

Prácticas terapéuticas de dueñas de casa en una población de Valdivia, Chile: un aporte para el rescate de saberes en medicina doméstica.

Gonzalo Jara Araneda, Nadia Soto Retamal

Introducción

A lo largo de la historia han existido distintas tradiciones orientadas a enfrentar los procesos de salud y enfermedad, conforme se constituían como un conjunto de conocimientos compartidos fueron dando origen a los Sistemas Médicos, es decir, “un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva” (1). Con el avance de las ciencias naturales, la medicina científica fue ganando terreno hasta constituirse como el Modelo Médico Hegemónico, esto es, “la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (2). Sin embargo, a pesar de la dominancia de la medicina científica, existen visiones que dan cuenta de la persistencia de múltiples Sistemas Médicos en la actualidad, siendo uno de ellos la Medicina Doméstica o Casera (3). Entenderemos por medicina doméstica (también llamada Popular, Folklórica o Casera) “al conjunto de conocimientos, recursos y acciones terapéuticos presentes en el hogar, que no trascienden este ámbito como una oferta de servicio” (4). El contenido de este sistema médico provendrá de procesos sintéticos (4), resultado de

la interacción con los servicios de salud, la transmisión de conocimientos, la medicina tradicional, las experiencias adquiridas en el ámbito doméstico y la influencia de agentes externos como medios de comunicación y farmacias (5).

Bajo una mirada de múltiples sistemas, Pasarín (6) propone que “la mayor parte de la población recurre a diversas estrategias de atención a la salud, no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud”. Esto implica hacer uso de los múltiples sistemas que coexisten, en un transitar denominado Itinerarios Terapéuticos, es decir, la “secuencia de actividades que son emprendidas en el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento por parte de los propios actores sociales, constituyendo un indicador de los recursos utilizados” (7). En este contexto, la Medicina Doméstica da cuenta del primer acercamiento de los individuos a la experiencia del estar enfermo, siendo inevitablemente el punto de partida de sus itinerarios terapéuticos (6). La medicina doméstica configura de esta manera el “primer nivel real de atención” (8). Diferentes perspectivas proponen que ningún sistema médico logra resolver todas las necesidades de salud de las comunidades y que es la validación que cada pueblo otorga a un sistema médico lo que determina los múltiples itinerarios terapéuticos, ya sea simultáneos o secuenciales, que se presentarán. La comprensión de la elección de estos itinerarios como un acto marcadamente influenciado por la cultura lleva hacia estrategias integrativas que respetan la coexistencia e interrelación entre diferentes sistemas médicos, en este camino destaca el aporte de la salud colectiva en Latinoamérica (3, 9).

Gonzalo Jara Araneda, Médico Residente
especialización en Medicina Familiar y Comunitaria,
Instituto de Salud Pública Universidad Austral de Chile
Correo-e: gonzalo.jara.ar@gmail.com

Nadia Soto Retamal
Cirujano dentista, Magíster(c) en Salud Pública,
Profesora adjunta Universidad Santo Tomás sede
Valdivia, Chile
Correo-e: nsoto23@santotomas.cl

Como elemento central en el sistema de medicina doméstica se encontrará la mujer, las agentes principales del autocuidado en las familias, en las que ocupan el rol de “especialistas” en medicina casera (3), no en vano Menéndez (10) lo describe como el “modelo de autoatención que tiene por centro a la mujer”. La construcción de este saber femenino estará determinado por un proceso de socialización, cuyo primer escenario es la familia de origen, donde madres y abuelas juegan un rol clave en la transmisión y perpetuación de los conocimientos en medicina doméstica (4). El gran desafío actual en este sentido es el riesgo de la medicalización de la vida y el riesgo de que las mujeres asuman un rol pasivo en el universo del cuidado de la salud, en el que ellas son centrales (5).

