

EN BÚSQUEDA DE LA ATENCIÓN: NECESIDADES EN SALUD, ITINERARIOS Y EXPERIENCIAS

*Carlos Enrique Yepes Delgado**
*Álvaro de Jesús Giraldo Pineda***
*Natalia Botero Jaramillo****
*Jairo Camilo Guevara Farías*****

Recibido en agosto 02 de 2017, aceptado en octubre 10 de 2017

Citar este artículo así:

Yepes CE., Giraldo AJ., Botero N., Guevara JC. En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 88-105. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.7

Resumen

Objetivo: El presente artículo analiza el proceso de una persona que deviene enferma para solucionar su condición de enfermedad, el surgimiento de la sensación de necesidad y cómo esta lo lleva por diferentes caminos (itinerarios), cada uno con sus cursos y particularidades, para buscar una atención. Nos enfocaremos en la búsqueda de los sujetos por una atención médica alopática institucional, representada por el hospital. **Metodología:** La metodología utilizada fue cualitativa, desde la teoría fundamentada, mediante la elaboración de 21 entrevistas semiestructuradas a pacientes de dos hospitales del departamento de Antioquia (Colombia). Se produjeron 1520 códigos y 42 categorías descriptivas, que derivaron en una categoría mayor: *sentir la necesidad de consultar genera expectativas*. **Resultados:** Como resultados se obtuvo que las necesidades configuran procesos complejos de búsqueda por la atención en salud, que involucra diversos sujetos e instituciones en las que se movilizan estrategias y recursos a fin de recibir una atención. Que la necesidad de atención en salud es producto de la concepción subjetiva de la enfermedad, a partir de la historia de vida, encuadrado en la cultura; lo que permite la construcción del síntoma y de la enfermedad y lleva al sujeto a una serie de itinerarios burocráticos y terapéuticos. **Conclusiones:** Concluimos que la condición de enfermedad, atravesada por la historia del sujeto construye una necesidad que, lo conduce a unos itinerarios en los que elabora múltiples expectativas en búsqueda de una solución, la cual pone en juego la institución médica hegemónica y la versión del sujeto sobre su cuerpo y sufrimiento.

* Médico y cirujano, Ph.D. en Epidemiología. Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. Correo electrónico: caenyede@gmail.com.  orcid.org/0000-0001-5656-4989.

** Licenciado en Sociología, Magister en Salud pública y en Antropología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alvaro.giraldo@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0001-8942-6750.

*** Antropóloga, Magister en Historia. Universidad de Antioquia, Universidad de Medellín, Medellín, Colombia. Correo electrónico: natalia.boteroj@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0002-0126-1013.

**** Médico y cirujano. Universidad de Antioquia, Medellín, Hospital San Juan de Dios, Santa Fe de Antioquia, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: jguevaraf@gmail.com.  orcid.org/0000-0002-8139-2549.



Palabras clave

Necesidades y demandas de servicios de salud, dolor, enfermedad, percepción, atención en salud (fuente: DeCS).

IN SEARCH FOR HEALTH CARE: NEEDS IN HEALTH, ITINERARIES AND EXPERIENCES

Abstract

Objective: This article analyzes the process of a person who becomes ill to solve his/her condition of illness, the emergence of the sensation of need and how this leads him/her through different paths (itineraries) each with its processes and particularities, to search for attention. The study focuses on the search of subjects for institutional allopathic medical care, represented by the Hospital. **Methodology:** The methodology used was qualitative, from the grounded theory, through the application of 21 semi-structured interviews to patients from two hospitals in the department of Antioquia, Colombia. There were 1520 codes and 42 descriptive categories, which led to a higher category: *feeling the need to consult generates expectations*. **Results:** The results showed that the needs set up complex processes of search for health care, involving various subjects and institutions, in which strategies and resources are mobilized in order to receive attention. They also show that the need for health care is a product of the subjective conception of the disease based on life histories which are framed in culture, allowing the construction of the symptom and the disease, and leads the subject to a series of bureaucratic and therapeutic itineraries. **Conclusions:** It was concluded that the disease condition traversed by the subject's history builds a need that leads him/her to some itineraries in which he/she elaborates multiple expectations in search of a solution that brings into play the hegemonic medical institution and the version of the subject on his/her body and suffering.

Key words

Health services needs and demand, pain, disease, perception, delivery of health care (source: MeSH).

EM BUSCA DA ATENÇÃO: NECESSIDADES EM SAÚDE, ITINERÁRIOS E EXPERIÊNCIAS

Resumo

Objetivo: O presente artigo analisa o processo de uma pessoa que esta doente para solucionar sua condição de doença, o surgimento da sensação de necessidade e como esta o leva por diferentes caminhos (itinerários), cada um com seus cursos e particularidades, para buscar uma atenção. Enfocaremos-nos na busca dos sujeitos por uma atenção médica alopática institucional, representada pelo hospital. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi qualitativa, desde a teoria fundamentada, mediante a elaboração de 21 entrevistas semi-estruturadas a pacientes de dois hospitais do departamento de Antioquia (Colômbia). Produziram-se 1520 códigos e 42 categorias descritivas, que derivaram em uma categoria maior: *sentir a necessidade de consultar gera expectativas*. **Resultados:** Como resultados

se obtiveram que as necessidades configuram processos complexos de busca pela atenção em saúde, que envolvem diversos sujeitos e instituições nas que se movem estratégias e recursos a fim de receber uma atenção. Que a necessidade de atenção em saúde é produto da concepção subjetiva da doença, a partir da historia de vida, enquadado na cultura; o que permite a construção do sintoma e da doença e leva ao sujeito a uma serie de itinerários burocráticos e terapêuticos. **Conclusões:** Concluimos que a condição de doença atravessada pela historia do sujeito constrói uma necessidade que o conduz a uns itinerários nos que elabora múltiples expectativas em busca de una solución, a qual põe em jogo a instituição médica hegemônica e a versão do sujeito sobre seu corpo e sofrimento.

Palavras chaves

Necessidades e demandas de serviços de saúde, dor, doença, percepção, atención em saúde (*fonte: DeCS*).

INTRODUCCIÓN

La necesidad de consultar un servicio de salud tiene su origen en el sujeto inmerso en un proceso de tensión entre salud-enfermedad, que al no lograr retornar por sus propios medios a un estado de salud (construido por él y por quienes lo rodean a partir de la lectura de su organismo) desarrolla una compleja trama de prácticas y significados que desembocan en la búsqueda de un tercero que le ayude a solucionar aquella tensión; esa búsqueda se traduce en una necesidad de atención que es sentida, corporeizada y que se convierte en acción. Este sujeto que necesita, cuenta con una dimensión biológica/corpórea interpretada y reelaborada por la cultura y el lenguaje y desde ella configura un dolor, un malestar, unos signos y síntomas propios, sentidos como una enfermedad. El enfermo moviliza entonces una serie de prácticas que desembocan en la necesidad de atención en salud y más específicamente, para nuestra investigación, la necesidad de consultar un médico. En Colombia esta búsqueda se sitúa en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS— con toda su estructura administrativo-burocrática e institucional (1, 2, 3, 4) en la que el hospital como institución insigne del proceso de medicalización es válido en términos políticos y sociales para atender las necesidades en salud y conferir la legitimidad de la enfermedad al sujeto (5, 6).

