

LA CULTURA EN SALUD

Patricio Barzallo Cabrera*

Resumen

¿Siempre nos estamos preguntando porqué nos enfermamos? En ocasiones no reflexionamos y nos ponemos a pensar cuál es nuestra cultura en salud que permite que eso pase, y en que fallamos. Partiendo de una premisa general de que todos tenemos una cultura, la cultura médica del común de la gente, se entiende como el conjunto de los conocimientos, que posee acerca de la medicina, independientemente del grado de educación o cultura en general. La cultura médica se extiende más allá del ámbito médico específico y humanístico, abarca mucho más allá de ellos, directa o indirectamente, incluyendo la enseñanza universitaria, la actividad médica como ciencia y como arte, la investigación, etc. Actualmente se ha dado mucho énfasis a la educación para la salud, se considera fundamental en las sociedades para: modificar conductas no saludables, promocionar conductas saludables y provocar procesos de cambio social. A pesar de todo lo que podamos hacer como políticas de salud, siempre existirán grupos o poblaciones que no recibirán la atención médica adecuada. La persistencia de brechas entre el acceso de la población indígena y no indígena a servicios de salud, muestra el carácter excluyente de las políticas de salud en nuestro país.

Abstract

Are we always wondering why we get sick? Sometimes we do not reflect and we think about what our culture in health is that allows that to happen, and that we fail. Starting from a general premise that we all have a culture, the common medical culture of the people, is understood as the set of knowledge, which has about medicine, regardless of the degree of education or culture in general. The medical culture extends beyond the specific and humanistic medical field, it extends far beyond them, directly or indirectly, including university education, medical activity as science and as art, research, etc. Currently there has been a lot of emphasis on health education,

*Médico Pediatra Hospital Universitario del Río y Clínica Santa Ana. Director Red de Salud UDA en Pediatría. Profesor Titular Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Presidente CMA

Correspondencia:

Nombre: Dr. Patricio Barzallo Cabrera

Correo electrónico:

patbarzallo@hotmail.com

Dirección: Av. Huayna Cápac y J. Peralta. Cuenca, Ecuador.

Código postal: EC 010156

Teléfono: (593) 999745255

Fecha de recepción:

22-09-2018

Fecha de aceptación:

22-11-2018

Fecha de publicación:

28-12-2018

Membrete bibliográfico:

Barzallo P. La Cultura en Salud. Cuenca-Ecuador. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 198-207

it is considered essential in societies to: modify unhealthy behaviors, promote healthy behaviors and provoke processes of social change. In spite of everything we can do as health policies, there will always be groups or populations that will not receive adequate medical attention. The persistence of gaps between the access of indigenous and non-indigenous populations to health services shows the exclusionary nature of health policies in our country.

Introducción

¿Siempre nos estamos preguntando porqué nos enfermamos? En ocasiones no reflexionamos y nos ponemos a pensar cual es nuestra cultura en salud que permite que eso pase, y en que fallamos. Al definir la cultura podemos decir que es el factor que determina, regula y moldea la conducta humana, y el comportamiento de las personas predispone en ocasiones a la población a determinadas enfermedades.

Constitucionalmente la salud representa un derecho que todos tenemos y que tenemos que cuidarla, protegerla y tratarla cuando esta se altere. Considerando a la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y con una capacidad de funcionamiento que permita que los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad puedan desarrollarse, creemos que el mejor negocio para la humanidad sería fomentar proactivamente la buena salud en lugar de pagar el precio de tratar la enfermedad.

Partiendo de una premisa general de que todos tenemos una cultura, la cultura médica del común de la gente, se entiende como el conjunto de los conocimientos, que posee acerca de la medicina, independientemente del grado de educación o cultura en general. (1)

Con el fin de preservar la salud, todos los grupos humanos desarrollan técnicas de carácter preventivo y curativo, normas sociales de control, y construcciones simbólico ideológicas, para enfrentar el proceso salud enfermedad muerte (2), esos saberes y técnicas médicas, incluyendo los desarrollos científicos de la medicina occidental, constituyen una serie de prácticas culturales que forman parte de los mecanismos de control de la naturaleza y de las personas, para la reproducción del orden social imperante (3).