Bajo esta perspectiva, esta investigación intenta responder a la pregunta ¿Cómo son percibidos y qué valor se les da a los saberes y prácticas en medicina doméstica, por parte de las mujeres dueñas de casa de una población valdiviana? El objetivo general será describir las percepciones en torno a las prácticas de medicina doméstica y el valor que se les da a estas en las mujeres dueñas de casa de una población de Valdivia. Los objetivos específicos serán identificar los saberes y prácticas en medicina doméstica de las mujeres dueñas de casa de esta población, identificar la valoración que realizan las mujeres dueñas de casa de sus saberes en medicina doméstica y describir la percepción que tienen estas mujeres de la utilización de prácticas de medicina doméstica.

Métodos

Diseño del estudio

Se utilizó un enfoque cualitativo bajo la tradición de la Investigación Acción Participativa (IAP). El presente informe da cuenta de las dos primeras etapas: Pre-reflexivo (o Preinvestigación) y Diagnóstico.

Contexto de la investigación

Esta experiencia se inserta en el territorio de la Población San Pedro, ubicada en el sur de la comuna de Valdivia, Chile, con orígenes en la década de 1990 a través de la construcción de

viviendas sociales para dar solución a allegados y habitantes de campamentos informales (11, 12). Este proceso estuvo orientado a dotar de condiciones mínimas de habitabilidad a la población, privilegiando un criterio de cantidad por sobre calidad de las viviendas, lo que derivó en condiciones de vulnerabilidad que se mantienen en la actualidad. Desde la perspectiva del sector salud se encuentran adscritos a la población del Centro de Salud Familiar Angachilla (Cesfam Angachilla), centro de atención primaria inserto en el territorio. Existen además en la población múltiples organizaciones comunitarias que dan cuenta de un rico tejido social, dentro de estas se encuentra la Agrupación de Mujeres San Pedro, conformada por 20 socias, todas ellas mujeres y madres, de edades situadas en la etapa del ciclo vital de adulto maduro y adulto mayor. Esta agrupación se constituyó hace 26 años, siendo la primera agrupación de mujeres del sector. Actualmente se reúnen de manera bisemanal, orientadas a compartir socialmente, intercambiar experiencias, conocimientos y a la producción de manualidades para su posterior venta al por menor.

Etapa de Pre-reflexivo

La etapa de Pre-reflexivo se inició el primer semestre de 2019 a través del Análisis de Situación de Salud del Cesfam Angachilla. Este proceso tuvo una fase inicial de revisión documental y posterior realización de entrevistas libres individuales a dirigentes vecinales y una entrevista grupal con la Agrupación de Mujeres San Pedro. Al indagar con mayor profundidad sobre los intereses de este grupo, surge el interés por la Medicina Doméstica.

Posteriormente, consensado el eje temático a trabajar, se conformó durante el segundo semestre de 2019 un Grupo de apoyo a la investigación (GIAP) constituido por dos investigadores principales, la presidenta de la Agrupación de Mujeres San Pedro y una miembro activa de esta agrupación.

Etapa de Diagnóstico Participativo

Se realizó un muestreo inicial por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron ser mujer, pertenecer a la Agrupación de Mujeres San Pedro y ser parte de las familias usuarias del Cesfam

Angachilla. El criterio de exclusión fue no entregar su consentimiento para participar en la investigación.

La recolección de datos se efectuó mediante entrevista grupal y entrevista individual. El contenido de las entrevistas fue grabado en audio y analizado mediante transcripciones literales. Las entrevistas grupales se realizaron durante el mes de enero de 2020 con grupos de 10 participantes, en las instalaciones de la sede vecinal La Dehesa. Las sesiones fueron moderadas por uno de los investigadores principales, apoyado por un investigador colaborador del GIAP. La información fue representada simultáneamente de manera gráfica en papelógrafos para permitir la visualización de la información por todas las participantes. En la primera sesión se utilizó un guion con dos campos temáticos a tratar: saberes y prácticas en medicina doméstica; valoración y percepción sobre el uso de prácticas de medicina doméstica. La segunda sesión grupal utilizó la técnica de construcción conjunta de los itinerarios terapéuticos. Las entrevistas individuales fueron del tipo semiestructurada y se realizaron en la sede vecinal La Dehesa por el investigador principal, durante el mes de enero de 2020, utilizando un guion de entrevista prediseñado.

