

Sistema Nacional y Cultural de Salud durante el COVID-19 en El Salvador desde una perspectiva salutogénica: hogar y comunidad

National and Cultural Health System during COVID-19 in El Salvador from a Salutogenic Perspective: Home and Community

Jorge Manuel Molina Aguilar¹

Codirector del Observatorio del Comportamiento de Automedicación de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, y miembro del European Institute for Multidisciplinary Studies on Human Rights and Science, Knowmad Institut, Brandeburgo, Alemania

Correo: jmolina@knowmadinstitut.org

ORCID: 0000-0001-7288-9740

DOI: <https://doi.org/10.51378/eca.v77i770.7596>

Palabras clave:

salutogénesis, narrativas, padecimiento, medicalización, COVID.

Keywords:

salutogenesis, narratives, illness, medicalization, COVID.

Recibido: 19 de agosto de 2022

Aceptado: 10 de diciembre de 2022



Resumen

1 Académico adjunto de la Maestría en Gerencia de Proyectos Sociales y Planificación para El Desarrollo de la Universidad de El Salvador y "Affiliated Scholar" en el Department of Classical and Modern Languages & Literatures de Mississippi State University. Candidato a Doctor en Ciencias Sociales. Miembro de la de la Asociación Americana de Antropología y las divisiones 28 *Psychopharmacology and Substance Abuse* y 52 *International Psychology* de la *American Psychological Association*. Email: manuel.aguilar@ues.edu.sv / jmolina@knowmadinstitut.org

Artículo

Esta ponencia se enfoca en el Sistema Nacional y Cultural de Salud de El Salvador desde la perspectiva de personas diagnosticadas con COVID-19 durante el primer año de pandemia. Fue presentada el 5 de mayo en el 40th International Congress of the Latin American Studies Association (Molina Aguilar, 2022) en el panel “COVID-19 and Structural Violence in El Salvador”. Reconstruye interacciones entre pacientes, personal de atención médica y otros actores sociales. La metodología fue cualitativa y sus estrategias de recolección, las siguientes: revisión bibliográfica no sistemática y 15 entrevistas semiestructuradas. Considera las narrativas de la enfermedad y del padecimiento como acto social, tomando en cuenta eventos sociales, coyunturales y culturales. A través del contenido y el lenguaje connotativo, fueron analizados aspectos como el rol y la carrera del paciente, y el sufrimiento como dispositivo simbólico. Presenta la interacción entre diferentes espacios de atención sanitaria, principalmente el hogar y la comunidad. Como método de análisis, recurre a los componentes del sentido de coherencia del modelo salutogénico: i) comprensibilidad, ii) manejabilidad, iii) significación. Los principales hallazgos fueron: hibridez en la operatividad de las diferentes modalidades de atención del sistema de salud; una serie de fenómenos históricos que siguen vigentes y caracterizan las desigualdades e inequidades en cuanto a la atención sanitaria, entre estas, la tendencia a centralizar, medicalizar, comercializar y militarizar la salud y la atención sanitaria. Así mismo, se encontró una tendencia a la automedicación y el uso de la metáfora médica y farmacológica para comprender la salud.

Abstract

This presentation focuses on the National and Cultural Health System of El Salvador from the perspective of people diagnosed with COVID-19 during the first year of the pandemic. It was presented on May 5 at the 40th International Congress of the Latin American Studies Association (LASA, 2022)

in the “COVID-19 and Structural Violence in El Salvador” panel. The presentation reconstructs interactions between patients, health care personnel, and other social actors. The methodology was qualitative, its collection strategies: non-systematic bibliographic review and 15 semi-structured interviews. It considers the narratives of illness and suffering as a social act taking into account social, circumstantial and cultural events. Through content and connotative language, aspects such as the patient’s role and career, and suffering as a symbolic device were analyzed. It presents the interaction between different healthcare spaces, mainly Home and Community. As a method of analysis, it uses the components of the Sense of Coherence of the Salutogenic Model: i) Comprehensibility, ii) Manageability, iii) Meaningfulness. The main findings were: hybridity in the operation of the different care modalities of the health system; a series of historical phenomena that are still in force and characterize inequalities and inequities in health care, including the tendency to centralize, medicalize, commercialize and militarize health and health care. Likewise, a tendency to self-medication and the use of medical and pharmacological metaphor to understand health.

Introducción

Exponer un tema como el Sistema Nacional de Salud de El Salvador no es tarea fácil, pues cuando hablamos de “sistema” en el campo de la salud, este puede abordarse desde diferentes disciplinas, especialmente desde la salud pública, o incluso desde la antropología o sociología de la salud y el sistema de cuidados. Esta presentación no pretende ser un análisis exhaustivo del sistema de salud y mucho menos un análisis desde una sola disciplina.