Comprendiendo la totalidad de los conocimientos médicos, también existe una cultura médica pura, que a su vez puede ser considerada y reservado para los médicos y la gente de la medicina, los epistemólogos y los historiadores; estos conocimientos son extremadamente variados, y se centran principalmente en las enfermedades y los remedios.

Es usual afirmar que un "buen paciente" es aquel que "posee cultura", cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el "sin cultura", considerado un paciente más "difícil", que actúa equivocadamente por "ignorancia" o guiado por "supersticiones".

Estos pacientes presentan comportamientos y pensamientos singulares en cuanto a la experiencia de la enfermedad, así como nociones particulares sobre salud y terapéutica. Estas particularidades no provienen de las diferencias biológicas, pero sí de las diferencias socioculturales. Igualmente sustentamos que las cuestiones inherentes a la salud y a la enfermedad deben ser pensadas a partir de los contextos socioculturales específicos en los cuales los mismos ocurren.

Cuál es el ámbito de la cultura médica

La cultura médica se extiende más allá del ámbito médico específico y humanístico, abarca mucho más allá de ellos, directa o indirectamente, incluyendo la enseñanza universitaria, la actividad médica como ciencia y como arte, la investigación, las dificultades para el diagnóstico de alto costo, el transplante de órganos, la terapia génica, la fertilización asistida, los efectos nocivos del tabaco, el alcoholismo y las drogas, la anticoncepción, el aborto, la mortalidad infantil, el hambre, la obesidad, el cumplimiento de la voluntad definitiva en los enfermos terminales, y también la ética médica y todas sus derivaciones, incluida la clonación, y choques con otras culturas en todo el mundo.

Relación médico paciente

Que ha pasado con la relación médico paciente. Antes esta relación era preponderantemente paternalista, el médico preguntaba, explicaba, ordenaba; hoy, el enfermo, cualquiera sea la amplitud de sus conocimientos, ejerce su derecho a preguntar cosas que antes no preguntaba, a aceptar o rechazar la propuesta del médico, y acorde con su cultura, a discutir no sólo el tratamiento propuesto sino también el diagnóstico, y hasta la etiología y la naturaleza de su enfermedad. Este diálogo es favorecido no sólo por la cultura médica poseída por el paciente, sino también por los nuevos hábitos y obligaciones médico-sociales respirados por la sociedad.

El mundo va actualmente hacia la conducta médica digital y comienza a surgir una tendencia en América Latina y es la de confiar la salud a internet o mejor a las innumerables alternativas que ofrece el mundo digital al sector sanitario para que éste logre mayor eficiencia en sus procesos: tecnologías para telemedicina, aplicaciones móviles para realizar diagnósticos rápidos o registros médicos electrónicos, por citar algunas. De forma general, sobresale el dato de que 1 de cada 4 usuarios de internet busca a diario en la red conocimientos sobre el tema, en un interés por encontrar noticias especializadas y locales ajustadas a sus necesidades.

Un impacto importante tenemos con la implosión del Internet en el campo de la medicina, que permite la difusión de la información en una medida en la que antes no se habría soñado. Sin embargo, una indiscriminada difusión no siempre resultará benéfica, pues un exceso de información sin el suficiente conocimiento y razonamiento de cómo usarla y combinarla, lleva a la confusión, y es allí donde la cultura médica significa el buen uso del notable avance tecnológico proporcionado por el Internet y las redes sociales.

Durante el proceso cultural, los tiempos cambian, antes en general sólo contaban con el paciente y el médico, hoy intervienen las obras sociales y las organizaciones de asistencia médica, con todas sus complicaciones contractuales. También es cierto, y se ven fácilmente, los esfuerzos orientados por las autoridades sanitarias y difundidos por los medios de comunicación, de información en la prevención y promoción de salud.