Se realizó un análisis temático de los datos obtenidos. La preparación de los datos fue llevada a cabo por dos investigadores. Se realizó triangulación de métodos e investigadores en la recolección y análisis de los datos. Los resultados obtenidos fueron presentados a las participantes en un taller grupal, para contrastar los hallazgos con la opinión de estas.

Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización mediante consentimiento a todas las entrevistadas. Se utilizó un sistema de transcripción mediante códigos para mantener el anonimato de las participantes. Los archivos en audio con el contenido de las entrevistas solo fueron conocidos por los investigadores que participaron en el análisis de los datos, siendo resguardados por los mismos.

Uno de los autores declara la existencia de una relación previa de trabajo conjunto en forma de

talleres con la Agrupación de Mujeres San Pedro, así como también la existencia de una relación terapéutica previa con algunas participantes de las entrevistas o sus familias.

Resultados

Saberes y prácticas en medicina doméstica

Las participantes destacan sus saberes respecto a terapias domésticas a través de la ejemplificación de prácticas: *“Siempre cuando mis hijos estaban enfermos usábamos el maqui para bajar la fiebre”*; *“Cuando hay colitis tomas el maqui seco y eso es bueno”*. Utilizan principalmente hierbas medicinales y en ocasiones otros productos que se pueden conseguir en farmacias naturistas, arsenal que constituye lo que denominan remedios caseros. Se observa la orientación hacia el alivio de síntomas más que a una etiología concreta.

Paralelamente, manifiestan usar preparados farmacéuticos alopáticos, utilizados sin indicación médica, de acuerdo a conocimientos adquiridos en experiencias previas con los médicos, a través de recomendaciones de los vendedores de las farmacias o influencia de internet o medios de comunicación: *“Yo me compro colágeno, eso es bueno, me lo averigüé por internet”*; *“La niña de la farmacia lo ayuda a uno, no sé si será farmacéutica, pero le dicen a uno que tomar y cuando”*.

Respecto al uso de preparados alopáticos, quienes utilizan medicamentos para el manejo de patologías crónicas describen como adaptan el uso de estos hacia el alivio de síntomas a corto plazo. Al mismo tiempo se describe un cierto temor al uso permanente de ellos y un intento por reemplazar algunos de estos por productos naturales: *“A mí me dan un montón de remedios, me traigo toda la farmacia, pero no me los tomo todos, imagínese como me iba a quedar mi estómago”*; *“Yo prefiero mucho más la hierba a estos otros remedios (...) es más sana”*.

En relación al origen de sus saberes se destaca una transmisión femenina de estos: *“Con mi abuela, yo aprendí a hacer las mismas cosas que ella”*. Al mismo tiempo se describe que los hombres antiguamente poseían más saberes relacionados al tema que los hombres “de ahora”, sin embargo,

esta apreciación también se extiende a ambos géneros al referirse a las nuevas generaciones: *“La persona antigua como que sí sabía, ahora la juventud no”*.

Valoración y percepción sobre el uso de prácticas de medicina doméstica

Se observa una valoración positiva respecto a sus saberes en medicina doméstica, percibiéndola como un sistema paralelo al de la medicina oficial. Se da cuenta de su posicionamiento como conocedoras de estos saberes: *“A mi hija yo le digo, dale estas hierbas que le van a hacer bien”*. Por otro lado, se manifiesta una percepción de desconocimiento por parte de los médicos hacia estos saberes, el que se describe como un conflicto de creencias: *“Ellos no creen en las cuestiones de las hierbas, ellos creen en los remedios que nos recetan”*; *“El médico no sabe del empacho”*. Esto genera que las terapias realizadas en el hogar sean ocultadas a los terapeutas del sistema oficial, tanto por pensar que no las entienden como para evitar ser víctimas de burlas o descalificación: *“Uno no les dice, mejor no decirles”*.