El concepto de necesidades ha tenido múltiples desarrollos teóricos. Sin embargo, las discusiones se han movilizadado en considerarlas universales o relativas a cada cultura y en su estatuto en la política y en la sociedad. Estas han sido estudiadas desde la economía, la sociología y el campo de la salud. Definiéndose como una demanda efectiva (7); como un problema que afronta una población, haciendo manifiesta una carencia (8) o como potencialidades por su capacidad de movilización (9). Al ser consideradas como universales e inherentes al ser humano han sido ligadas a los derechos humanos. Aun así, algunos autores proponen que las necesidades deben ser distinguidas de sus satisfactores¹ que son relativos a la cultura y a la historia de las sociedades e individuos; y aunque en muchos casos se usan indistintamente, no son equivalentes (9, 10, 11, 12). La evaluación de las necesidades se ha realizado mediante indicadores sociales que surgen desde la década de 1960 bajo la preocupación por medir y valorar la calidad de vida, entroncada en el

¹ Los satisfactores son un concepto proveniente de Max-Neef, mediante los cuales las necesidades se significan y están mediadas por elementos propios a cada sociedad y cultura de manera diferente. Estos posibilitan, impiden, destruyen, inhiben o satisfacen parcialmente las necesidades. Algunos ejemplos dados por el autor son: a la necesidad de protección, el satisfactor puede ser la medicina mecanicista; a la necesidad de subsistencia, la sobreexplotación de los recursos naturales, el productivismo eficientista obsesivo o la limosna; a la necesidad de identidad, el nacionalismo chauvinista, los símbolos de estatus o la moda (9).

diseño de planes de desarrollo y políticas públicas al interior de procesos de modernización de los Estados² (9, 10, 11 12).

Las teorías sobre necesidades sitúan a la salud como una de sus formas y desde allí determinan lo que se genera en torno a ella: la enfermedad y la pérdida de autonomía y de capacidad del sujeto en sus procesos vitales (8, 9, 10, 11, 13). Ciertos modelos conceptuales sobre necesidades en salud consideran actores al enfermo, al médico, al farmacéuta y al curandero (aunque en determinados casos la medicina popular se excluye). Algunos parten del individuo con una “morbilidad percibida” y determinan unas etapas del proceso de atención en salud; sin embargo, se advierte su ‘morbocentrismo’. Otros consideran el comportamiento de los usuarios y los proveedores de servicios, analizando la utilización de los mismos y enfocándose en la satisfacción y calidad (12).

En el campo de la salud, la necesidad como concepto y modelo teórico ha sido desarrollada para el diseño e implementación de políticas en salud. Estos estudios oscilan entre la identificación de unas necesidades y la capacidad de resolución desde los sujetos; y entre las acciones de los prestadores de salud (instituciones y profesionales), las prácticas en salud tradicionales y alternativas (12, 14). Sin embargo, las reformas al SGSSS, en Latinoamérica, especialmente en Colombia, desde la década de 1980, han introducido contradicciones propias entre el reconocimiento de un derecho fundamental y las estrategias de acumulación de capital en un contexto de globalización económica (2, 15). Esto nos sitúa en la reforma al SGSSS³ donde el derecho a la salud se reduce al aseguramiento universal (en teoría) con un plan de beneficios que depende de las leyes del mercado, donde entran en juego y competencia diversos agentes —

aseguradoras y Estado— y donde los contenidos de la participación en salud se direccionan desde arriba por medio de normas; presentándose de forma fragmentada en multiplicidad de instancias (2, 3, 4), con una burocracia intrínseca, que interviene en el ejercicio del derecho a la salud.

El sistema compuesto por un conglomerado de agentes e instituciones, donde los flujos de información también son fragmentados, permea las relaciones entre los actores; en donde las decisiones en la atención en salud no están regidas necesariamente por las necesidades de los sujetos sufrientes, de los pacientes, sino por aspectos personales, profesionales e institucionales de los diferentes actores en el sistema; y, aunque las decisiones de los unos afectan a los otros, en la mayoría de los casos, los juegos entre los actores no son de cooperación (16). Esta fragmentación y asimetría desde arriba se contrasta con una compleja trama de relaciones, acciones y decisiones de los pacientes desde abajo. Estos construyen unas representaciones propias de su enfermedad o padecimiento, elaboran un síntoma y encarnan una necesidad, toman decisiones y emprenden acciones vinculadas al padecimiento, aunque puestas en juego con las posibilidades dadas por las instituciones y los agentes allí implicados, y las relaciones de poder en que se debaten (17).

Asimismo, para comprender las necesidades puestas en las prácticas cotidianas de los pacientes, es menester comprender las rutas o caminos trazados por estos para la búsqueda de una atención y en consecuencia de una resolución del problema de salud a través de la comprensión de los itinerarios terapéuticos y burocráticos. El concepto de itinerario proviene de la antropología francesa encargada del estudio de la enfermedad como objeto de investigación (18). Marc Augé (19, 20) y Nicole Sindzingre (21, 22, 23) durante la década de 1980 desarrollaron el concepto, dialogando las posibilidades interpretativas del mismo. Para Augé, los itinerarios terapéuticos pueden ser entendidos en al menos tres sentidos:

² Durante la década de 1960, se inició el *movimiento de indicadores sociales*; los cuales permitieron una perspectiva operativa, una medida directa del bienestar y calidad de vida que entra a la esfera académica y científica y que llega a la esfera política (10, 11).

³ Esta es la reforma que dio paso a la Ley 100 de 1993, en Colombia.

el geográfico tal como los movimientos que realizan los pacientes en búsqueda de una sanación, los cuales pueden tener un sentido dado por el aparato terapéutico o institucional; o pueden estar dados azarosamente según las circunstancias y la urgencia de la enfermedad. Un intelectual/cognitivo donde se ordena según las necesidades, aunque su sentido solo se comprenda de forma *a posteriori* puesto que *a priori* se percibe como un juego de decisiones donde no hay una secuencia mecánica del síntoma y la consulta, en procura de la curación. Finalmente, un sentido histórico donde cada sociedad dispone de unos elementos propios, unas instituciones y unas lógicas particulares. Esta postura enunciada desde el pluralismo médico sitúa a todas las formas de atención y terapéuticas en salud como semejantes, en tanto no reconoce superioridad de una sobre las otras (20).