Nuevamente, no se trata de brindar un diccionario de términos no relacionados o una serie de “bloques enciclopédicos” como diría uno de mis colegas aquí presentes. Por el contrario, se trata de exponer los discursos que surgen a raíz de la experiencia de quienes

padecieron COVID-19 y cómo estas personas sufrieron la enfermedad en diferentes contextos. A modo de ejemplo, en algunos casos las personas se refieren a su “dolor”, o al sufrimiento de estar en un hospital, o a la experiencia de estar encerrados en casa y en su discurso, es posible reflexionar sobre el dolor y el sufrimiento como dispositivo simbólico, que es también resultado de coordenadas sociales y culturales, y tiene el potencial de dar sentido a la enfermedad y el padecimiento (Fábregas, 1979; Good, 2003; Otegui, 2000).

Al inicio me refiero brevemente al Sistema Nacional de Salud (SNS) y al Sistema Cultural de Salud (SCS), ambos en El Salvador. Esto se debe a que muchas de sus ventajas y deficiencias son el resultado de una larga trayectoria histórica de tensiones y luchas sociales que se presentan en un contexto político y socioeconómico bastante complejo (ver Esquema A). La construcción del SNS es también el resultado de una serie de leyes y normas, que a su vez, surgen como resultado de las tendencias sociales en salud; discursos relacionados con la medicina —principalmente con la medicina social— ya que El Salvador es un país miembro de la Organización Mundial de la Salud (Estado Miembro), y esto lo llevó a adoptar paulatinamente una filosofía de la salud, y a pasar por una serie de cambios y medidas que a pesar de ser consideradas “obligatorias”, el país aún no ha asumido, a modo de ejemplo: la cobertura universal de salud (CUS) (OPS, 2004, 2020).

En esta oportunidad, la relación entre la narrativa y la experiencia de las y los participantes no solo funciona como una forma de conversación; sino también sirve como una forma estética y moral que se encuentra subyacente a las acciones clínicas que son propias del SNS. Las y los participantes de la investigación —en su narrativa— crean y recrean una estructura similar a una historia, una historia que se reconstruye de forma retrospectiva a través de sus interacciones con médicos y enfermeras y otros actores sociales entre el SNS y el SCS. En la narra-

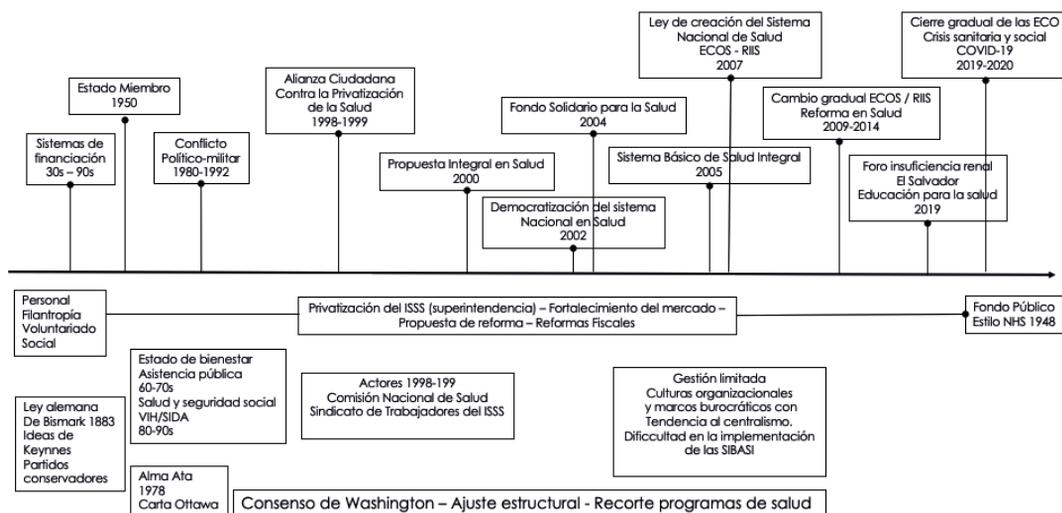
ción podemos apreciar tanto la acción como la experiencia. Como podemos ver, las narrativas y la construcción de la narración son, de algún modo, un acto social porque investiga cómo se construye la experiencia y el carácter humano a través de eventos sociales y culturales. Pero la narración y el discurso no son definibles solo en cuanto a su contenido, sino también marcados por un estilo de presentación a través de un lenguaje connotativo (Guber 2001; Kleinman, 1980; Kleinman y Benson, 2006; Young, 1982).

Sistema Nacional de Salud en El Salvador

Cuando hablamos del componente sistémico en salud, este es el resultado de una larga trayectoria en cuanto a la producción de conocimiento desde la salud pública, la medicina social y otras disciplinas, incluida la sociología (Piédrola Gil, 2005, 2016). Analizar un sistema de salud exige reconocer la complejidad de las instituciones y sus funciones; por lo tanto, cuanto menos específicas, vulneradas y vulnerables sean las tareas institucionales y las funciones de salud, más complejo será analizar un sistema de salud (Piédrola Gil, 2016; Ramis, 2007).