Se expresa una predilección hacia las terapias naturales, principalmente al uso de hierbas medicinales, no habiendo uso actual de terapeutas de medicina popular lo que sí se daba en la infancia y cuando las participantes tenían hijos pequeños: *“No se usa, pero antes cuando teníamos niños chicos sí”*; *“Antes había medicas, pero ya no, así que una va directo a la farmacia nomás”*.

Itinerarios terapéuticos

La decisión sobre acudir o no a una atención por terapeuta se inicia en el hogar, donde la mujer es la que tiene la palabra decisiva. La elección de consultar inmediatamente a un centro de salud depende de la percepción de gravedad de la persona, información que se obtiene a través de cambios en el carácter o estado de ánimo, decaimiento o presencia de fiebre: *“Cuando una persona está enferma cambia su carácter, se decae, él sabe que está enfermo que alguna cosa tiene”*.

En caso de no impresionar gravedad las enfermedades se manejan en el hogar a través de

los saberes y el arsenal de remedios caseros que la mujer posee: *“Si es solo un resfrío uno no va al médico”*. El segundo momento en que se decide acudir a un centro de salud es cuando fracasan los remedios iniciales intentados en el hogar, en este sentido pesa más el no alivio de síntomas que una ventana de tiempo determinada: *“Yo por lo menos creo que, que después del segundo día si ya el asunto no baja, ya sea la fiebre o que está demasiado obstruida la garganta o la nariz voy”*.

Al momento de decidir obtener ayuda la primera opción en caso de no percibir un cuadro grave son las farmacias alopáticas y las farmacias naturistas, obteniendo orientación de los vendedores de las mismas: *“Uno va a la farmacia y habla con el farmacéutico y le recomienda”*; *“Yo siempre voy primero a la farmacia naturista, y si no me funciona voy a las otras”*. Cuando esto fracasa o cuando no se poseen recursos para ir a comprar fármacos se acude a la red de atención primaria. Se manifiesta que la dificultad para conseguir horas, así como las barreras administrativas de la atención primaria son un obstáculo que las hace preferir acudir primero a las farmacias: *“Es difícil conseguir hora, más encima hay que levantarse tan temprano y cuando uno pide hora ya no hay hora”*.

La consulta a los servicios de urgencia de mayor complejidad se reserva para casos en los que se percibe una alta gravedad o posible riesgo vital: *“¿Para llegar al hospital?, hay que estar a punto de morir”*. Esto se justifica principalmente por las esperas que asocian a las consultas en la urgencia hospitalaria además de manifestar no entender los sistemas de categorización de las urgencias. El uso de medicina privada en este grupo se refiere como excepcional y condicionado a la disponibilidad de dinero, donde la principal motivación para acceder a ella es el tiempo: *“Cuando estoy muy mal yo prefiero ir a la clínica, pero igual se espera”*; *“La clínica igual uno espera hartito, pero es para otro nivel, para los que le pesan más los bolsillos”*.

Se observa una expectativa de integración entre sistemas, predominando la idea de una apertura del sistema oficial hacia prácticas ejecutadas por las pacientes en sus domicilios y en especial en relación al uso de hierbas medicinales: *“Si hubiera*

hierbas en los consultorios sería mejor, pero siempre que los médicos sepan para que son". Esta integración la visualizan como una tarea que le corresponde a los servicios de salud oficiales: *"Yo digo que deberían también formar una farmacia de hierbas, en los consultorios"*.