Los itinerarios son procesos sinuosos de búsqueda terapéutica que van desde la percepción de un sufrimiento, la configuración de un síntoma, hasta los caminos que se emprenden a partir de los mismos (donde se va reinterpretando su condición) para dar orden al desorden que en principio plantea la enfermedad (22). Augé, citando el trabajo de Sindzinger, advierte que la lógica del diagnóstico puede ser diferente a la lógica de la terapéutica sin ser contradictoria y que no necesariamente deben estar implicadas proponiendo bifurcaciones diversas (19). Augé quiere dar cuenta de la lógica subyacente a las representaciones, las interpretaciones y las elecciones que realizan los sujetos, las cuales no son necesariamente unívocas, jerárquicas o predeterminadas; aunque corresponden a creencias, elaboraciones simbólicas y entramados socioculturales tradicionales e institucionales en los que la biomedicina es una de las tantas alternativas existentes (21). A partir de los itinerarios se elucidan marcos teóricos racionales propios a cada cultura que no necesariamente están unificados, aunque sean coherentes, puesto que en las sociedades el pluralismo de representaciones e instituciones está dado por los elementos socioculturales y por los procesos históricos como

el colonialismo; en donde los sujetos caminan en búsqueda de explicaciones a la enfermedad y el sufrimiento, de diagnósticos y de tratamientos eficaces (22, 23).

En Latinoamérica el concepto de itinerario ha permitido comprender los complejos procesos sociales de atención en salud, en sociedades plurales que han buscado superar los modelos teóricos rígidos con flujos predeterminados, enriqueciendo las posibilidades interpretativas (20). Algunos de estos estudios se han centrado en problemas de salud puntuales como el VIH, el infarto, entre otros, identificando actores sociales específicos tales como el niño, el paciente crónico, la mujer, las personas con discapacidad entre otros (24, 27, 28, 29, 30). Eduardo Menéndez no solo ha sido uno de los referentes centrales en el desarrollo de la antropología médica, sino también de los itinerarios y el estudio de los modelos de atención. Menéndez ha desarrollado investigaciones desde los sujetos y los grupos sociales para atender sus padecimientos y no a partir de los actores en salud (curadores biomédicos, tradicionales o alternativos) (31).

En este proceso, desde la orilla de los pacientes, la carrera del enfermo contiene una demanda por un tipo de atención; en principio, en función del diagnóstico presuntivo que este elabora y de la accesibilidad social y económica a las formas de atención en las que, si dicha atención no resulta eficaz en términos del propio paciente, es reemplazada o transpuesta por otras implicando reelaborar los diagnósticos o tratamientos (31). Sin embargo, como este autor señala, las sociedades tienen modelos médicos hegemónicos; que en las sociedades latinoamericanas corresponden a un modelo biomédico (32), producto de la historia colonial, que entra en juego y en tensión con formas tradicionales o populares de atención y curación que se hacen hegemónicas no porque gocen de mayor lógica y racionalidad en contraposición a los otros, sino por las relaciones de poder con las que se instauran (21, 22, 23). La biomedicina,

y su expansión en nuestras sociedades, conlleva a procesos de medicalización y burocratización propios de las instituciones médicas instauradas desde los aparatos estatales. Este modelo hegemónico entra a jugar con los procesos de autoatención analizados como alternativas a dicho modelo; impulsados por las necesidades, objetivos y deseos de los sujetos sufrientes y su grupo social (1, 31, 32).

En consecuencia, el presente artículo analiza la necesidad de consultar como un proceso sociocultural y biológico que enfrenta a un sujeto con su propio padecimiento o enfermedad con el sistema de salud como institución discursiva y gubernamental compuesta por otros sujetos que ejercen como sus representantes (personal de la salud). Este enfrentamiento se da en términos orgánicos (intervenciones farmacológicas o quirúrgicas sobre el cuerpo) y también entre las expectativas del sujeto y la experiencia dentro de los itinerarios terapéuticos y burocráticos en los que este se debate con el modelo médico hegemónico, los entramados desde la cotidianidad y las dimensiones subjetivas de estos actores.

METODOLOGÍA

Los enfoques cualitativos permiten la comprensión de los fenómenos y su significación desde el propio mundo y la realidad de las personas. Esto incluye motivos, significados y otros aspectos de las vidas de los individuos y de los grupos. También incluye los actos diarios, su comportamiento en los escenarios ordinarios en situaciones comunes y la forma de las acciones que se generan y los condicionantes objetivos que influyen en ellas (33). La metodología cualitativa parte de un paradigma distinto al cuantitativo debido a que es a través de la visión constructivista o paradigma naturista que desarrolla su enfoque, pues lleva a cabo la investigación en lugares naturales y en los cuales las personas desarrollan su actividad cotidiana. No parte de la simulación ni de experimentos estrechamente controlados, sino de la realidad

vivida por el actor (34).

Son muchos los aspectos de la salud que tienen su naturaleza en lo social y en el comportamiento; de ahí que, cuando se pretende abordar investigativamente dicho tema, se puede tener en cuenta modelos de investigación flexibles y naturales que de alguna manera ayuden y favorezcan el acercamiento hacia las complejas interacciones generadas por la diversidad de prácticas, conductas, comportamientos y patrones sociales.

La ciencia positivista busca predecir y controlar el fenómeno; el constructivismo pretende la comprensión profunda y es así como el indagador en la primera controla las circunstancias, mientras que en la segunda es facilitador y co-participante en el proceso indagatorio. Otra diferencia entre los paradigmas plantea que la verdad para los positivistas consiste en la hipótesis verificada o no desmentida, mientras que para el constructivista el conocimiento se compone de construcciones sobre las que hay algún consenso (34). Es así como desde esta óptica cualitativa, para poder comprender los fenómenos sociales, el investigador necesita descubrir “la definición de la situación del actor” (35); o sea, su percepción e interpretación de la realidad y la forma como se relaciona esta con su comportamiento.

En el presente estudio se utilizó un enfoque cualitativo al aplicar algunas técnicas de la teoría fundamentada (36), la cual es una metodología que intenta desarrollar teoría partiendo de datos sistemáticamente captados y analizados; lo que la convierte en una forma de pensar acerca de ciertos datos y conceptualizarlos en forma simultánea a través de un proceso sistemático, interactivo e iterativo del investigador con la información recogida y analizada llamado “análisis comparativo constante”. El soporte teórico de la teoría fundada es el interaccionismo simbólico, el cual se fundamenta en: (i) los seres humanos actúan según el significado que las cosas tienen para ellos; (ii) dicho significado surge de la interacción social que

se tiene con los demás; (iii) estos significados se modifican por la interpretación que las personas hacen (37).

El muestreo fue inicialmente selectivo y luego teórico, es decir, que no está predeterminado y se hace según lo disponga la necesidad surgida por la teoría emergente. Ante una teoría fundada bien formulada, el lector encontrará explicaciones pertinentes sobre las conductas observadas tanto comprensiva como inductivamente, ligada a los datos por medio de las hipótesis emergentes que hubiesen resultado más apropiadas y que surgen de la comparación constante de los datos. “El interés del muestreo teórico es captar la variedad y la dimensión de un tema o un fenómeno” (36, 38). Es de suma importancia resaltar que la teoría fundamentada no se desarrolla como proceso investigativo, en forma lineal. Se requiere concomitantemente la recolección de datos, la codificación abierta, la elaboración de memos y de gráficos que vayan interpretando los datos obtenidos.

La recolección de los datos se hace en el medio natural y se puede llevar a cabo con entrevistas semiestructuradas, teniendo en cuenta que la guía de preguntas puede ir cambiando con el avance del estudio; ajustándose a la teoría surgida. Uno de los procesos básicos en la dinámica de recolección y análisis de información es el de categorizar los datos, conforme a los patrones surgidos producto de la comparación permanente de los mismos. Según Glaser, la identificación de distintas piezas de información de acuerdo con esos criterios de ordenamiento se denomina ‘codificación’. Dependiendo del momento investigativo, dicha codificación toma diferentes formas para permitir un abordaje alternativo de relación entre los datos y la teoría.

En el enfoque cualitativo, las construcciones por variadas que sean se muestran de manera fiel y precisa; manteniendo la integridad de los informantes; considerando la interpretación

que ellos hacen de la realidad, como la de alguien que se encuentra ubicado en un contexto específico. Debido al interés en el estudio por parte del investigador y de los informantes, cada procedimiento requiere de total información y de la voluntad explícita de todos en participar. El garantizar la confidencialidad, protegiendo la identidad de los informantes, es un requisito *sine qua non* para desarrollar los aspectos éticos de este tipo de estudios y se evidencia con el uso de códigos y el manejo adecuado de la información (36).

En el estudio participaron 21 usuarios de servicios de salud residentes en los municipios colombianos de Caldas y Rionegro en Antioquia. A todos se les pidió consentimiento informado previo a la entrevista, tras informarles los objetivos de la investigación, y se adquirió con ellos el compromiso del manejo confidencial de los datos suministrados y de mantener el anonimato de sus nombres. El estudio se llevó a cabo durante 18 meses en cuatro fases. La primera incluyó la formalización de la propuesta, el acceso a los informantes y siete entrevistas semiestructuradas iniciales, las cuales fueron analizadas con el procedimiento de codificación abierta sobre la transcripción íntegra del contenido y verificación de la transcripción fiel de las entrevistas. Desde entonces se elaboraron los primeros memos analíticos y se orientó la búsqueda bibliográfica que guió al muestreo teórico. Estas entrevistas generaron los códigos que permitieron la emergencia de las primeras categorías descriptivas. En la segunda fase se llevaron a cabo otras siete entrevistas y se continuó con el análisis por medio de la codificación abierta; además se utilizó la codificación axial para refinar, describir y relacionar las categorías analíticas emergidas. En la tercera fase se realizaron las últimas siete entrevistas y se hizo análisis concomitante por medio de la codificación abierta, axial y selectiva; esto permitió refinar las categorías analíticas y la categoría interpretativa final. El estudio produjo 1520 códigos y 6 categorías descriptivas, se escribieron 150 memos analíticos y algunas figuras que dan cuenta del proceso y de la línea

de argumentación que surgió al relacionar las categorías (figura 1).



Figura 1. Categorías descriptivas del proceso de atención en salud.

Fuente: elaboración propia.

Como categorías analíticas se encontraron en primer lugar *sentir la necesidad de consultar* y finalmente *moviéndose entre la satisfacción y la* *genera expectativas*, en segundo *negociación que* *encuentros dispares generadores de dependencia* *parte del diverso reconocimiento de la enfermedad* *en la atención en salud* (figura 2).

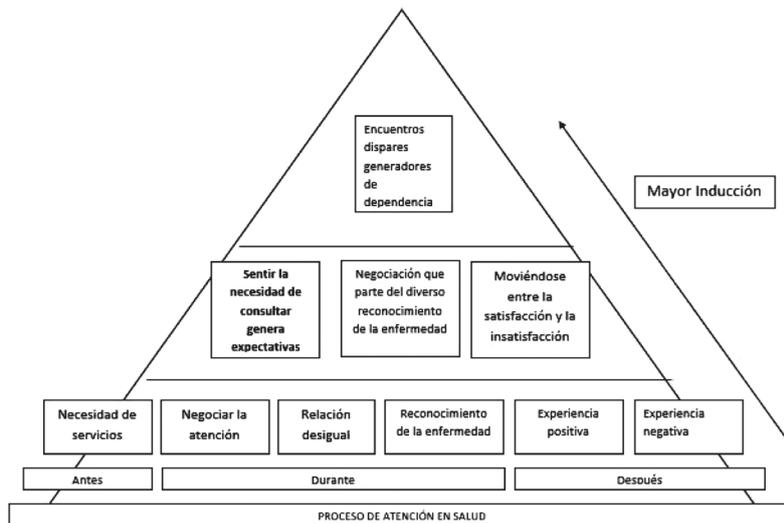


Figura 2. Categorías analíticas emergentes.

Fuente: elaboración propia.

En este artículo se desarrollan los resultados de la categoría *sentir la necesidad de consultar genera expectativas* como punto de inicio para comprender el complejo proceso de atención y los itinerarios terapéuticos y burocráticos que son recorridos por los usuarios de servicios de salud. La conceptualización teórica que da cuenta de dicha categoría se expresa en forma narrativa y además se agrega en forma textual parte de los datos originales con su correspondiente código, así se puede observar la veracidad y la relación de la teoría emergida con los datos que la fundaron.

RESULTADOS

Al entrevistar a los sujetos sobre la necesidad de atención en salud, se identificaron trayectorias que van desde la aparición del sufrimiento o afectación hasta la atención en una institución hospitalaria. A lo largo de estos itinerarios el sujeto construye, desde su sufrimiento y afectación, un síntoma; y desde este, con toda la carga de su historia de vida en una cultura determinada, elabora una idea de enfermedad que signa una necesidad y unas expectativas sobre la misma. La necesidad construida lo lleva a una búsqueda por la atención de su situación, la cual considera en estos casos que puede ser resuelta en un hospital. En esta institución el sujeto enfermo se encuentra con el personal de salud y su tradición biomédica, con un discurso sobre el cuerpo y la enfermedad que contrasta con las construcciones propias del sujeto, lo cual produce un juego de asignación de roles y reelaboración de expectativas que ofrece un nuevo escenario en el que agenciar su necesidad.