Podemos observar que algunos diarios y revistas publican en forma permanente una sección dedicada a la salud, generalmente redactada por periodistas no médicos especializados en temas médicos, cambiando la extensión de sus dominios, hoy, la relación médico-paciente se ha extendido a una relación hombre-medicina moderna.

La ciencia y el arte de la medicina

Dentro de la cultura médica, existen dos clases de medicina que desde hace mucho tiempo atrás se disputan el dominio del tratamiento: la medicina ortodoxa, o si se quiere «oficial», enseñada en la universidad y aceptada por todos, y la medicina marginal, preconizada por grupos diferenciados y guiada por sus propios principios y tecnología. Para la mayoría de la gente, existen dos mundos: el de los enfermos y el de los médicos. Para algunos, ambos mundos viven distanciados, separados, pero en armonía, con aproximaciones ocasionales y para otros, existe hostilidad, ilustrada despiadadamente en obras literarias; también regulado y catalogado por la justicia el accionar médico como delito.

Las relaciones entre los resultados de la investigación biomédica considerada la ciencia médica y la práctica de la medicina a la cabecera del enfermo igualmente considerada el arte de la medicina no siempre tan armónicas como todos deseáramos, ha sido objeto de muchos cuestionamientos por múltiples catedráticos a nivel mundial. El profesor de medicina interna de Oxford Sir David Weatherall en su libro *SCIENCE AND THE QUIETART*, resume las extraordinarias relaciones entre la ciencia médica y el arte de la medicina, la primera solucionó grandes problemas, como la diabetes, la anemia perniciosa, las carencias vitamínicas, las infecciones y la vacunación preventiva, pero la segunda sigue sufriendo la irreductibilidad de la mortalidad por cáncer y por enfermedades cardiovasculares, degenerativas, neurológicas y geriátricas.

Al colocar en la balanza la ciencia y el arte de la medicina, vemos un saldo negativo generado en la investigación, razón por la cual se levantaron voces en detrimento de la investigación médica, invocando los perjuicios de su alto costo y las complicaciones fortuitas derivadas de su aplicación. McKeown confiere un papel mayor a las mejores condiciones sociales, ambientales y alimentarias, que al avance científico (5) y más radical fue la voz de Ivan Illich (Iván el Terrible) por el ataque despiadado, y también injustificado, desplegado en sus libros, principalmente en *MEDICAL NEMESIS* (6) clamando contra la medicalización de la cultura médica, con la consiguiente subordinación del hombre a los remedios, y estas letras han llamado la atención de los médicos de familia para mostrar que una cultura sana, aunque de lenta expansión de la verdaderamente científica cultura médica, será una garantía más para la buena relación del hombre con el arte y la ciencia de la medicina (7). Debemos mencionar otros aspectos de la cultura, en su proyección sobre la formación del médico, como son la cultura humanística y literaria, que parecen haber perdido algo del significado que antes se les confería, pero esto ya no es cultura médica del común de la gente, sino de la cultura del médico común (8), por ende, todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente.

Teorías de la salud

Para explicar desigualdades en salud se citan algunas teorías como: la conductual o cultural que parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como “cultura de la pobreza” ya que los pobres tienen preferencia por conductas no saludables y estilos de vida insanos, la materialista o estructural que destaca la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud.

Educación para la salud y estilos de vida saludables

Actualmente se ha dado mucho énfasis a la educación para la salud, se considera fundamental en las sociedades para: modificar conductas no saludables, promocionar conductas saludables y provocar procesos de cambio social. Los estilos de vida y las conductas saludables no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta. Es el componente subjetivo de la salud. La relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se les da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, etc. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir.