Discusión

El proceso de diagnóstico realizado reafirma el rol de la mujer como agente terapéutico y como la persona a cargo de las primeras decisiones en torno a los itinerarios terapéuticos de las familias, reforzando de esta manera la idea propuesta por varios autores de un sistema médico centrado en la mujer (5,10). Estos resultados se observan tanto en los relatos individuales como grupales y son similares a los hallazgos observados en investigaciones previas del área. Sirguiado (13) en su caracterización cuali-cuantitativa de los itinerarios terapéuticos en la urgencia pediátrica hospitalaria de Valdivia (Chile), da cuenta del rol de la mujer como primera ayuda médica y la puesta en práctica de saberes como la observación de síntomas y su evolución, o el uso de fármacos tradicionales. Alarcón y Vidal (14), en su experiencia cualitativa con los itinerarios terapéuticos infantiles en la Región de la Araucanía (Chile), también dan cuenta del rol principal de la mujer como el primer recurso terapéutico para sus hijos, así como además agregan la falta de reconocimiento de la cultura sanitaria familiar como una barrera a la hora de recibir atención en centros de salud, situación que se repite en nuestro estudio y se refleja en percepciones de un saber no válido para los médicos y en actitudes como el ocultamiento de prácticas de medicina casera a los médicos, perpetuando así la visión de sistemas enfrentados y no compatibles. Esta situación genera insatisfacción en las familias y confirma la visión de un sistema no competente culturalmente (14) y de un modelo hegemónico que no se integra con los demás sistemas (15). Impresiona la necesidad de establecer diálogos entre los servicios oficiales de salud y las madres/mujeres de las familias como manera de resolver este conflicto.

La perspectiva ofrecida por las participantes da cuenta de una búsqueda de múltiples recursos como parte de los itinerarios terapéuticos de las

familias. En este sentido, la existencia de barreras administrativas para el acceso a los centros de salud promueve la adopción de recomendaciones recibidas en las farmacias como parte del arsenal del hogar, en donde se ubican junto a las prácticas adquiridas por la transmisión transgeneracional de saberes femeninos, evidenciando la naturaleza sincrética en el origen de sus saberes y prácticas. Esta realidad observada en este estudio se repite en otras experiencias chilenas con población rural e indígena (14), así como también en otros países latinoamericanos, como la experiencia en Colombia de Ruiz et al (16), lo que da cuenta del marcado componente cultural propio de los países latinoamericanos que existe detrás de las prácticas en Medicina Doméstica. Al mismo tiempo, sugiere que la realidad en comunidades urbanas no es tan diferente en ese sentido de las rurales. Si los elementos culturales de base que están detrás de los modelos de salud-enfermedad que orientan estos itinerarios no se han perdido en las familias urbanas, se constituyen como un recurso potencial y valioso en esta suerte de lucha contra la medicalización de la vida derivada de los modelos culturales occidentales y biomédicos, al mismo tiempo que nos propone que el diálogo entre sistemas debiera ser clave para caminos orientados a la integración y modelos más centrados en las personas y en su cultura, temáticas por cierto sugeridas en los planteamientos de la Salud Colectiva Latinoamericana (3).

Desde la perspectiva del empoderamiento en el contexto de la IAP, las participantes se reconocen como poseedoras de un saber valioso, el cual no necesita ser validado por el sistema oficial porque consideran que los médicos no son fuente válida de opinión al respecto, sin embargo, esta falta de diálogo entre sistemas supone que sus saberes en Medicina Doméstica se mantengan restringidos a los límites del hogar, barrera que idealmente debiera poder ser superada. En relación a su capacidad de generar transformaciones, las participantes mantienen aún una actitud un tanto pasiva, perpetuando la visión de que es el sistema oficial quien debe propiciar los acercamientos entre sistemas, sin embargo, se muestran partidarias de apoyar diversas iniciativas orientadas en esa dirección, ya sea como individuos o como agrupación comunitaria. En las sesiones grupales realizadas se observa

inicialmente una postura pasiva por parte de las participantes (en interacción con investigadores que son también profesionales de la salud), la que transita progresivamente hacia una interacción más horizontal en la medida que las temáticas se aproximan a su campo de experticia y se aleja de las experiencias de interacción verticales de los centros de salud. Tomando en cuenta que la temática de la medicina doméstica despierta particular interés en este grupo, es plausible para el GIAP movilizarlas hacia roles más activos, en especial si se consideran las habilidades y experiencias preexistentes en este grupo de mujeres en tanto su capacidad de organizarse, generar recursos y definir líneas futuras de desarrollo de manera independiente.

