confidencialidad.

La aplicación del instrumento se realizó de manera directa, garantizando que las preguntas fueran comprendidas adecuadamente. En los casos necesarios, se ofrecieron aclaraciones sin inducir respuestas, con el fin de mantener la objetividad del proceso. La recolección de datos se llevó a cabo en un periodo determinado, asegurando uniformidad en las condiciones de aplicación.

Una vez culminada la fase de campo, se procedió a la revisión y verificación de los cuestionarios para identificar posibles omisiones o inconsistencias. Posteriormente, la

información fue codificada y registrada en una base de datos digital para su procesamiento estadístico. Este paso permitió organizar las respuestas de acuerdo con las categorías nominales previamente definidas para cada variable.

Finalmente, se realizó el análisis descriptivo y correlacional de los datos mediante el uso de software estadístico, aplicando la prueba de Chi cuadrado para determinar la existencia de asociación entre variables y el cálculo de estimación de riesgo (OR) para evaluar la magnitud de la relación. La significancia estadística se estableció considerando un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

En síntesis, el procedimiento seguido garantizó rigor metodológico en la obtención y procesamiento de la información, permitiendo que los resultados obtenidos reflejaran de manera fiel las percepciones y demandas de la población estudiada.

3.1.5 Procesamiento y análisis estadístico

Una vez concluida la fase de recolección de datos, se procedió al procesamiento sistemático de la información obtenida a través del cuestionario aplicado a los 124 participantes. En primer lugar, se realizó la codificación de las respuestas de acuerdo con las categorías previamente definidas en la operacionalización de las variables. Esta etapa permitió transformar la información cualitativa en datos categóricos susceptibles de análisis estadístico.

Los datos fueron ingresados en una base digital y procesados mediante el software estadístico **SPSS/PS+**, herramienta que facilitó el análisis descriptivo y correlacional de las variables. Se efectuó una revisión preliminar para identificar posibles errores de digitación, inconsistencias o valores perdidos, garantizando la calidad y confiabilidad de la base de datos.

En el **análisis descriptivo**, se calcularon frecuencias absolutas y relativas para cada categoría de las variables estudiadas. Esta fase permitió identificar la distribución de la visión del proceso salud–enfermedad (biomédica, biopsicosocial y social) y de las demandas del cuidado (curativa, promotora y espiritual). La información fue organizada en tablas unidimensionales que facilitaron la interpretación de tendencias predominantes en la población.

En el **análisis analítico**, se aplicó la prueba no paramétrica de **Chi cuadrado (χ^2)**, adecuada para evaluar la asociación entre variables categóricas en escala nominal. Esta prueba permitió determinar si existía relación estadísticamente significativa entre la visión del proceso salud–enfermedad y las demandas del cuidado de la salud. La significancia estadística se estableció con un nivel de confianza del 95%, considerando como punto crítico $p < 0.05$.

Adicionalmente, se realizó la **estimación de riesgo mediante el cálculo del Odds Ratio (OR)**, con el propósito de cuantificar la magnitud de la asociación entre determinadas categorías. Este análisis permitió interpretar no solo la existencia de relación, sino también la fuerza del vínculo entre una visión específica y un tipo de demanda determinado.

En síntesis, el procesamiento y análisis estadístico se desarrollaron de manera coherente con la naturaleza nominal de las variables y con el diseño descriptivo correlacional del estudio. Estos procedimientos permitieron obtener evidencia cuantitativa sólida para interpretar la relación entre concepciones sanitarias y modalidades de demanda en las comunidades rurales investigadas.

3.1.6 Consideraciones éticas

El desarrollo del estudio se sustentó en principios éticos fundamentales que orientan la investigación en el ámbito social y sanitario, garantizando el respeto a la dignidad, autonomía y derechos de los participantes. Desde la planificación hasta la ejecución del trabajo de campo, se priorizó la protección de las personas involucradas, considerando que la información recopilada se relaciona con percepciones y decisiones vinculadas a la salud.

En primer lugar, se aseguró el **principio de autonomía**, permitiendo que cada participante decidiera de manera libre y voluntaria su inclusión en el estudio. Antes de la aplicación del cuestionario, se explicó de forma clara el propósito de la investigación, la naturaleza de las preguntas y el uso académico de la información. Solo aquellas personas que manifestaron su consentimiento participaron en la encuesta, respetando el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna.

Asimismo, se garantizó el **principio de confidencialidad y anonimato**. Los datos recolectados no incluyeron información que permitiera identificar personalmente a los participantes. La información fue utilizada exclusivamente con fines académicos y presentada en forma agregada, evitando la individualización de respuestas. El manejo de la base de datos se realizó con criterios de seguridad y resguardo.

El estudio también consideró el **principio de beneficencia y no maleficencia**, procurando que la investigación no generara daño físico, psicológico o social a los participantes. Las preguntas fueron formuladas en un lenguaje respetuoso y adecuado al contexto, evitando contenidos que pudieran resultar ofensivos o generar incomodidad innecesaria. La temática abordada se centró en percepciones generales sobre salud y demandas de cuidado, sin indagar en aspectos sensibles o estigmatizantes.

Además, se respetó el **principio de justicia**, asegurando que la selección de la población no implicara discriminación ni exclusión indebida. Los criterios de inclusión fueron claros y aplicados de manera equitativa, considerando únicamente la mayoría de edad y la voluntad de participar.

En síntesis, las consideraciones éticas adoptadas garantizaron que la investigación se desarrollara bajo estándares de respeto y responsabilidad, fortaleciendo la validez del estudio y la confianza de la comunidad participante. Estas medidas contribuyen a que los resultados obtenidos reflejen de manera auténtica las percepciones y demandas de la población estudiada, dentro de un marco de integridad académica y social.

3.2 Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir del procesamiento y análisis estadístico de la información recolectada en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash. Los datos expuestos corresponden a la aplicación del cuestionario sobre visión del proceso salud–enfermedad y demandas del cuidado de la salud a los 124 participantes que conformaron la población de estudio.

En coherencia con el diseño descriptivo correlacional, los resultados se organizan en dos niveles de análisis. En primer lugar, se muestran los hallazgos descriptivos, que permiten identificar la distribución de las categorías de cada variable, evidenciando

tendencias predominantes en la población. En segundo lugar, se presentan los resultados analíticos derivados de la prueba de Chi cuadrado y de la estimación de riesgo (OR), con el propósito de determinar la existencia y magnitud de la relación entre la visión del proceso salud–enfermedad y las modalidades de demanda de cuidado.

A continuación, se procederá a mostrar y analizar de manera detallada los resultados obtenidos, organizados en tablas que facilitan su interpretación y permiten contrastar los hallazgos empíricos con el marco teórico desarrollado en los capítulos anteriores.

Tabla 1:

Visión del proceso salud-enfermedad en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash 2024.

<i>Visión del proceso salud-enfermedad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Visión Biomédica	78	62.9
Visión Biopsicosocial	29	23.4
Visión Social	17	13.7
Total	124	100,0

Tabla 2:

Demandas de cuidado de la salud en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash 2024.

<i>Demandas de cuidado de la salud</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Demanda Curativa	59	47.6
Demanda Promotora de salud	36	29.0
Demanda Espiritual	29	23.4
Total	124	100,0

Tabla 3:

Visión del proceso salud-enfermedad y demandas de cuidado de la salud en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash 2024.

Demandas de cuidado de la salud	Visión del proceso salud-enfermedad						TOTAL	
	*Biomédica		Biopsicosocial		Social		f _i	h _i
	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i		
*Curativa	55	93.2	3	5.1	1	1.7	59	100.0
Promotora de salud	16	44.4	17	47.2	3	8.3	36	100.0
Espiritual	7	24.1	9	31.0	13	44.8	29	100.0
TOTAL	78	62.9	29	23.4	17	13.7	124	100.0

$$X^2 = 62.8741 \text{ gl}=4 \quad p = 0.000 \text{ Altamente Significativo}$$

*OR = 25 Riesgo muy elevado

3.2.1 Visión del proceso salud–enfermedad

En la Tabla 1 se presenta la distribución de la visión del proceso salud–enfermedad en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash. Los resultados evidencian que **predomina la visión biomédica**, con 78 participantes que representan el **62.9%** del total. En segundo lugar, se encuentra la **visión biopsicosocial**, con 29 personas (**23.4%**), mientras que la **visión social** presenta la menor proporción, con 17 participantes (**13.7%**).

Estos datos muestran una clara inclinación hacia una comprensión de la salud centrada en la enfermedad como alteración biológica y en la búsqueda de soluciones clínicas ante síntomas manifiestos. La menor presencia de visiones integrales sugiere que, aunque existen perspectivas que incorporan dimensiones psicológicas, sociales y estructurales, estas no constituyen el enfoque predominante en la población estudiada.

3.2.2 Demandas del cuidado de la salud

En la Tabla 2 se observa la distribución de las demandas del cuidado de la salud en la población participante. Los resultados indican que la **demanda curativa** es la más

frecuente, con 59 personas (**47.6%**). Le sigue la **demanda promotora de salud**, con 36 participantes (**29.0%**), y finalmente la **demanda espiritual**, con 29 personas (**23.4%**).

La predominancia de la demanda curativa sugiere que la mayoría de la población tiende a acudir al sistema de salud principalmente ante la presencia de enfermedad ya instalada, priorizando el tratamiento por encima de acciones preventivas o promocionales. No obstante, la presencia de demandas promotora y espiritual evidencia que una proporción significativa reconoce también otras dimensiones del cuidado.

3.2.3 Relación entre variables

La Tabla 3 presenta el análisis cruzado entre ambas variables. Los resultados muestran que entre quienes manifiestan **demanda curativa**, el **93.2%** presenta una **visión biomédica** del proceso salud–enfermedad, mientras que solo el 5.1% corresponde a visión biopsicosocial y el 1.7% a visión social. Esto evidencia una fuerte asociación entre enfoque biomédico y búsqueda de atención curativa.

En el grupo que presenta **demanda promotora de salud**, la mayor proporción corresponde a la **visión biopsicosocial (47.2%)**, seguida por la visión biomédica (44.4%) y en menor medida la visión social (8.3%). Este patrón sugiere que una comprensión más integral de la salud favorece prácticas orientadas a la prevención y al autocuidado.

Por su parte, entre quienes expresan **demanda espiritual**, predomina la **visión social (44.8%)**, seguida de la biopsicosocial (31.0%) y en menor proporción la biomédica (24.1%). Este resultado indica que las personas que comprenden la salud como fenómeno influido por condiciones sociales y estructurales tienden a integrar con mayor fuerza la dimensión espiritual dentro de sus decisiones de cuidado.

El análisis estadístico mediante la prueba de **Chi cuadrado ($X^2 = 62.8741$; $gl = 4$; $p = 0.000$)** evidencia que existe una **relación altamente significativa** entre la visión del proceso salud–enfermedad y las demandas de cuidado de la salud. El valor de p inferior a 0.05 permite rechazar la hipótesis nula y confirmar que ambas variables están asociadas de manera estadísticamente significativa.

Adicionalmente, el cálculo del **Odds Ratio (OR = 25)** indica que las personas que presentan demanda curativa tienen **25 veces más probabilidad de poseer una visión**

biomédica del proceso salud–enfermedad en comparación con otras modalidades de demanda. Este resultado demuestra que la asociación no solo es significativa, sino también de **magnitud elevada**.

En conjunto, los resultados confirman que la manera en que las personas conceptualizan la salud influye de forma directa en el tipo de demanda que realizan, evidenciando coherencia entre el marco teórico desarrollado y los hallazgos empíricos del estudio.

3.2.4 Análisis estadístico (Chi cuadrado)

Con el propósito de determinar si existe relación estadísticamente significativa entre la **visión del proceso salud–enfermedad** y las **demandas del cuidado de la salud**, se aplicó la prueba no paramétrica de **Chi cuadrado (χ^2)**, adecuada para variables categóricas en escala nominal.

El resultado obtenido fue:

- $\chi^2 = 62.8741$
- **Grados de libertad (gl) = 4**
- **p = 0.000**

Dado que el valor de **p es menor a 0.05**, se rechaza la hipótesis nula de independencia entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa que plantea la existencia de una relación significativa. El nivel de significancia obtenido ($p = 0.000$) indica que la probabilidad de que esta asociación se deba al azar es prácticamente nula, por lo que la relación entre ambas variables es **altamente significativa**.

Desde el punto de vista estadístico, este resultado demuestra que la distribución observada en la tabla de contingencia no es producto de una variación aleatoria, sino que existe una asociación real entre la forma en que las personas conciben el proceso salud–enfermedad y el tipo de demanda de cuidado que expresan.

El valor elevado del estadístico χ^2 (62.8741) evidencia además que las diferencias entre las frecuencias observadas y las esperadas bajo independencia son amplias, lo que

refuerza la solidez de la asociación. Esto significa que determinadas combinaciones — como visión biomédica y demanda curativa— ocurren con mucha mayor frecuencia de la que se esperaría si no existiera relación entre las variables.

En términos sustantivos, el análisis estadístico confirma que la concepción teórica que una persona posee sobre la salud influye significativamente en su comportamiento de demanda sanitaria. Este hallazgo respalda empíricamente los planteamientos desarrollados en el marco teórico, donde se argumentó que las visiones sanitarias moldean las decisiones de cuidado.

Por tanto, el análisis de Chi cuadrado no solo valida la hipótesis de investigación, sino que aporta evidencia cuantitativa sólida para sostener que existe una asociación estructurada y consistente entre ambas variables en el contexto rural estudiado.

3.2.5 Estimación de riesgo (OR)

Con el objetivo de determinar la magnitud de la asociación entre la **demanda curativa** y la **visión biomédica del proceso salud–enfermedad**, se realizó el cálculo del **Odds Ratio (OR)** como medida de estimación de riesgo.

El resultado obtenido fue:

- **OR = 25**

Este valor indica que las personas que presentan una **demanda curativa de cuidado de la salud** tienen **25 veces más probabilidad** de poseer una **visión biomédica** del proceso salud–enfermedad en comparación con quienes manifiestan otras modalidades de demanda (promotora o espiritual).

El Odds Ratio es una medida que permite cuantificar la fuerza de la asociación entre una exposición y un resultado. En este caso, la “exposición” corresponde a la demanda curativa y el “resultado” a la presencia de visión biomédica. Un OR mayor a 1 indica asociación positiva; cuando el valor es considerablemente superior a 1, como en este caso, se interpreta como un **riesgo elevado o muy elevado**.

El valor de 25 refleja una **asociación fuerte**, lo que significa que no solo existe relación estadísticamente significativa (como ya fue demostrado mediante la prueba de

Chi cuadrado), sino que la magnitud de dicha relación es sustancial. Este hallazgo confirma que la orientación curativa de la demanda está estrechamente vinculada con una comprensión de la salud centrada en la enfermedad como alteración biológica.

Desde el punto de vista interpretativo, este resultado refuerza la coherencia entre teoría y evidencia empírica. Si el modelo biomédico concibe la salud como ausencia de patología y prioriza la intervención técnica ante síntomas manifiestos, resulta consistente que quienes adopten esta visión presenten una probabilidad significativamente mayor de demandar atención curativa.

En síntesis, la estimación de riesgo mediante el OR complementa el análisis de significancia estadística, aportando una medida cuantitativa clara de la intensidad de la asociación. El hallazgo evidencia que la demanda curativa constituye un predictor fuerte de la presencia de visión biomédica en la población rural estudiada, consolidando la hipótesis central del estudio.

3.3 Análisis integrador del caso

Luego de presentar los resultados descriptivos y el análisis estadístico correspondiente, resulta necesario realizar una interpretación integradora que articule los hallazgos empíricos con el marco teórico desarrollado en los capítulos anteriores. Este apartado tiene como finalidad comprender el significado de los resultados más allá de los valores numéricos, situándolos dentro del contexto social, cultural y sanitario de las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash.

El análisis integrador permite examinar cómo la predominancia de una visión biomédica del proceso salud–enfermedad se vincula con el predominio de la demanda curativa, y cómo las visiones biopsicosocial y social se asocian con modalidades de demanda promotora y espiritual, respectivamente. Más que una coincidencia estadística, estos patrones reflejan la coherencia entre concepciones sanitarias y comportamientos de cuidado.

Asimismo, este análisis considera los factores estructurales y socioculturales que caracterizan al contexto rural estudiado. Las condiciones de accesibilidad, la organización del sistema de salud, la alfabetización sanitaria y la influencia de redes comunitarias

constituyen elementos que pueden explicar la configuración de los patrones observados. De este modo, se busca interpretar los resultados no solo desde una perspectiva cuantitativa, sino también desde una comprensión contextual y teórica.

En este apartado se integrarán los principales hallazgos del estudio con los modelos conceptuales revisados —modelo biomédico, biopsicosocial, determinación social y enfoques de demanda—, con el propósito de ofrecer una lectura comprensiva del fenómeno investigado y consolidar la interpretación global del caso de estudio.

3.3.1 Predominio biomédico en contexto rural

Los resultados obtenidos evidencian que la visión biomédica del proceso salud–enfermedad constituye la concepción predominante en las comunidades rurales del distrito de Santa, alcanzando el 62.9% de la población estudiada. Este hallazgo no puede interpretarse únicamente como una preferencia conceptual aislada, sino como la expresión de un proceso histórico y estructural que ha consolidado el modelo biomédico como paradigma dominante en la organización de los sistemas de salud y en la formación profesional (Engel, 1977).

En contextos rurales, la presencia del modelo biomédico puede explicarse por la fuerte institucionalización de la atención sanitaria centrada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Los establecimientos de salud suelen organizar sus servicios alrededor de consultas clínicas, prescripción de medicamentos y procedimientos terapéuticos, reforzando la idea de que la salud se define principalmente como ausencia de patología. Esta estructura institucional contribuye a que la población internalice una concepción donde la enfermedad es entendida como alteración biológica puntual que requiere intervención técnica.

Asimismo, la experiencia cotidiana de la población influye en la consolidación de esta visión. Cuando la atención recibida se centra mayormente en episodios agudos y en la resolución de síntomas inmediatos, se refuerza la percepción de que el sistema sanitario cumple su función principal al “curar” enfermedades. En este sentido, la eficacia visible de medicamentos y tratamientos clínicos puede fortalecer la confianza en el enfoque biomédico y desplazar otras dimensiones del cuidado.

Otro elemento relevante es la limitada presencia de programas sostenidos de promoción y prevención en algunos contextos rurales. Cuando las acciones preventivas no son sistemáticas o no tienen la misma visibilidad que la atención curativa, la población tiende a asociar el cuidado de la salud con la consulta médica ante síntomas manifiestos. Esta situación puede contribuir a que la visión integral del proceso salud–enfermedad tenga menor representación.

No obstante, el predominio biomédico no implica ausencia total de otras perspectivas. La presencia de visiones biopsicosocial y social, aunque en menor proporción, indica que existen concepciones más amplias que reconocen la influencia de factores emocionales y estructurales. Sin embargo, estas no logran desplazar la hegemonía del enfoque centrado en lo biológico.

Desde el punto de vista interpretativo, el predominio biomédico observado en el estudio se encuentra en coherencia con los planteamientos teóricos que señalan la persistencia de este paradigma como marco dominante en la cultura sanitaria contemporánea (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004; Breilh, 2021). En el contexto rural analizado, esta hegemonía se traduce en patrones de demanda que privilegian la atención curativa, como se evidenció en los resultados estadísticos.

En síntesis, el predominio biomédico en las comunidades rurales estudiadas refleja la influencia histórica e institucional del modelo clínico tradicional, reforzada por prácticas sanitarias centradas en la resolución de enfermedades. Este hallazgo constituye un elemento clave para comprender la relación entre concepción de salud y modalidad de demanda observada en el caso de estudio.

3.3.2 Asociación entre demanda curativa y visión biomédica

El análisis estadístico evidenció una asociación altamente significativa entre la demanda curativa y la visión biomédica del proceso salud–enfermedad ($\chi^2 = 62.8741$; $p = 0.000$), con una estimación de riesgo (OR = 25) que indica una relación de magnitud elevada. Este resultado confirma que quienes conciben la salud principalmente como ausencia de enfermedad presentan una probabilidad considerablemente mayor de demandar atención orientada al tratamiento de patologías ya manifiestas.

Desde una perspectiva teórica, esta asociación resulta coherente con los fundamentos del modelo biomédico, el cual entiende la enfermedad como una alteración biológica específica que debe ser diagnosticada y corregida mediante intervención técnica (Engel, 1977). Bajo esta lógica, la atención sanitaria se activa ante la presencia de síntomas físicos evidentes, priorizando el uso de medicamentos, procedimientos diagnósticos o intervenciones clínicas. La demanda curativa se convierte, así, en la expresión práctica de una concepción centrada en el cuerpo como objeto principal de intervención.

El hecho de que el 93.2% de quienes presentan demanda curativa posean visión biomédica demuestra que no se trata de una coincidencia aleatoria, sino de un patrón consistente. La magnitud del OR (25) indica que la demanda curativa no solo está asociada, sino que constituye un fuerte predictor de la presencia de visión biomédica. En términos interpretativos, esto significa que la forma de comprender la salud condiciona significativamente el tipo de atención que se busca.

Este hallazgo también puede explicarse desde la organización institucional del sistema de salud. Cuando los servicios disponibles están estructurados principalmente en torno a la atención clínica y hospitalaria, se refuerza la idea de que la función central del sistema es curar enfermedades. La población internaliza esta lógica y orienta su comportamiento sanitario hacia la búsqueda de soluciones inmediatas ante síntomas manifiestos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Asimismo, la percepción de eficacia inmediata asociada a la atención curativa puede fortalecer esta asociación. La resolución visible de síntomas —como la disminución del dolor o la recuperación tras tratamiento farmacológico— refuerza la confianza en el modelo biomédico y legitima su predominio. En contraste, los beneficios de acciones preventivas o promocionales suelen ser menos perceptibles a corto plazo, lo que puede reducir su priorización.

En el contexto rural estudiado, esta asociación puede estar influida también por factores de accesibilidad y por la limitada disponibilidad de programas preventivos sistemáticos. Cuando la interacción con el sistema sanitario ocurre principalmente en

episodios de enfermedad, se consolida una cultura sanitaria orientada a la respuesta curativa.

En síntesis, la fuerte asociación entre demanda curativa y visión biomédica confirma empíricamente la coherencia entre concepción teórica y comportamiento de cuidado. La manera en que las personas interpretan el proceso salud–enfermedad se traduce directamente en la modalidad de demanda que expresan, evidenciando que las prácticas sanitarias están profundamente vinculadas con marcos conceptuales internalizados en la comunidad.

3.3.3 Implicancias para el sistema de salud local

Los hallazgos del estudio no solo permiten comprender la relación entre visión del proceso salud–enfermedad y modalidad de demanda, sino que también plantean implicancias relevantes para la organización y funcionamiento del sistema de salud local en el distrito de Santa. El predominio de una visión biomédica y la fuerte asociación con la demanda curativa sugieren que el sistema sanitario se encuentra operando dentro de una lógica centrada principalmente en la resolución de enfermedades ya instaladas.

En primer lugar, esta situación puede generar una **sobrecarga en los servicios asistenciales**, especialmente en consultas orientadas a patologías agudas o descompensaciones de enfermedades crónicas. Cuando la población acude mayoritariamente ante síntomas manifiestos, la atención preventiva y promotora queda relegada, lo que puede incrementar la incidencia de complicaciones que podrían haberse evitado con intervenciones tempranas.

En segundo lugar, el predominio de la demanda curativa revela la necesidad de **fortalecer la atención primaria de salud**, promoviendo estrategias que integren prevención, promoción y seguimiento comunitario. Si bien la atención clínica es indispensable, una organización equilibrada del sistema requiere ampliar la oferta de programas educativos, controles periódicos y actividades comunitarias que favorezcan una visión más integral del proceso salud–enfermedad.

Asimismo, los resultados evidencian la importancia de **incorporar enfoques biopsicosociales y sociales en la práctica profesional**. La formación continua del

personal de salud puede contribuir a ampliar la mirada más allá del diagnóstico y tratamiento, integrando dimensiones emocionales, familiares y comunitarias en el abordaje sanitario. Esta transformación podría favorecer la emergencia de demandas orientadas al autocuidado y a la promoción de la salud.

Otra implicancia relevante es la necesidad de **fortalecer la alfabetización sanitaria** en la población. La promoción de información clara y culturalmente pertinente puede facilitar que las personas identifiquen riesgos antes de que se conviertan en enfermedad manifiesta, estimulando la demanda preventiva. Estrategias educativas comunitarias, talleres participativos y materiales adaptados al contexto rural pueden contribuir a equilibrar el patrón predominantemente curativo.

Finalmente, el reconocimiento de la dimensión espiritual como parte de la demanda de cuidado plantea la conveniencia de promover una atención más humanizada y culturalmente sensible. La articulación con líderes comunitarios y el respeto por creencias locales pueden fortalecer la confianza en el sistema sanitario y ampliar la comprensión del cuidado integral.

En síntesis, los resultados del estudio sugieren que el sistema de salud local enfrenta el desafío de transitar desde una lógica predominantemente curativa hacia un modelo más integral y preventivo. La comprensión de las concepciones sanitarias presentes en la población constituye un punto de partida fundamental para diseñar estrategias que respondan de manera efectiva a las necesidades reales de la comunidad rural estudiada.

El caso de estudio desarrollado en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash, ha permitido contrastar empíricamente los fundamentos teóricos expuestos en los capítulos anteriores. Los resultados evidencian que la visión del proceso salud-enfermedad no es una categoría abstracta, sino un marco interpretativo que influye de manera directa en la forma en que las personas demandan cuidado.

El predominio de la visión biomédica y su fuerte asociación con la demanda curativa confirman que las concepciones centradas en la enfermedad como alteración biológica se traducen en comportamientos orientados principalmente al tratamiento de síntomas ya manifiestos. La significancia estadística obtenida y la magnitud del Odds

Ratio refuerzan la consistencia de esta relación, demostrando que no se trata de una coincidencia circunstancial, sino de un patrón estructurado dentro del contexto rural analizado.

Asimismo, la presencia de demandas promotora y espiritual, vinculadas respectivamente con visiones biopsicosocial y social, evidencia que existen perspectivas más amplias de comprensión sanitaria dentro de la población. Estas concepciones, aunque minoritarias, muestran potencial para fortalecer prácticas preventivas, comunitarias y humanizadas, contribuyendo a una atención más integral.

El análisis integrador permite concluir que las dinámicas observadas responden tanto a factores culturales como a la organización institucional del sistema de salud. La estructura predominantemente curativa de los servicios y la limitada visibilidad de estrategias preventivas refuerzan la hegemonía del enfoque biomédico. En consecuencia, cualquier transformación orientada hacia un modelo más integral requerirá intervenciones simultáneas en formación profesional, alfabetización sanitaria y políticas públicas locales.

En síntesis, este capítulo ha demostrado que existe una relación sólida entre concepción sanitaria y modalidad de demanda en el contexto rural estudiado. Los hallazgos constituyen un aporte relevante para la comprensión de los patrones de utilización de servicios y ofrecen insumos para la planificación de estrategias que promuevan un equilibrio entre atención curativa, promoción de la salud y reconocimiento de dimensiones sociales y espirituales del cuidado.

Con este análisis se completa el desarrollo empírico del libro, dando paso a las conclusiones finales, donde se integrarán los aportes teóricos y los hallazgos del estudio para formular reflexiones y proyecciones orientadas a la mejora del sistema de salud local.

REFLEXIONES FINALES

El presente estudio permitió evidenciar que, en las comunidades rurales del distrito de Santa, Áncash, predomina una visión biomédica del proceso salud–enfermedad. Esta concepción, centrada en la enfermedad como alteración biológica y en la salud como ausencia de patología, constituye el marco interpretativo dominante en la población investigada. Si bien se identificaron visiones biopsicosociales y sociales, estas ocupan un lugar secundario, lo que confirma la vigencia del paradigma clínico tradicional en el imaginario sanitario comunitario.

De manera coherente con esta predominancia conceptual, la demanda curativa se posiciona como la modalidad de cuidado más frecuente. La mayoría de los participantes tiende a acudir al sistema de salud ante la presencia de síntomas manifiestos, priorizando la resolución inmediata del malestar. Este patrón refleja una cultura sanitaria orientada a la intervención terapéutica más que a la prevención o promoción del bienestar, reforzando la centralidad del modelo biomédico en la práctica cotidiana.

El hallazgo más relevante del estudio es la existencia de una relación altamente significativa entre la visión del proceso salud–enfermedad y las demandas del cuidado de la salud. La asociación estadística obtenida confirma que las concepciones sanitarias influyen de manera directa en el comportamiento de búsqueda de atención. La estimación de riesgo evidenció que quienes presentan demanda curativa tienen una probabilidad considerablemente mayor de poseer una visión biomédica, lo que demuestra que el marco conceptual adoptado por las personas condiciona el tipo de cuidado que consideran legítimo y necesario.

Estos resultados permiten reflexionar sobre la necesidad de avanzar hacia una comprensión más integral del proceso salud–enfermedad en el ámbito rural. Si bien el modelo biomédico ha aportado avances significativos en el control de enfermedades, su aplicación exclusiva puede limitar la incorporación de dimensiones psicológicas, sociales y comunitarias que influyen en la experiencia de salud. La coexistencia de visiones

biopsicosociales y sociales en una parte de la población evidencia que existen bases para fortalecer enfoques más amplios, capaces de integrar promoción, prevención y atención humanizada.

En términos más amplios, el estudio pone de manifiesto que las prácticas de cuidado no pueden analizarse aisladas de los marcos conceptuales que las sustentan. Transformar los patrones de demanda requiere intervenir no solo en la oferta institucional, sino también en la manera en que la comunidad comprende la salud y la enfermedad. El fortalecimiento de la alfabetización sanitaria y la integración de estrategias comunitarias aparecen como elementos clave para promover un equilibrio entre atención curativa y acciones preventivas.

En definitiva, la investigación confirma que la visión del proceso salud–enfermedad constituye un determinante central del comportamiento sanitario. Comprender esta relación permite orientar políticas y estrategias que respondan de manera más efectiva a las necesidades reales de las comunidades rurales, promoviendo una atención más integral, participativa y contextualizada.

A partir de los hallazgos obtenidos, se considera fundamental promover una reforma progresiva de la educación sanitaria, tanto en la formación profesional como en los programas comunitarios. La incorporación sistemática de contenidos relacionados con los modelos biopsicosocial y social en los planes de estudio, complementando la formación clínica tradicional, puede contribuir a ampliar la perspectiva de los futuros profesionales. El uso de estudios de caso, simulaciones y experiencias en contextos comunitarios permitirá integrar teoría y práctica desde una mirada más integral.

Asimismo, resulta necesario fortalecer la alfabetización sanitaria y el empoderamiento de la población rural. La elaboración de materiales educativos en lenguaje claro y culturalmente pertinente, así como la implementación de talleres participativos y espacios de diálogo comunitario, puede favorecer una comprensión más amplia del proceso salud–enfermedad. Estas acciones contribuirían a estimular demandas orientadas a la prevención, el autocuidado y la participación comunitaria.

Finalmente, se recomienda alinear las políticas y el financiamiento del sistema de salud local hacia un enfoque más equilibrado. Destinar un porcentaje específico del

presupuesto a programas preventivos, psicosociales y comunitarios permitirá fortalecer la atención primaria y reducir la dependencia exclusiva de la atención curativa. Esta reorientación estratégica contribuiría a construir un sistema más equitativo, sostenible y acorde con las necesidades integrales de la población rural del distrito de Santa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday, A.; Andersen, R. (2012). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. Washington.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647–653. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>
- Boltanski, L. (1995). Los usos sociales del cuerpo. Ed. Periferia, Buenos Aires.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). *The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry*. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Breilh, J. (2021). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el proceso social. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ceriani, Sara Victoria (2020). Procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, itinerarios y políticas de salud intercultural en pueblos indígenas de Formosa. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II

- Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies
- Dávila, M. (2020). Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1). Informe Técnico No. 012. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc. Perú.
- Dever A. (1991). *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. OPS-OMS. Washington.
- Donabedian, A. (1998). Los espacios de la salud. Capítulo 7. Aspectos fundamentales de la organización de la Atención Médica. S.S., México.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Frenk, J. (1992). El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N°534. OPS. Washington.
- Gamarra Vilela, J. O. M., Ponce Loza, J. M., Zúñiga Huerta, J. V., Melgarejo Valverde, E. D., & Guibovich Arroyo, D. G. (2026). Atención médica de calidad, un panorama desde la salud pública: una revisión paraguas. En *Gestión, tecnología y sociedad en la era digital: Enfoque multidisciplinarios de investigación* (pp. 70-95). Editores Arco. <https://doi.org/10.48209/978-65-5417-649-4>
- Hansen, H., Skinner, D., & Thomas, D. (2019). Integrating community engagement into health professional education: A conceptual framework. *Journal of Interprofessional Care*, 33(3), 307–315. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1553360>
- Kasl, S. y Cobb, S. (1999). Health behavior, illness behavior and sick- role behavior, citado en Rosenstock, I.: "Por qué la gente utiliza los Servicios de Salud"-

- Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS, 1992. Washington.
- Koenig, H. G. (2012). *Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications*. ISRN Psychiatry, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Kornblit, I. y Mendes, A. (2018). La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. contenidos curriculares. México.
- Lemus, J. (2014). La Epidemiología en la gestión de servicios de salud: un método para una práctica. Epidemiología y Servicios de Salud. Publicación N° 38, OPS/OMS, Washington.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Mariano, H; Ramos, M. y Fernández. A. (2021). Salud y juventud. Edita. Consejo de la juventud de España. 2001ISBN. B4-921107-9-1,p. 5,8
- Mechanic, D. (2018). Public Expectations and Health Care: Essays on the changing Organization of Health Services. Citado en Aday, A., Andersen, R. (1992). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS, Washington.
- Menéndez, E. (1994). Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. Publicar, año III, N°4, México.

- Merzel, C. (2020). Gender differences in health care access indicators in an urban, low-income community. *American Journal of Public Health*, Washington.
- Navas-Moiso (1994). Modelos conceptuales para la investigación de necesidades en salud y utilización de servicios en poblaciones localizadas. *Cuadernos Médico Sociales* N° 69, 1994. Argentina.
- Olivero, I. (2024). Los niveles de prevención y su relación con el Proceso Salud-Enfermedad: Proceso Salud-Enfermedad-Prevención. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/10856/11221>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Pichón Riviere, E.; Quiroga, A. P. (1990). Enfoques y perspectivas en Psicología Social. Ediciones Cinco - 3° edición, Argentina.
- Ponce, J. y Colab (2017). Intervención de Enfermería en Salud Comunitaria-IESCO. Documento de trabajo; Sección de Salud Comunitaria, EAPE-FC-UNS; Nuevo Chimbote-Perú.
- Ponce Loza, J. M., Palacios Cardenas, J. M., Melgarejo Valverde, E. D., Minaya Serna, A. E., & Alva Quiliche, G. P. F. (2025). Salud para los que brindan salud: Clima organizacional y satisfacción del personal de enfermería en la atención primaria. *Tecnohumanismo*, 5(4). Recuperado a partir de <https://tecnohumanismo.online/index.php/tecnohumanismo/article/view/484>
- Puchalski, C. M., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H. M., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care:

- The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Rosenstock, I. (2012). Por qué la gente utiliza los Servicios de Salud. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. Washington.
- Rubio W. (2017). Percepción sobre el proceso salud - enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota 2011 - 2012. una visión antropológica. Tesis para optar el Grado de Doctor en Ciencias en la Universidad Nacional de Cajamarca. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/915618/percepcion-sobre-el-proceso-salud-enfermedad-de-los-pobladores-_YmiIBTu.pdf
- Ruiz-Rodríguez, M., Fernández-García, D., & Rueda, M. (2021). Demandas de atención en salud y barreras de acceso en poblaciones en situación de vulnerabilidad social. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e1–e12. https://doi.org/10.48295/esp_Salud Pública.2021.95.e202104042
- Salazar-Cobeña, C., y Ponce-Alencastro, J., (2024). Proceso salud - enfermedad en Latinoamérica. Perspectivas desde la Economía sanitaria, ambiental y ecológica. *Reincisol*, 3(6), pp. 6943-6969. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)6943-6969](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)6943-6969)
- Sociedad española de médicos en atención primaria (2019). Atención Primaria: Pasado presente y futuro. SEMERGENIE Business School. España.
- Suárez, R. (2011). Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En R. Suárez (comp.), *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2001, p. 11-21.
- Vergara, M. (2017). *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia.
- Vergara, Q. MC. (2016). Representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales. (Tesis Doctoral). Manizales: Universidad de Manizales.; 2006.

- Vicco, M. H. (2022). La reconstrucción del concepto proceso salud enfermedad desde el enfoque de sistema complejos. (Tesis de maestría). Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3887>
- White, K. Williams F., Greenberg B. (1992). La ecología de la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. 1992. Washington.
- Zola, I. (1992). Illness behavior of the Working Class: implications and recommendations. Citado en: Rosenstock, I. "Por qué la gente utiliza los Servicios de Salud". Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. 1999. Washington.
- Zurutuza, C. (2015). Modelo para la Promoción de la Salud y de los Derechos de las Mujeres y Jóvenes de sectores populares. En Género y Salud, Coord. Graciela Zaldúa, EUDEBA. México.