La necesidad de atención en salud es un proceso que parte de una dimensión subjetiva. En este proceso el sujeto transita por unos itinerarios atravesados por el dolor y el sufrimiento. Este emprende unas búsquedas de atención a esta necesidad y en este trasegar, llega al hospital:

[...] si, nadie sabe el dolor de nadie entonces uno debe ser bien atendido y uno va es porque lo necesita. (E1-P6)

[...] yo digo que el corazón no duele, pero como que las arterias se me llenaron de sangre y me cogió un golpe hasta que me dobló, entonces ya le dije a un hermano mío que me llevara hasta el hospital e inmediatamente me atendieron. (E4-P2)

Al hablar de necesidad y de lo que lleva a la persona a consultar es preciso tener en cuenta el significado que de los signos, síntomas y enfermedades ha construido en su propio proceso vital. Entra en relación un cuerpo que se manifiesta, una enfermedad que corre. Un sujeto y un entorno próximo que lee e interpreta su situación, construye el síntoma y en consecuencia una noción propia de enfermedad mediada por la cultura. Partir de si un ser humano se considera o no enfermo, es fundamental para comprender la búsqueda de ayuda y por lo tanto de la utilización de los servicios de salud. Dependiendo del papel que la cultura en mención le asigne a la medicina moderna, y su lugar expedito, el hospital, se establecerán las relaciones con ella.

[...] a mí me daba dizque ataques de ausencia, entonces es una falla de memoria que yo tuve, a mí me mataron el único hijo que yo tenía y entonces sufrí un trauma nervioso y desde que existe el hospital yo soy de allá. (E3-P2)

El síntoma hace que el sujeto interprete que algo puede funcionar mal en él. Al situarlo en la concepción biológica del cuerpo, surge el proceso de identificación y construcción de la enfermedad. Esta experiencia no solo es individual, sino también colectiva. Cuando el sujeto hace manifiesta su condición de enfermedad, con la familia y entorno social, teje una red de significados. En esta interacción con el otro, el sujeto elabora unas estrategias para mediar su interacción a partir de la condición de enfermo.

[...] el miércoles empezó con fiebre, maluco, no quería comer, malaganoso, bueno [...] eso fue el miércoles por la tarde; Entonces yo dije: No [...] Si amanece así lo llevo para donde el médico y ahí mismo pues sí amaneció así y me lo llevé para el hospital. (E16- P3)

Dicha situación de enfermedad, enfrenta al paciente y a sus allegados a problemas complejos que implican ajustes en el campo emocional y vital. Es una situación de tensión que unida al sufrimiento, la discapacidad y la alteración de la cotidianidad lleva a generar unas expectativas de los sujetos en cuestión. El proceso de enfermedad no solo produce unas alteraciones corpóreas, sino que también conlleva a cambios en las pautas de vida del sujeto; definidas como normales en relación con su trayectoria.

[...] yo era desesperada por venirme para la casa [...] Pues me duele que me digan que me tienen que hospitalizar [...] qué pesar de mí niña, le va a quedar todo el oficio a ella, pues a mí me traumatiza que me vayan a dejar, pero porque yo sé que dejo a mi niña sola con la obligación y porque dejo mis hijos y mi marido aquí solos. (E5-P8)

El concepto de necesidad de ayuda no es unívoco en los pacientes. Este se construye según los entramados simbólicos, las creencias y las situaciones contingentes de la enfermedad. La necesidad de buscar servicios de salud depende de la propia valoración del proceso de enfermedad y en consecuencia los tiempos de las acciones de los enfermos son relativos al síntoma, a las concepciones del proceso salud-enfermedad, al entorno familiar y a las condiciones socioeconómicas. En las entrevistas se encontró que los sujetos en un primer momento esperan antes de buscar ayuda. Si la persona se demora mucho en hacerlo o no lo hace, los otros pueden poner en duda su sensatez. Sin embargo las demoras para consultar pueden deberse a varias causas tales como no tener tiempo

o dinero, no contar con quien cuide a los hijos, tener un nivel socioeconómico o educativo bajo, sentir un gran peso psicológico o por las barreras de acceso al sistema de salud.

[...] y eso que siempre me aguanté quince días encerrada en esa pieza, no venía sino aquí a que mi hermana me aplicara las inyecciones, es que yo estoy viva por un milagro de Dios. Yo me ponía a pensar, ¿Qué hago ahora sin poder trabajar? ¿Con qué voy donde el médico?, ¿Con qué me hago esa cirugía? (E10- P7)

[...] hay cosas que no me gustan como hacer esas benditas filas y esperar para que lo atiendan a uno, lo mandan de un lado a otro, tiene uno primero que hacer diez filas antes de llegar al consultorio. (E17-P6)

Al tiempo que se configura la necesidad de consultar, el paciente genera una serie de estrategias en pro de retornar a la normalidad. Realiza una toma de decisiones frente a la valoración que hace del síntoma, las tradiciones médicas, las capacidades propias y la selección entre las alternativas que posee para la búsqueda de ayuda.

[...] yo hacía como ocho días estaba enferma de un dolorcito acá, me ponía yo a pensar que de pronto era como uno de esos miquitos⁴ que le dan a uno, que eso va pasando con algo, entonces yo esperaba que se me quitara con una pastilla, sobándome alguna cosa. (E8-P4)

[...] por ejemplo el año pasado llegó mi mamá con un mareo y le di la pastilla y le digo yo: mamá, ¿nada que se le quita ese mareo? Y me dijo: nada, yo estoy borracha y me hablaba enredado y entonces yo ahí mismo me fui con ella para urgencias. (E13-P12)

⁴ En el argot popular 'miquitos' hace referencia a dolor y espasmo muscular en el cuello.

Podemos entender la atención en salud como un proceso donde un sujeto inicia unos itinerarios terapéuticos y burocráticos. Acude a la institución, transita por una serie de pasos administrativos, y dependiendo de las condiciones complejas del sistema de salud es atendido y de esa atención se derivan unos cursos de acción y unos terapéuticos. Aunque en este trasegar se presenten barreras, el paciente busca agenciar una solución a su necesidad. Actuando bajo su condición de enfermedad, en permanente debate y negociación con los actores en salud e institucionales.

[...] yo me voy para una consulta y si voy muy enferma, yo voy para ver si me dan una cita, si hay ficho, muy bien o sino yo voy a urgencias si yo veo que estoy muy mal, porque si no es de mucha necesidad entonces espero a recibir un ficho porque para que va uno a urgencias sabiendo que no está. (E8-P6)

[...] yo he ido al [Hospital] cuando esta enfermedad me estaba empezando, yo iba allá con ese cólico y desesperado y hablé con el vigilante y le dije: hermano, brégueme a pasar hermano que estoy muy enfermo y dijo: a no, que pena hermano, pero tiene que esperar su turno y yo: hermano coloque la cita mía de las primeras a ver si me la pasan, hermano es que estoy muy desesperado de ese cólico. (E6-P10)

[...] [mi hijo] se puso amarillo y se me enfermó, entonces duré con el niño todo un día en el Hospital; que haga una vuelta aquí, que haga la otra allí y nada; por la noche le dio que fiebre tan horrible, para dejarlo hospitalizado [...] al niño lo pusieron en unas lámparas y al niño no le taparon los ojos [...] duró tres días hospitalizado. (E14-P7)

Los pacientes en sus itinerarios están en constante negociación y evaluación del tipo de atención que necesitan, en muchos casos pueden comenzar en primera instancia por el autocuidado y recurren

a los saberes populares sobre la enfermedad que creen tener; en otros, acuden a un lego o acuden a un profesional de la medicina de tradición occidental.

[...] es que de todas maneras nosotros no tenemos más para donde correr sino para el Hospital porque por una parte lo atienden a uno como más ligero. Por otra parte, inmediatamente usted sabe que un consultorio (particular) uno va con un dolor y le dicen: vaya hágase aplicar esto, tómese esto, en cambio allá en el Hospital, inmediatamente le aplican la droga que uno necesite para el dolor. (E7-P9)

El hospital dispone del personal de salud que provee cuidados, implementos y procedimientos necesarios, así como el espacio requerido, y determina las acciones para abordar la enfermedad y con esto suplir la necesidad del sujeto. En este contexto el sujeto es concebido como vulnerable e incapaz de proveerse por sí mismo una solución, se considera que no posee el conocimiento de lo que necesita ni sabe cómo afrontarlo convirtiéndose en paciente para el sistema. Sin embargo, en la práctica, el sujeto no es pasivo, se reviste de una serie de estrategias que le permiten negociar y tener cierta capacidad de agencia intentando reedificar su autonomía.

[...] que, haciendo vueltas, que cada que coronaba⁵ allá, “ya con este certificado está”, “bueno gracias”. “Vaya al Seguro que le den la orden para cirugía”, “¿cuál orden?” uno va y no le dan ninguna orden, “ahora no hay cupo”, “no hay contrato con el hospital, porque el Seguro le debe plata” [...] “a no que ya este necesita dizque otro examen”, se iba y él le hacía el examen y “a ver doctor vine por la orden” y hasta que ya me dijeron, “ponga una tutela”. (E1-P9-10)

⁵ Coronar, en este contexto, significa alcanzar el objetivo.

Sentir la necesidad de consultar, desde la perspectiva institucional hospitalaria, está condicionada por la definición de un rol del enfermo. Esto significa que, para la institución, una vez el paciente está en ella hace una ‘entrega’ de su capacidad y competencia para ayudarse a sí mismo; lo cual le confiere un nuevo estado de incapacidad. Así se observa en una de las entrevistas:

[...] doctor, sálmelo en todo caso, haga lo que sea, en las manos de Dios y en las tuyas [...], no tengo más que hacer, yo no voy a poner en riesgo la vida de mi niño como lo adoro. (E16-P3)

Encontramos en las entrevistas que la necesidad de ayuda depende, por un lado, del grado de sufrimiento, de qué tanto incapacite a la persona y del riesgo de muerte. Durante el proceso de búsqueda y atención en salud, el paciente configura múltiples expectativas que van desde la necesidad hasta la atención y persisten una vez se ha prestado la misma.

[...] que examinen bien, que me hagan el análisis completo en toda forma, eso es lo que yo espero, que me analicen bien la enfermedad [...] el médico que diga “saque la lengua” y no más y apenas le atisbe a uno el ojo [...] eso no es ningún examen. (E1-P7)

[...] que ellos lo atiendan a uno bien desde que uno entre, primero que todo la educación, “bueno días, que se le ofrece, en qué podemos colaborarle, ayudarle”, porque muchas veces hasta se les olvida esas frases [...] que lo atiendan a uno con una sonrisa o con una mirada que realmente le dé a uno moral. (E4-P8)

[...] porque me atendieron bien, porque no tuve nada que sentir y me llenaron mis necesidades, me las suplieron, entonces tengo que estar agradecida por eso, debo salir agradecida. (E18-P8)

Necesidades como expectativas son construcciones dinámicas que atraviesan el antes, el durante y el después de la consulta médica. Sobre las expectativas encontramos que estas no solo demandan una curación, sino también otros elementos que componen la atención y la relación del paciente con el personal de salud y la institución. Las expectativas surgidas de la necesidad son diversas y no apelan únicamente a la resolución por medio de la curación médica. Entre las múltiples expectativas está ser bien atendidos, ser escuchados, ser examinados, ser informados e intervenidos.

[...] [una atención] buena [...], es que llegue yo con un dolor y me lo calmen, que yo pueda salir aliviado, porque uno ir a un centro de salud y uno salir con el mismo dolor, mejor uno no va. (E6-P11)

Así como las expectativas acompañan las necesidades a lo largo de los itinerarios del sujeto, el dolor/sufrimiento subyace a estos y lo moviliza en su agencia por buscar unos actos resolutivos de aquello que lo aqueja. Aunque la experiencia del dolor tenga una explicación desde lo biológico en el discurso médico, el sujeto lo resignifica como sufrimiento, desbordando esta explicación al insertarlo desde su aparición en el orden de lo simbólico. Esto configura uno de los ejes movilizados de la necesidad del paciente, que se traduce en que la medicina le ofrezca una solución a su dolor/sufrimiento.

¿qué resultado espera obtener cuando va a una atención al Hospital? “No, que me digan que el mal que tengo no es malo, no es maligno” [...] la doctora me dijo, “tranquila que usted no tiene cáncer”. (E3-P10)

[...] ¿qué espera recibir usted en el Hospital? Que me atiendan, y que si es por ejemplo un dolor de muela, que me calmen el dolor y ya... pues si es por urgencias, y ya después se consulta. (E14-P7)

[...] cuando usted sale para el Hospital, ¿Qué espera recibir? Atención médica, que me atiendan ligero para que me quiten el dolor. (E20-P5)

El dolor/sufrimiento, el síntoma, la construcción de enfermedad, la necesidad de atención en salud y las expectativas que emergen de ella, movilizan a los sujetos a trasegar por una serie de itinerarios. Estos se configuran como caminos propios marcados por las contingencias de cada historia personal; encuadrada en la cultura, las condiciones socioeconómicas y el sistema de salud. Cuando estos caminos se cruzan en el hospital, que atiende al sujeto desde el discurso y las técnicas de la medicina occidental, el sujeto entra a negociar los significados construidos asumiendo la condición de paciente y agenciando su necesidad dentro del sistema.

DISCUSIÓN

Cuando un paciente siente un sufrimiento, o dolencia, se encuentra inmerso en un proceso donde identifica su situación como enfermedad a partir de la elaboración del síntoma como producto que emerge desde la corporeidad y la subjetividad (39, 40) y que se enmarca en la cultura (41, 42). La necesidad de atención en salud se va decantando en una necesidad por consultar. Esta se identifica cuando se pone en juego su autonomía y su capacidad, pues su condición de enfermedad es un estado de vulnerabilidad (11, 13) que puede ser visto como un estado de posibilidad en tanto se agencian, a partir de allí, unas transformaciones (9). Esto le lleva a identificar una necesidad sentida para hacerla manifiesta (7, 43) si lo considera socialmente conveniente (6, 13), tomando la decisión de qué hacer frente a la misma. Esta decisión implica el comienzo de unos itinerarios terapéuticos y burocráticos donde los pacientes, como se encontró en los entrevistados, encararon acciones para preservar o recuperar su salud utilizando diversos recursos y prácticas (1, 20, 21, 22, 23, 25).

Los itinerarios, más que indicar flujos predeterminados, son caminos diversos; configurados por construcciones subjetivas individuales y colectivas del proceso de enfermedad (20, 23, 25). En estos, múltiples factores y capitales entran en juego en las posibilidades y limitaciones que tienen los sujetos en el medio social. En los entrevistados se encontraron factores como las condiciones socioeconómicas, las creencias propias sobre la enfermedad, la experiencia con el sistema de salud y la estructura misma del sistema, que impusieron unos itinerarios tanto terapéuticos como burocráticos. Bajo este último título, Abadía y Oviedo advierten que el sistema de salud colombiano antepone a las necesidades percibidas por los pacientes unos itinerarios que responden a requisitos administrativos y burocráticos basados en los intereses y conveniencias de las aseguradoras en salud (1). Como se da cuenta en los caminos trazados por los entrevistados por medio de filas, trámites, selección de servicios y la acción de tutela.

Los sujetos inmersos en unos itinerarios construyen una noción propia de lo que experimentan como síntoma y afección; y elaboran expectativas que moldean y son moldeadas por los distintos cursos que toman en la sociedad y la cultura (19, 20, 26). Los trasegares van desde el autocuidado hasta acudir a otras prácticas curativas o acudir a un profesional en medicina. A lo largo de estos, enfrentan diversas barreras que los obligan a modificar sus estrategias y expectativas. Es preciso aclarar que los itinerarios terapéuticos no se limitan al transitar por las instituciones biomédicas, sino que son el camino que obliga la dolencia (18, 20, 23, 31). Esta investigación —al centrarse en el paciente que acude al hospital— se enfoca en la medicina alopática, erigida en el sistema de salud colombiano como el modelo médico dominante; aunque parte del reconocimiento del pluralismo médico que identifica en nuestras sociedades a los diversos actores y sistemas en atención en salud en los que incluso el autocuidado puede ser una alternativa al modelo biomédico hegemónico (31, 32).

En la voz de los sujetos se reconocen los caminos transitados y las construcciones individuales donde emerge la importancia de otras prácticas y agentes en salud que tienen sentido en cada búsqueda. En estas se encontró que el individuo (por medio del autocuidado), la familia y el personal de salud, fueron los actores presentes de mayor relevancia en los itinerarios, siendo el hospital un sitio referente y sobre el cual se construye identidad y pertenencia (31, 32). El médico, en consecuencia, y el hospital en términos políticos, legales y socioculturales, ha sido la instancia que confiere la legitimidad de enfermedad al enfermo (6).

El sujeto aquejado por un dolor o una alteración en su corporeidad⁶ ve interrogada su existencia. Esta irrupción paulatina o intempestiva en y desde su cuerpo implica reacomodar su trama simbólica. Reacomodación que busca organizar un caos, so pena de poner en juego la existencia, y que implica sufrimiento (40, 44). El sujeto que sufre con toda su historia de vida y con todos los que lo rodean emprende una búsqueda de alivio (39). Configura en un primer momento una explicación lógica y legítima (según los límites de su entorno cultural), que deriva en una noción de enfermedad (6). Esta lo encauza en la búsqueda de una cura, que puede iniciar con una espera silenciosa o puede llevarlo frenéticamente a consultar a un curandero o al servicio médico hospitalario.

Durante este proceso de construcción de la enfermedad, la búsqueda de sentido y la reacomodación simbólica no cesan; por tanto, el sufrimiento continúa en paralelo con una búsqueda llena de expectativas y promesas que muchas veces se alejan del centro mismo de la interpretación que el médico hace de la enfermedad (45). El cuerpo en su concepción de corporeidad experimenta unos procesos patológicos (entendidos no solo desde la patología de la medicina moderna, sino desde el origen del concepto de *pathos* como sufrimiento) que siguen unos ritmos y flujos propios.

⁶ Concepción que intenta superar los dualismos mente-cuerpo, propios de la concepción mecanicista del mismo (46, 47).

Estos pueden configurarse en síntoma al situar la experiencia del dolor/sufrimiento en el lenguaje, en tanto se transfiguran a una experiencia sensible de la cual se hace un acto de consciencia. El síntoma es una interpretación consciente de una corporeidad sentida donde el sujeto dota de significación dicha corporeidad desde su historia de vida y su cultura (45, 48).

Una vez se inscribe la enfermedad en el horizonte de sentido del sujeto, este debe hacerla un hecho social; por tanto, busca legitimarla ante distintas instancias. Este proceso de legitimación juega en las coordenadas mismas que ofrece la sociedad; la cual indica los límites de lo lícito, de lo que es verdadero y de lo que tiene sentido (39, 45). La legitimación de la enfermedad une el mundo de las formas (los signos, las pruebas) con los sufrimientos sentidos. El signo, aquello que puede mostrar el sujeto, participa en la legitimación del sufrimiento (49). En principio son el sujeto que padece y su familia los que procuran el reconocimiento social de la enfermedad. Sin embargo, la medicina moderna occidental está dotada socialmente de la autoridad para legitimar la enfermedad. Es esta quien le da al sujeto el estatuto oficial de enfermo y la que determina el diagnóstico legítimo y por lo tanto con repercusiones en el ámbito legal, familiar, laboral entre otros (6).

La construcción social de la enfermedad tiene una temporalidad que corre de forma distinta a la historia natural de la enfermedad. El tiempo de las alteraciones orgánicas no es el mismo de las interpretaciones de los síntomas (44). El tiempo del sujeto en expresar su necesidad y consultar juega en la evaluación que los otros hacen de este, lo que a la vez confiere o no legitimidad (39). Adicionalmente el sistema de salud impone unos tiempos administrativos que ponen barreras (1, 2) tal como se dio cuenta en las entrevistas. En estos itinerarios, el sujeto agencia una solución con el cuerpo sufriente y se mueve entre las diferentes dimensiones temporales y las posibilidades u obstáculos.

Cuando el sujeto llega a un servicio hospitalario se da el encuentro entre dos mundos. El mundo del enfermo y el de la institución en salud. Esta le da el rol de enfermo asignándole nuevas expectativas (50) y lo somete a tramas burocráticas, que por momentos desdibujan sus necesidades, para imponer las necesidades propias del sistema, la institución y sus profesionales (1). El médico como representante del discurso de la medicina moderna se posiciona no solo como profesional de la salud, sino como un sujeto con un marco cultural y de creencias con las que se acerca a otro sujeto que reconoce como paciente (39). Esto explica el enfoque de esta investigación, al tomar el hospital y el personal de salud como las instancias analizadas en la búsqueda de resolución de las necesidades en salud y moldeadas socioculturalmente en el acto de la consulta; lo cual está atravesado por la elaboración de expectativas, como se trabajó a partir de la experiencia de los pacientes.