Como tarea y desafío futuro se visualiza la necesidad de concesiones por parte del equipo de salud que permitan un necesario diálogo de saberes. Este debe partir por hacerse cargo de los vacíos de conocimiento al respecto y por reconocer la necesidad de incorporar las dimensiones culturales y expectativas de las personas al quehacer profesional en salud. Este verdadero acto de humildad lo presenta magistralmente el Dr. Solar en su Manual para la Medicina Casera (17), al reconocer y hacer explícita la contradicción de un manual acerca de esta temática escrito por un médico¹. De manera paralela, es un desafío para el GIAP potenciar formas de interacción simétrica, evitando repetir fórmulas de dependencia y asistencialismo muy tradicionales en la historia del sistema sanitario, proceso descrito por Comelles (18) como de aculturización de las prácticas tradicionales o “folk”.

Se requiere aún profundizar en el entendimiento de estas temáticas incorporando las perspectivas de otros actores dejados de lado por experiencias previas, las que se han concentrado en la visión de los pacientes y en particular de usuarios pediátricos. La ausencia de estas otras miradas es una de las limitaciones del presente estudio. Se

¹ El Dr. Solar en la presentación de su manual se dirige a la médica casera con estas palabras: “Algún día, alguna abuela se decidirá a escribir y contar su experiencia de cuidar a sus padres, a su marido, a sus hijos y nietos; también a sus vecinos. Este libro será el verdadero Manual De Medicina y no como es el que usted tiene en sus manos; sin duda que será mejor”.

necesita acceder a la perspectiva de los médicos, tanto de atención primaria como de otros niveles de atención, de los otros miembros del equipo de salud, de los directivos de los centros salud y de los tomadores de decisión a nivel de gobiernos locales y regionales.

Finalmente, destacar que el abordaje de esta temática a través de la experiencia de IAP permite rescatar los saberes propios de las mujeres, empoderándolas como interlocutoras válidas en un potencial diálogo entre sistemas médicos.

Referencias

1. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile*. 2003; 131:1061-5.
2. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*; 30 de abril al 7 de mayo de 1988; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. p. 451-64.
3. Ibacache J, Leighton A. *Salud Colectiva: Un modelo de atención de salud contextualizado*. Chile; 2005.
4. Zolla C, Mellado V. La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano. En: González S. *Las mujeres y la salud*. México: Colegio de México; 1995. p. 71-92.
5. Hernández I, Arenas M, Valde R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(5):443-50.
6. Pasarin L. Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En: *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua; 2011.
7. Csordas T, Kleinman A. The therapeutic process. En: Sargent C, Jhonson T, editores. *Medical anthropology: contemporary theory and method*. Westport: Praeger Publishers; 1996. p. 3-21.
8. Menéndez E. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 1984.
9. Casallas A. *La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional*. *Rev Cienc Salud*.

- 2017; 15(3):397-408.
10. Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. Cuad Méd Soc. 1992; 59:3-18.
 11. Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU). San Pedro, Historia local de mi Barrio. Chile: MINVU.
 12. Figueroa V, Gayoso J, Oyarzún E, Planas L. Investigación aplicada sobre geografía urbana: un caso práctico en la ciudad de Valdivia. Gest tur (Valdivia). 1998;(3):107-48.
 13. Sirguiado M. Caracterización e itinerario terapéutico de los usuarios de la emergencia hospitalaria pediátrica del Hospital Base Valdivia 2003-2004. Tesis para optar al grado de Licenciada en Enfermería. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2007.
 14. Alarcón-Muñoz A, Vidal-Herrera A. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectiva de las madres. Salud Pública Mex. 2005; 47(6):440-46.
 15. Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Rev Cubana Salud Pública. 2013; 39(1):1-3.
 16. Ruiz R, González C, Pulido A. Itinerarios terapéuticos para el cuidado de la salud en la primera infancia en los municipios de Cundamarca y Boyacá (Colombia). Rev Investig Andin. 2016; 18(32):1552-64.
 17. Solar MA. Manual para la medicina casera. Temuco (Chile): Miguel Ángel Solar Silva; 2012.
 18. Comelles J. La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. Revis Salud Pública. 1993;(3):169-92.

Recibido: abril de 2020.

Aceptado: diciembre de 2020.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos