

Cultura Médica: Un intento de disertación

Medical Culture: A dissertation attempt

Cultura Médica: Uma dissertação tentativa

• • •

Paola Barreto B.¹

Recibido: Julio de 2013. Aceptado: Enero de 2014.

Citación Vancouver: Barreto P. Cultura médica: Un intento de disertación. *Salud Soc. Uptc.* 2014;1(1): pp. 37-42.

Resumen

Tradicionalmente, ha sido llamada cultura médica al grupo de conocimientos que tienen los profesionales expertos en medicina y salud con respecto al proceso salud-enfermedad, sin embargo, las ideas que la gente del común tienen acerca de los padecimientos y las diversas maneras de enfrentarlos a través de un remedio, también pueden dar soporte a su definición; dichas ideas varían de acuerdo con las habilidades individuales, las experiencias vividas, las relaciones sociales y la influencia de agentes externos como los medios de comunicación. Tres constructos, desde la visión de los actores, entendidos como salud intercultural, modelos de atención y medicalización, explican y condicionan las decisiones que individuos y colectivos han tomado y seguirán tomando respecto a su salud.

Palabras clave: Cultura, Medicalización, Atención al paciente, características culturales, Competencia Cultural. (Fuente: DeCS)

Abstract

Traditionally, the set of knowledge that professional experts have in medicine and health, regarding health-disease processes, has been called medical culture; nevertheless, the ideas that ordinary people have about the suffering and the various ways of coping with it through a remedy can

also support their definition; these ideas vary according to individual skills, life experiences, social relationships and the influence of external agents such as mass media. Three constructs, from the perspective of the actors, understood as intercultural health, models of care and medicalization explain and influence decisions that individuals and groups have taken and continue to take regarding their health.

Keywords: Culture, Medicalization, Patient care, cultural characteristics, Cultural Competency. (Source: DeCS)

Resumo

Tradicionalmente, a cultura médica tem sido definida como um grupo de conhecimento que têm especialistas em medicina e profissionais de saúde em relação aos processos de saúde e doença, no entanto, as ideias que as pessoas comuns têm sobre doenças e as várias maneiras para resolvê-las através de um remédio, eles também podem apoiar a sua definição; essas ideias variam de acordo com as habilidades individuais, experiências, as relações sociais e influência dos agentes externos, tais como os meios de comunicação. Três construtos, a partir da perspectiva dos atores, entendidos eles como saúde intercultural, modelos de atenção e medicalização, explicam e influenciam as decisões que os indivíduos e os grupos tomaram e continuam a tomar em relação a sua saúde.

1 Universidad de Boyacá (Tunja – Colombia). Correspondencia: paolabarreto@uniboyaca.edu.co

Palavras chave: Cultura, Medicalização, Assistência ao paciente, Características culturais, Competência Cultural. (Fonte: DeCS)

Aproximarse a una disertación sobre cultura medica entendida vulgar y restringidamente como aquellos conocimientos que tienen los profesionales expertos en medicina y salud con respecto a los procesos salud-enfermedad, aparentemente se convierte en una tarea sencilla, sin embargo, realizar este mismo ejercicio, poniendo como referente la concepción, de que la cultura medica es el conjunto de conocimientos que la "gente común" tiene sobre el origen, el curso y tratamiento de las enfermedades cualquiera que sea su cultura o su grado de conocimiento general, se traduce en un reto mucho más complicado. Se debe partir de reconocer que las ideas que la gente del común tiene, son extremadamente variadas y se centran principalmente en los padecimientos y en las diversas maneras de enfrentarlos a través de un remedio; algunas personas poseen cierta facilidad innata para adquirir conocimientos sobre su salud, razonar sobre ellos y utilizarlos acertadamente; otros, ya han tenido la vivencia previa de un padecimiento propio o cercano dentro de su núcleo social; algunos se soportan en sus relaciones familiares con profesionales de la salud, y finalmente, unos más, influenciados por el poder de los medios de comunicación, toman decisiones de alguna manera, una o varias de estas circunstancias, hacen que entender una cultura medica particular, sea una tarea difícil en relación con sus significados, límites, interpretaciones y alcances.

Los límites de la cultura en el sujeto se pueden convertir en sus propios límites. En este sentido, se hace evidente la interrelación causal del hombre con su entorno y contexto, en la que los estados de evolución y crisis se presentan como hechos y decisiones, no obstante, la cultura es la construcción que da sentido a la cotidianidad y la historia, ha sido creada por las sociedades por naturaleza e instinto de preservación, y en ella, los grupos humanos procuran apostarle a la permanencia de sus creencias de forma indefinida.

Con el objeto de generar un proceso reflexivo al respecto, surge la inquietud de revisar si eso a lo que se ha llamado cultura médica, ha sido considerado por nuestra sociedad como objeto de análisis durante los innumerables esfuerzos realizados para obtener mejores resultados en salud. ¿Acaso hemos detenido el camino para explicar porqué nuestros intentos prioritariamente biomédicos han fracasado?

La sociedad toma y retoma sus funciones, decisiones y apuestas, a partir de la cultura y desde ella es que se construye mundo, se dan posibilidades, sentido a cada uno de los pensamientos hechos realidad y a cada una de las decisiones tomadas. La explicación a que nuestros incansables esfuerzos biomédicos, en ocasiones no respondan a las necesidades de individuos y colectivos, puede estar relacionada con la falta de comprensión del fenómeno cultural, como constante condicionante del actuar humano desde la concepción hasta la muerte, que guía

trascendentemente el camino del pensamiento, el sentir y el decidir del hombre frente al fenómeno salud enfermedad. En este orden de ideas y buscando dar solidez a la revisión del concepto cultura médica, se abordan, a partir de referentes, tres temas que pueden, englobar significativamente los constructos desde la visión de los actores: la salud intercultural, los modelos de atención y la medicalización.

Como **salud intercultural** se entiende el conjunto de acciones y políticas dirigidas a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud, implica la valoración de la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores, es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y el resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad (1).

Comelles y Caramés plantean la necesidad de enmarcar el proceso de salud-enfermedad-atención en una perspectiva histórica y cultural, argumentando que la medicina actual es producto de una sociedad en particular: la occidental y capitalista. Para ellos, el problema de las ciencias médicas radica en la negación de las relaciones sociales en la cual ella se inserta (2).

Desde el contexto de salud, la cultura está conformada por dos dimensiones que permiten concertar los significados, interpretaciones y visiones de los actores en los procesos que explican la salud-enfermedad; por un lado la dimensión cognitiva que otorga consistencia a la forma en que pacientes y profesionales perciben los fenómenos, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas; y por otro lado, la dimensión práctica que corresponde a la forma en la que los sujetos materializan todo lo que conocen a través de una serie de conductas y comportamientos para recuperar y mantener la salud, esta dimensión material o práctica es producto de las historias sociales y culturales de cada individuo (3,4).

Las diferencias culturales entre pacientes y profesionales se observan también al interior de los grupos, lo que refleja el carácter dinámico de la cultura. Como toda construcción humana, los componentes cognitivos y materiales se transforman en la medida en que el grupo social experimenta nuevos desafíos, por tanto, ignorar la influencia real que tiene la cultura, sujeta a cambios en el diario vivir, se constituye en una de las grandes dificultades para asumir y entender las decisiones de individuos y grupos con relación a sus procesos de salud y enfermedad.

El segundo aspecto que se debe traer a colación para continuar con la disertación sobre cultura médica, está

relacionado con los **modelos de atención**, que desde distintas perspectivas, constituyen las bases para proceder como sujetos en todos los procesos relacionados con el proceso salud-enfermedad (5).

Desde una perspectiva antropológica, los modelos de atención se refieren a todas las actividades relacionadas con el cuidado de los padecimientos en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (6).

En este sentido se debe entender entonces, que la decisión voluntaria que realizan los sujetos en torno a un modelo de atención, se liga directamente con las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas que caracterizan su cultura, por tanto, cualquier intento para interpretarla y describirla debe partir de lo que hacen y usan los individuos y sus grupos sociales, y no de lo que hacen o usan tradicional o biomedicamente aquellos que los intervienen; sólo a través del análisis del trayecto recorrido en vida por el paciente, es que se pueden identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que influyen un contexto determinado.

Según Morín *“La noción de autonomía humana es compleja porque depende de condiciones culturales y sociales. Para ser nosotros mismos, nos hace falta aprender un lenguaje, una cultura, un saber, y hace falta que esa misma cultura sea suficientemente variada como para que podamos hacer, nosotros mismos, la elección dentro del surtido de ideas existentes y reflexionar de manera autónoma. Esa autonomía se nutre, por lo tanto, de dependencia; dependemos de una educación, de un lenguaje, de una cultura”* (7).

La Biomedicina, conocida como medicina occidental, medicina científica ó medicina universal, es un sistema sustentado en la prestación de servicios de salud a los sujetos, por profesionales de la salud especializados, se sirve de instituciones como hospitales y clínicas, para centrar la intervención de los individuos bajo un modelo de venta de servicios, en el que el enfermo se constituye en consumidor y el profesional o técnico es quien vende el servicio (8). Como eje central de servicios, cobra vital importancia dentro de los modelos de atención. Si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como factores que afectan su salud.

Los conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones culturales, ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas y políticas, utilizan potencialmente las siguientes formas de atención (9):

a. Biomédica: Referida a profesionales del primer nivel de atención y del nivel de especialidades con el objeto

de atender padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades.

- b. “Popular” y “Tradicional”:** Expresadas a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerbateros, chamanes, santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos.
- c. Alternativas, paralelas o “new age”:** Que incluyen sanadores, bio-energéticos y nuevas religiones curativas de tipo comunitario.
- d. Devenidas de otras tradiciones médicas académicas:** Acupuntura, medicina ayurvedica, medicina mandarina, etc.
- e. Centradas en la autoayuda:** Cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por personas que padecen o co-padecen algún tipo de problema.

Los modelos de atención tradicionalmente más utilizados en nuestro contexto, están representados en una fracción significativa por la biomedicina, y por otro lado, se encuentran evidentes a través de la autoatención, modelos que se detallan a continuación:

La biomedicina como institución y proceso social, se caracteriza por su constante, impredecible e intermitente modificación referida a los cambios técnicos y científicos y a las formas dominantes de organizarse e intervenir no sólo técnica sino económica, social y profesionalmente a individuos y grupos sociales con el trascurrir diario. *“La biomedicina y los otros sistemas socioculturales reconstruyen de forma continua la naturaleza, incluyendo la naturaleza humana; pero la naturaleza constriñe recíprocamente qué se puede hacer de ella. La biomedicina es así el producto de una dialéctica entre la cultura y la naturaleza. Haciendo de esta dialéctica un foco central, la antropología de la medicina confronta la teoría antropológica general con una problemática vital y ofrece un objeto para su exploración”* (10).

Este modelo deposita sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica, que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos y da soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, incidiendo en la constante “biologización” de las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad-atención. Camarés afirma que el modelo biomédico tiende a atomizar tanto al sujeto de estudio (el enfermo) como al objeto de estudio (la enfermedad), lo cual impide contemplar y abordar esta última de una manera procesual, dialéctica y contextualizada. Para la autora, *“el lenguaje de la biomedicina, como un hecho social, está cargado de significados sociales que manifiestan relaciones de poder y que, al mismo tiempo, al estar investido de un aura de poder, está legitimado para construir formas de conocer, intervenir, así como de homogeneizar, entre otros al cuerpo, pieza anatomopatológica, al individuo enfermo-paciente, a la propia enfermedad, a la relación profesional-usuario; en definitiva al mundo”*.

"El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención"(11). La biomedicina ha reconocido la importancia de los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, sin embargo, dicho reconocimiento se ha tenido en cuenta, solo en algunas de las especialidades a cargo, es así como para el saber biomédico, prima la dimensión biológica de los padecimientos, y los principios de formación del profesional en salud, tienden a ser orientados hacia el conocimiento, identificación y diferenciación de contenidos puramente biológicos, la biología se constituye en el núcleo de la formación y los procesos sociales, culturales y psicológicos pasan a ocupar un segundo plano, en el que se entienden como anécdotas o historias de vida en las que no hay cabida ni reconocimiento para otras formas de atención.

El modelo biomédico insiste en la búsqueda incansable de enfermedades y enfermos, y en ese sentido de todo aquello, material y humano, que esté relacionado con ellos, médicos, medicamentos, tecnología, instituciones y tratamientos, han sido la excusa perfecta para enfermar a nuestra sociedad e incluir como objetos de atención, eventos y fenómenos culturales relacionados con las condiciones de vida y su calidad en contexto, surgen entonces fenómenos como, las llamadas patologías de la pobreza, que a la luz de un colectivo vulnerable y maleable permiten aumentar la carga de enfermedad y por supuesto promover en los sujetos y en su entorno el malestar social.

En múltiples contextos se reconoce que el médico y el resto de profesionales de la salud, no tienen formación profesional sobre los factores y procesos sociales y culturales que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos; algunos los incluyen a través de sus posibilidades y habilidades personales y no de una formación técnica específica, entonces, para aquellos que los consideran importantes cabría plantear la pregunta ¿cómo motivar la formación profesional en salud, de tal forma que se consideren fundamentales los procesos sociales y culturales para cumplir con el objetivo de aliviar, controlar o curar el padecimiento? Probablemente la respuesta a esta inquietud esté relacionada con soluciones más inclusivas que permitan por un lado, promover la formación de nuevos profesionales a partir del reconocimiento de la diversidad; el hecho de contar con docentes y estudiantes que sean capaces de compartir y replicar de manera objetiva su cultura en los diferentes contextos educativos, permite promover a partir del respeto a la diferencia, el conocimiento más profundo de la misma; por otro lado y siendo consistentes con los nuevos modelos determinantes de la salud enfermedad, es necesario desarrollar habilidades para comprender los determinantes sociales de la salud, desde los fundamentos de formación, como condiciones que explican padecimientos y como oportunidades para aliviarlos, controlarlos o curarlos.

La relación médico paciente en biomedicina, actualmente se caracteriza por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico, en algunas instituciones ya no se realizan historias clínicas o han sido reducidas a enumerar algunos datos económicos y demográficos sumados a la descripción de algunas características del tratamiento, la asignación de medicamentos y una pobre información sobre el diagnóstico y la evolución del padecimiento; lo más preocupante de esta situación, es que los modelos de atención en salud regulados por la nueva legislación de nuestro sistema, motivan con mayor intensidad la sumersión profunda en estas características para poder responder con objetivos, metas e indicadores trazados desde una visión puramente financiera y tecnicista.

Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se deposita en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el "ojo" y "mano" clínicos, sino en los signos producidos por los diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico paciente sino para la identificación profesional del médico consigo mismo (9), ¿y cómo no va a esperarse este tipo de conductas si cada prueba requiere de la utilización de nueva tecnología, nuevos especialistas y nuevos motivos para soportar económicamente el sistema? ¿Entonces para qué o para quién están siendo formados los profesionales en salud?

Tras esta revisión somera de lo que históricamente ha caracterizado a la biomedicina se puede concluir que es indispensable considerar los procesos y factores culturales asociados a los individuos y sus grupos sociales, porque únicamente a través de su consideración, es que se pueden entender, admitir y aceptar otras formas de atender la enfermedad. No se trata de desconocer los principios, fundamentos científicos y logros de este modelo de atención, simplemente se trata de soportar la validez de los otros modelos empleados, en los que las principales diferencias radican no sólo en el tipo de técnicas utilizadas, sino en el sentido y significado cultural con que se las utiliza, y en los que los resultados en salud, en términos de la función cultural van más allá de su eficacia específica.

El otro fenómeno importante que se debe resaltar como fundamental dentro de los principales modelos de atención, está relacionado con la autoatención, que es entendida como el conjunto de representaciones y prácticas que el sujeto y su grupo social emplean para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales; lo que implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Foucault afirma que *"El cuidado de sí consiste en el conocimiento de sí. El conocerse así mismo se convierte en el objeto de la búsqueda del cuidado"*

de sí. Desde su perspectiva genealógica, el cuidado de sí se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones" (12).

Desde la biomedicina, la autoatención suele identificarse exclusivamente con la automedicación, es decir con la decisión autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar los padecimientos sin intervención del médico o del personal de salud; es importante aclarar que la automedicación no se refiere solamente a la decisión de utilizar determinados fármacos desarrollados por la industria, sino que se relaciona también con el empleo de cualquier tipo de sustancias usadas por los individuos y sus grupos para aliviar el padecer o para estimular determinados comportamientos. Las actividades de automedicación y autocuidado son parte del proceso de autoatención; por autocuidado se suelen entender las acciones de tipo individual, que llevan a cabo los sujetos con el ánimo de prevenir el desarrollo de padecimientos y favorecer su salud, este es un concepto más vigente desde el punto del ejercicio de la biomedicina. "Es a partir de lo que acontece en la autoatención y por supuesto en la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones sociales y culturales ya señaladas, que el sujeto y su micro-grupo deciden consultar o no a curadores profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan" (9). En este sentido y recapitulando algunos conceptos mencionados anteriormente, cabe resaltar a Mechanic, quien propuso que el concepto de la conducta del enfermo debía distinguir, por lo menos cuatro grupos de variables: la visibilidad y frecuencia de los síntomas, el grado de severidad de los síntomas, la existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas y los factores no sociológicos tales como las características de los servicios de salud (13). Esta interpretación del autor permite dar paso a la reflexión final del concepto de medicalización que es determinante en la concepción de lo que se entiende y percibe por cultura médica hoy en día.

La medicalización es un proceso a través del cual fenómenos educativos, legales, religiosos y de otra índole, que anteriormente no eran considerados enfermedades, han pasado a ser reconocidos como fenómenos médicos. El diccionario de salud pública de Kishore (9) conceptualiza la medicalización como "la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas". Su proceder general está ligado a la definición de enfermedad, que desde la medicalización, se relaciona con la presencia de signos o síntomas, con aspectos estéticos, con la presencia de factores de riesgo o con la probabilidad de padecer en el futuro una enfermedad; la "no-enfermedad", desde su perspectiva, se describe como "un proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para la que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerada y tratada así" (14).

Para esto se requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad. Desde su perspectiva, el riesgo ha pasado a ser considerado también como una enfermedad prevalente, esta aceptación, hace suponer que los significados de padecimiento que la gente tiene, han sido trasgredidos hasta el punto de enfermar a un individuo sano e inducirlo a adoptar conductas y comportamientos que lo guíen hacia un modelo de atención específico cuando no es necesario. "Cada vez que se realiza un etiquetado de enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento. Frecuentemente esa terapia se prescribe sin dar a la persona la información adecuada sobre la naturaleza de los beneficios y efectos adversos, y por tanto, sin tener en cuenta las preferencias y aversión a los riesgos de cada uno" (14).

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización de la vida son diversos y complejos, entre ellos se destacan, el papel de los profesionales y sus instituciones para quienes prima el deseo de brindar mayores beneficios a sus pacientes, junto con la intención de ampliar el mercado y abrir nuevos caminos de especialización; por otro lado, se encuentran las empresas farmacéuticas para las que no es extraño reconocer su interés en comercializar tecnologías y medicamentos a partir de la aceptación de nuevas enfermedades; así como los medios de comunicación, quienes después de los profesionales en salud, son la principal fuente de información, afectando positiva o negativamente la utilización de servicios. Por último cabe resaltar la población, que de acuerdo con Thomas, en los 25 años anteriores, nada había cambiado tanto en el sistema sanitario como la percepción del público sobre su propia salud, por tanto, en la medida en que la población tenga mayor información, irá exigiendo a los profesionales el derecho a tener voz y voto sobre las decisiones que afectan su salud.

Payer libro titulado "Disease-Mongers. How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick", publicado en 1992, describe diez tácticas relacionadas con la medicalización de la vida, que serían retomadas en trabajos posteriores: "tomar una función normal e implicar que hay un problema y que debe ser tratado"; "imponer sufrimiento donde no lo hay necesariamente"; "definir una proporción de la población que sufre de la 'enfermedad' tan amplia como sea posible"; "acceder a los médicos dispuestos a participar de la promoción"; "encuadrar las cuestiones de una manera particular"; "usar selectivamente la estadística para exagerar los beneficios de un tratamiento"; "evaluar la eficacia de un tratamiento o intervención preventiva a través de un punto final ("outcome") equivocado"; "promover la tecnología como una magia que no tiene riesgos"; "tomar un síntoma común que puede significar cualquier cosa y hacerlo aparecer como el signo de una enfermedad seria" (15).

Entonces frente al mejoramiento de la salud intercultural, los modelos de atención y la medicalización, surge la pregunta: ¿Qué pensamos, que percibimos, de dónde venimos, a dónde vamos, qué resultados esperamos y qué estamos haciendo para lograrlo?

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, en relación con la salud intercultural, es importante plantear estrategias que ayuden a la modificación de las relaciones negativas, que por tradición, y a partir de la imposición de la medicalización, se han impuesto entre institución–usuario y entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención al proceso salud-enfermedad. Surge la necesidad de evaluar desde los centros de formación técnica y profesional en salud, la manera en la que debe ser incorporado un enfoque intercultural de formación, mucho más en aquellos contextos en los que el área de influencia de ejercicio, así lo exige, de tal forma que pueda reducirse la inequidad en salud, y se pueda mejorar la calidad de atención a los usuarios. Las diferencias significativas en el lenguaje y su uso, así como el propósito y necesidad de las intervenciones, las dificultades para establecer adecuadas relaciones de empatía y confianza con el usuario de otra cultura, la visión del mundo, las nociones del proceso salud enfermedad, la descalificación de prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y los padecimientos y el estigma social por marginación y pobreza, que generalmente entorpecen un adecuado ejercicio de los propósitos de la salud intercultural, pueden ser sorteados a través del reconocimiento, aprendizaje y respeto del otro como ser social y cultural distinto, pero para lograrlo, los actores del proceso de salud deberán estar comprometidos, formados y dispuestos al cambio (16).

Con respecto a los modelos de atención, se puede afirmar que la autoatención no implica sólo la posibilidad de encontrar consecuencias negativas o positivas para la

salud de los individuos y sus grupos sociales a partir de sus experiencias, vivencias y decisiones a juicio de terceros; sino que es el medio a través del cual podemos reconocer que los sujetos y sus grupos sociales tienen capacidades suficientes para apropiarse del proceso salud-enfermedad-atención con el anhelo de decidir, actuar, crear, y buscar soluciones a partir de la validez de sus propios saberes.

Finalmente, después de reconocer que la cultura médica va más allá del horizonte que se plantea durante la formación de nuevos profesionales, se propone concluyentemente, que los procesos de salud-enfermedad-atención no pueden seguir desconociendo la relevante participación de la cultura en torno a las decisiones individuales y colectivas, el hecho de rotular como anormales a sujetos sanos a partir de las exigencias de la medicalización y el desconocimiento de las virtudes de otro tipo de modelos, distantes de la biomedicina, en relación con las necesidades de atención en salud, se convierten en enemigos potenciales del éxito de cualquier intento por lograr una mayor y mejor calidad de vida de los individuos y los grupos sociales a los cuales pertenecen.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora certifica que ha participado de la autoría del manuscrito para tomar responsabilidad pública por su contenido. Como autora, asume toda la responsabilidad por las citas y referencias utilizadas en el texto, y manifiesta que no existe conflicto de interés a nivel personal, comercial, académico, político o financiero.

REFERENCIAS

- Alarcón AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile*. 2003;131:1061-1065.
- Fernández J. Salud e Interculturalidad en América Latina. *Perspectivas Antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2004. p. 350.
- Handwerker WP. *Quick ethnography*. California: Altamira Press; 2000.
- Geertz C. Thick description: toward an interpretative theory of culture. En: Bohannan P, Glazer M, editores. *High Points in Anthropology*. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 529-51.
- Menéndez EL. Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes. En: EL Menéndez, editor. *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicinas populares*. México: Casa Chata/CIESAS; 1982. p. 4-52
- Menéndez EL, Ramírez S. Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/enfermedad en una comunidad yucateca. México: Ministerio de Salud; 1980.
- Morín E. *Introducción al Pensamiento complejo*. Barcelona : Editorial GEDISA, 1998. P. 97.
- Sobo E, Loustaunau M. *The cultural context of health, illness, and medicine*. 2ª ed. Santa Bárbara CA: Praeger; 2010.
- Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc & Saúde Colet*, Rio de Janeiro. 2003;8(1):185-208.
- Comelles JM, Martínez A. Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina.
- Kishore J. *A dictionary of public health*. New Delhi: Century Publications; 2002.
- Garcés LF, Giraldó C. El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*. Año 14 Nº 22, enero – junio, 2013. pp. 187 – 201.
- Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx*. 1997;39:442-450.
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Ges Clin Sanit*. 2003;5(2):47-53.
- Payer y col. Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. En: Vara AM. *Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o disease mongering / Medicalizing people's daily life, creating disease or disease mongering*. *Evid Actual Práct Ambul*. 2008 Sep – Oct;11(5):130-132.
- Piñón SL. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 2004;(15-16):111-125.