La experiencia propia de la gente hace que actualmente se haya multiplicado la afición por el deporte en todas sus líneas o ramas, dando mucho énfasis a la marcha, trote y carreras de varios kilómetros para gente de todas las edades y con el objetivo de incentivar un mejor estilo de vida saludable no solo para las personas con riesgos o enfermedades prevenibles que disminuyan la mortalidad y prolonguen el promedio de vida de las personas.

Políticas de salud

La Declaración de Alma Ata, promulgada en 1978, reconoce la salud como un derecho humano fundamental, considera inaceptables las graves desigualdades respecto a la salud de las poblaciones, afirma que es fundamental el desarrollo económico y social, admite tanto el papel de los gobiernos en el cuidado de la salud como el de las comunidades como actores con el derecho y el deber de participar en las acciones de salud (9) Así mismo propone la APS como estrategia central para mejorar la salud en el ámbito mundial, al entenderla como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y en tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Desde la mirada de la APS integral, la cultura tradicional en salud se reconoce como un valor y un recurso de los pueblos, mientras la cultura occidental, al tiempo que se propone como un recurso, es vista como una amenaza por su fuerza hegemónica (10).

Las metas propuestas por Alma-Ata "Salud para todos" para el año 2000 no se cumplieron por falta de voluntad médica, política e ideológica, y mejor se crearon sistemas de salud mixtos: para las clases bajas el subsidio estatal y para las clases beneficiadas económicamente, la alternativa privada. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud es un documento elaborado en Ottawa, Canadá, en 1986, donde se argumenta que los sistemas médicos de atención a la salud, así como las respuestas dadas a la enfermedad son sistemas culturales que están en consonancia con los grupos y las realidades sociales que los producen. Comprender esta relación es crucial para la formación de profesionales en el área de la salud.

Sistema de atención en salud

Al hablar de cultura, sociedad y salud encontramos que la enfermedad y las preocupaciones con la salud son universales en la vida humana, presentes en todas las sociedades. Cada grupo se organiza colectivamente – a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales – para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos. Con este intuición, todas las sociedades desarrollan conocimientos, prácticas e instituciones particulares que podemos denominar sistema de atención a la salud (11).

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, a estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del “estado de salud”. De esta manera el sistema de atención a la salud no está desacoplado de otros aspectos generales de la cultura. De esta forma, no podemos desconocer a ciertos pueblos y sus costumbres, que está ligada a su cosmología, a las clasificaciones de los alimentos y a los estados de las personas, no comprenderemos entonces, la importancia dada por ellos a las maneras tenidas como correctas y “puras” de cómo preparar y comer los alimentos.

El sistema de atención a la salud es un modelo conceptual y analítico, no una realidad en si para los grupos sociales con los cuales convivimos o estudiamos. Cabe resaltar que, en una sociedad compleja, como la nuestra, existen varios sistemas de atención a la salud operando concomitantemente, sistemas estos que representan la diversidad de grupos y culturas que la constituyen. Muchos grupos no buscan biomédicos, pero utilizan la medicina popular, otros utilizan sistemas médicos religiosos, otros también recorren a varios sistemas a lo largo del proceso de enfermedad y cura.

El sistema cultural de salud

El sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas como el mal de ojo (12) que son consideradas enfermedades para varios grupos sociales, entre tanto no son reconocidas o tratadas por los (bio) médicos.

La cultura médica ofrece varias teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de determinado grupo, las cuales, frecuentemente, apuntan a causas múltiples para las enfermedades, que pueden ser, por ejemplo: “místicas” y/o “no místicas”: unas para curar el cuerpo físico y otras para curar el cuerpo o estado espiritual o social (13). Las teorías etiológicas que incluyen “causas naturales” también están presentes en sistemas etnomédicos, y cuentan con tratamientos basados en el conocimiento de yerbas y técnicas de manipulación corporal, y su eficacia evidencia el etnocentrismo biocientífico, muchas veces presente, delante de los demás sistemas culturales de atención a la salud.

El sistema social de salud

Definimos el sistema social de salud como aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas a la salud, a la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a este. Comúnmente, esta dimensión del sistema de atención a la salud también incluye especialistas no reconocidos por la biomedicina, tales como: actos de bendición, curanderos, brujos, hechiceros, meso terapeutas, padres-de-santo, pastores y curas, entre otros.

En las sociedades complejas, además de los tradicionales, se encuentran especialistas chinos y orientales en general. En los últimos diez años, hemos visto también la búsqueda creciente por especialistas y terapeutas que pertenecen a lo que se ha denominado de "nueva era" (14) siendo factores determinantes para su elección o rechazo: principios religiosos, económicos, familiares, sociales, entre otros factores de orden política y/o legal.

Como consecuencia y en el universo de cada grupo social, los especialistas tienen un papel específico que desempeñar frente al tratamiento de determinada enfermedad, y los pacientes tiene ciertas expectativas sobre como ese papel será desempeñado, cuales enfermedades el especialista puede curar, así como una idea general acerca de los métodos terapéuticos que serán empleados.

Por lo tanto, las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias. De esta forma, para fines teóricos y analíticos, el sistema de atención a la salud biomédico debe ser considerado como un sistema cultural, tal cual cualquier otro sistema etnomédico.

La cultura institucional

La cultura institucional es un proceso muy dinámico de aprendizaje-construcción psicosocial, que permite organizarse y comprender la realidad interna, matizada por las presiones y cambios del entorno. Adviértase que en las organizaciones profesionales la cultura es un vínculo para enseñar-aprender, crear-innovar, saber a qué atenerse y cómo conducirse, con la cooperación o no de los más experimentados o mejor preparados. Pero la cultura es también un modo eficaz de reproducción organizacional y de comunicación, que se expresa principalmente en el lenguaje hablado, corporal y por escrito de sus miembros.

La cultura moderna y adaptable es aquella que concede más valor a las personas que a las cosas, con la meta de mejorar los procesos y servicios de salud, inducir más acercamiento y mayor equidad en la organización. Rescatar la vocación de servir a los usuarios, aun cuando ello implique correr algunos riesgos: éste es el reto principal del sector salud en el siglo XXI que comienza. (15,16,17,18).

Otro aspecto importante dentro de la cultura en salud de los universitarios es la automedicación responsable que consiste, principalmente, en saber seleccionar el tratamiento más adecuado. Para esto el individuo debe conocer los efectos adversos de los fármacos y, además, debe informarse sobre las dosis y la duración del tratamiento (19), en cambio la automedicación irresponsable es un hábito arraigado entre los miembros de la comunidad universitaria, la asociación entre el alto consumo de medicamentos para el tratamiento de síntomas inespecíficos con el

hecho de que la mayoría de los fármacos hayan sido consumidos sin conocerse sus efectos adversos, tiene connotaciones preocupantes.

El educador debe entender que la educación integral es un elemento importante de calidad y él es un modelo de identificación para el joven universitario. Cada actitud suya transmite un mensaje, una experiencia, un conocimiento. Por lo que debe ayudar al educando a buscar, a descubrir y a usar el máximo sus potenciales y capacidades para fomentar su autocuidado.

Colmos

Si la cultura está relacionada siempre con toda la actividad humana, con sus resultados y con el grado de asimilación de los individuos y grupos sociales en torno a ella, y es además expresión del grado de desarrollo alcanzado por la sociedad, se comprende la importancia que esta tiene en muchos aspectos relacionados con la salud (20). La cultura es en sí misma valores, comunicación, diálogo, creatividad y participación, entre otros muchos aspectos, de ahí se evidencia todo lo que hay en ella es para beneficio de la salud (21).

La cultura de la salud (22) incluye todo el conjunto de condiciones objetivas y subjetivas que intervienen en su desarrollo, pero sobre todo destaca la posición que asume el individuo sobre el sistema de influencias existente en la sociedad para conservar, cuidar, y crear estilos de vida sanos.

Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. De hecho, en países andinos, los indicadores de salud, muestran brechas de la población indígena, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud. Frente a ellos, se desarrollan también iniciativas estatales y no estatales para revertir la exclusión y desigualdad, partiendo de visibilizar las brechas de salud de los pueblos indígenas. La democratización, uno de los rasgos definitorios de la modernidad, en Ecuador (23) no ha logrado democratizar servicios públicos para toda la población, particularmente los de salud sexual y reproductiva. La persistencia de brechas entre el acceso de la población indígena y no indígena a servicios de salud, muestra el carácter excluyente de las políticas de salud.T

Bibliografía.

1. Eliot TS. Notes towards the definition of culture. in: Kermode F. Selected prose of T.S. Eliot: New York: Harcourt, 1975, p 292
2. Menéndez, Eduardo. 1990a, Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata No179.
3. Salgado Sánchez, Lorena. 1993. Causalidad Social del Envejecimiento: Ocupación y Deterioro Precoz. Tesis. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.
4. Weatherall D. Science and the quiet art. The role of medical research in health care. New York: Norton 1995.
5. McKeown T. The origin of human disease. Oxford: Blackwell, 1988.
6. Illich I. Medical nemesis. The Expropriation of Health. London: Calder & Boyars, 1975.
7. Bloom A. El cierre de la mente moderna. Barcelona: Plaza & Janés, 1989.
8. Pasqualini RQ. Introducción al estudio de la medicina. Prensa Méd Argent 1997; 84: 97-9.
9. Duque-Páramo MC. Salud, enfermedad y desarrollo de la población infantil. En: Córdoba Sánchez CI, Duque Páramo MC, editores. Cuidado de la salud en la niñez. Bogotá: Javegraf; 2000.
10. Duque Páramo MC. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. Bogotá, 9 (2): 123-138, 2007
11. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.
12. Loyola A. Médicos e Curandeiros. São Paulo (SP): DIFEL; 1984.
13. Langdon EJ. Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia colombiana. In: Santos RV, Carlos C, organizadores. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 1994. p. 115-42.
14. Groisman A. Saúde, religião e corpo – seção temática. Ilha Rev Antropol. 2005 janeiro-dezembro; 7(1-2):111-62.
15. Stoner JAF, Freeman RE, Gilberber DR. Administración. Sexta edición. México: Pearson; 1996. p. 65-92 y 195-199.
16. De-Souza A. Cultura organizacional 1998; galeón. com/laboral/desarrollo/cultura organizacional. htm. p. 1-25.
17. Carrada-Bravo T. La reingeniería en los sistemas de salud. Diseño de un nuevo modelo de cultura empresarial. Directivo Médico 1998;5(2): 8-12.
18. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy 1995; 32:257-277.

19. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. IATREIA / 15(4) Van Zyl-Schalekamp. (1993).
20. Aguirre del Busto R, D Prieto Ramírez. La cultura de la salud. En: Colectivo de autores. Lecciones de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000: 25-31.
21. Semir V. Crisis de valores. Editorial. Rev Cien Med Comun Cult 1996;2:5
22. AGUIRRE DEL BUSTO Rosa, Doris PRIERO RAMÍREZ. "La cultura de la salud"; En Filosofía, Salud y Sociedad (Antología de artículos científicos)
23. Albó Xavier (2004) "Interculturalidad y salud" en Gerardo Fernández (coordinador) Salud e Interculturalidad en América Latina, Quito.

CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR

Recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura y análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final.

INFORMACIÓN DEL UTOR

Médico Pediatra Hospital Universitario del Río y Clínica Santa Ana. Director Red de Salud UDA en Pediatría. Profesor Titular Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8423-1663>

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos fueron recolectados de revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no reporta conflicto de intereses

COMO CITAR EL ARTÍCULO

Barzallo P. La Cultura en Salud. Cuenca-Ecuador. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (2): 198 - 207.