CONCLUSIÓN

La necesidad de atención en salud es producto de la concepción subjetiva de la enfermedad a partir de las historias de vida, en la cultura. En que la corporeidad es el lugar donde el dolor y el sufrimiento se manifiestan a través del lenguaje, permitiendo la construcción del síntoma y —en consecuencia— de la enfermedad. Llevando al sujeto por unos itinerarios en los que elabora múltiples expectativas en búsqueda de una solución. Esta experiencia se juega en unas temporalidades diversas en las que la historia de vida del sujeto, la cultura a la que pertenece, su grupo familiar y la medicina, convergen dando forma y legitimidad al fenómeno de enfermedad. Que hace del enfermar una cuestión social que trasciende la concepción biomédica del mismo, en que la institución médica y los agentes en salud entran en juego y negociación con las concepciones de los pacientes, su entramado simbólico y creencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abadía Barrero CE., Oviedo Manrique DG. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2010; 9 (18): 86-102.
2. Echeverry ME. Derecho a la salud, estado y globalización. *Rev Fac Nal Salud Pública*. 2006; 24 (número especial): 81-96.
3. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev Salud Pública*. 2000; 2 (2): 121-144.
4. Hernández M., Torres-Tovar M. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Med. Social*. 2010; 5 (4): 241-245.
5. Merlano-Porras CA., Gorbanev I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013; 12 (24): 74-86.
6. Telles JL., Pollack MH. Feeling sick. The experience and legitimation of illness. *Soc Sci Med A*. 1981; 15A: 243-251.
7. Bradshaw J. Jonathan Bradshaw on social Policy. Selected Writings 1972-2011. New York: University of York; 2013.
8. Spicker P., Álvarez S., Gordon D. Pobreza, un glosario internacional. Buenos Aires: CLACSO; 2009.
9. Max-Neef M. El desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Montevideo: Editorial Nordan Comunidad; 1998.
10. Casado G., Demetrio E. Introducción a los servicios sociales. Madrid: Editorial Popular; 1997.
11. Doyal L., Gough I. Una teoría de las necesidades humanas. Barcelona: ICARIA; 1994.
12. Puig M., Sabater P., Rodríguez N. Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. *Aposta, Revista de Ciencias Sociales*. 2012; 54: 1-12.
13. Spiker P. Need as claims. *Soc Policy Adm*. 1993; 27 (1): 7-17.
14. Navas H., Moiso A. Modelos conceptuales para la investigación de necesidades en salud y utilización de servicios en poblaciones localizadas. *Cuad Med Soc*. 1994; 69.
15. Echeverry ME. La acción de tutela en salud: una herramienta para la construcción del derecho a la salud como derecho fundamental. *Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Medellín: Hombre Nuevo Editores; 2013. p. 43-108.
16. Molina G. et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2010; 9 (18 supl. 1): 103-117.
17. Pasarin L. Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. Disponible en: <https://www.academica.org/lorena.pasarin/21.pdf>.
18. Perdiguero E. Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Fernández G., coordinador. *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 33-49.
19. Augé M. L'Anthropologie de la maladie. *L'Homme*. 1986; 26 (97-98): 81-90.
20. Augé M. Introduction. *History and Anthropology*. 1985; 2 (1): 1-13.
21. Sindzingre NA. Présentation: Tradition et biomédecine. *Sci Soc Sante*. 1985; 3 (3-4): 9-26.
22. Sindzingre NA. Healing is as healing does: Pragmatic resolution of misfortune among the Senufo (Ivory Coast). *History and Anthropology*. 1985; 2 (1): 33-57.

23. Sindzingre NA. L'interprétation de l'infortune: Un itinéraire Senufo (Côte d'Ivoire). *Sci Soc Sante*. 1983; 1 (3-4): 7-36.
24. Pinho P., Gomes P. Itinerários terapêuticos: Trajetorias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16 (41): 435-447.
25. Lobo L. et al. Itinerarios terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (11): 4433-4442.
26. Martínez A. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Belo Horizonte: Universitat Rovira i Virgili; 2006.
27. Córdoba CI., Duque, MC. Itinerarios terapêuticos en el cuidado de la salud de los infantes de un barrio de Bogotá. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2002; 4 (1-2): 11-27.
28. Rodrigues F., Tao SA. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. *Rev Eletrônica de Enfermagem*. 2009; 11 (1): 101-109.
29. Venturiello MP. Itinerario terapêutico de las personas con discapacidad y mediaciones em el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis. Rev. Saúde Coletiva*. 2012; 22 (3): 1063-1083.
30. Goldberg A. Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*. 2013; 11: 199-216.
31. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien. Saude Colet*. 2003; 8 (1): 185-207.
32. Menéndez EL. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Étnografia de Catalunya*. 1984; 3: 83-119.
33. Schwartz H., Jacobs J. Introducción a las bases conceptuales de la metodología de investigación cualitativa en salud. *Métodos cualitativos y métodos cuantitativos dos enfoques a la sociología*. Ciudad de México: Editorial Trillas; 1984. p. 22-57.
34. Lincoln YS. Sympathetic Connections Between Qualitative methods and health research. *Qual Health Res*. 1992; 2 (4): 375-391.
35. Thomas WL., Swaine D. *The Child in America, behavior problems and programs*. Nueva York: Aldred a Knopf; 1928.
36. Glaser B., Strauss A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
37. Blumer H. *Symbolic Interaction: Perspective and Method*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice Hall; 1969.
38. Glaser B., Strauss A. *Basics of Qualitative Research-Grounded Theory Procedures and Techiques*. Newbury Park: Sage; 1990.
39. Le Bretón D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, Los Tres Mundos; 1999.
40. Mol A. *The body multiple. Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
41. Kleiman A., Eisenberg L., Good B. Clinical lesson from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978; 88: 251-258.
42. Kleinman A., Benson P. Anthropology in the Clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006; 3 (10): 1673-1676.
43. Bradshaw J. *The conceptualization and measurement of need: A social policy perspective. Researching the people's health*. London: Routledge; 1994.
44. Mol A., Law J. Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia. *Body Soc*. 2004; 10 (2-3): 43-62.

45. Alves P. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saúde Publica*. 1993; 9 (3): 263-271.
46. Cabra NA. El cuerpo en Colombia: estado del arte, cuerpo y subjetividad. Bogotá: IESCO, IDEP; 2014.
47. Le Bretón D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
48. Zola I. Culture and symptoms: An analysis of patient's presenting complaints. *Am Sociol Rev*. 1966; 31 (5): 615-630.
49. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2006.
50. Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza Editorial; 1999.