Pero lo importante en todo caso (al menos en este caso) es cómo las personas, es decir las y los usuarios, son quienes reciben el mayor impacto de esta relación de naturaleza híbrida entre diferentes sistemas. En el caso de El Salvador, este cuenta con un SNS público, privado e híbrido (copago, a través del Instituto Salvadoreño del Seguro Social). A pesar de estos tres sistemas, hay una hibridez constante y esta fue reflejada durante la pandemia; de hecho, se presentó una anomalía, ya que el sistema de salud privado tuvo que solicitar herramientas al sistema público (como las pruebas de COVID al principio). Otro ejemplo fueron los esfuerzos económicos desde distintas carteras del Estado para la construcción de un Hospital COVID (el Hospital El Salvador).

Esquema A. Línea del tiempo del Sistema Nacional de Salud de El Salvador (1930-2020) (Friedman & Scheffler, 2016; Oleaga Usategui *et al.*, 2017; OPS, 2004, 2019; Piédrola Gil, 2005, 2016; Urbina, 2014).



Incluso desde esta perspectiva se analizan temas como la “filosofía de la salud” y, en el caso de El Salvador, su filosofía de la salud (en el momento de la pandemia) parte de un paradigma desde la teoría microbiana (el mal en lo microscópico) y bajo la metáfora de la guerra (combatir ese mal microscópico). En este punto cabe señalar la tendencia creciente hacia otro fenómeno que poco a poco se fue consolidando en el país: una militarización de la salud (López y Molina, 2021).

De esta forma, El Salvador enfrentó la pandemia del COVID-19 de manera similar a cómo enfrentó la llegada de la fiebre amarilla y la disentería: con dificultades en materia de abastecimiento, falta de prevención, discurso microbiano y militarización en la política de salud, acompañado de una metáfora de “combate” contra la enfermedad. En ese momento era comprensible, ya que el desafío de la fiebre amarilla estaba bajo la tutela del general Francisco Meléndez (Guerra, 2020; Urbina, 2013). Sin embargo, los esfuerzos en “educación para la salud” o en “pedagogía de la salud” tuvieron una larga espera, una que aún no termina.

Aquí se presentan algunos fragmentos de los participantes N.7 y N.5 en su discurso, se expresan dificultades en torno a la accesibilidad a los servicios de salud, y también sobre la presencia de un sistema nacional de salud híbrido:

En el hospital privado, como no estaban tratando pacientes con COVID, eran muy estrictos.

Llegamos, la enfermera le tomó la temperatura, no la tenía (su mamá), pero estaba muy baja de oxigenación y todos ahí alarmados.

Salió la señora y con base en el nivel de oxigenación de mi mamá dijo que lo más probable era que tenía COVID y no la quería recibir, que si yo la quería exponer a ella y al hospital. Que la llevara al hospital público porque ahí no hacían caridad. Mi enojo iba subiendo. La enfermera dijo que para eso es para lo que servía la seguridad social y que no estaban obligados a atender a nadie (Participante N.3).

Porque era muy amable con todos los pacientes, les daba la mano a todos, si tuviera pastillas de los visitadores médicos se las daba a uno. Como repito, ese doctor siempre está lleno porque a las 6 de la mañana está ahí (la unidad de salud), ya las 9 de la mañana va a su clínica. Como estaba muy lleno de pacientes, abrió una clínica privada frente a la pública para atender después de las 9.

Sistema Cultural de Salud y perspectiva salutogénica

El Sistema Cultural de Salud surge de la dimensión simbólica, es decir, de lo que se entiende por “salud” o “enfermedad” en una sociedad. Esto incluye sus conocimientos, sus percepciones y sobre todo sus conocimientos previos sobre lo que significa ser una “persona sana” o todo lo contrario. Desde la salutogénesis se entiende que la salud emerge de un “sentido de coherencia”, y este, se operacionaliza a través de tres grandes dimensiones, estas son: i) comprensibilidad, ii) manejabilidad, iii) significación (Antonovsky, 1987).

Pero, en este contexto, ¿qué aporta un modelo salutogénico? El modelo salutogénico facilita profundizar acerca de cómo las personas asumieron y se coordinaron para gestionar, comprender y valorar su salud, y cómo, previo a ser diagnosticados u hospitalizados por COVID-19, ellas asumen “lo que es saludable” o no, ya que en algunos casos fue necesario “salir a caminar”, “hablar con los seres queridos”, “comer a determinadas horas” o incluso, “trabajar” para ser considerado saludable. Y de la misma manera, después de estar enfermo, la interrogante es cómo volver a “estar sano”.

Cada individuo desarrolla sus ideas sobre la causa de la enfermedad, su pronóstico y su tratamiento y, por supuesto, estos elementos abonan al padecimiento. Esto no siempre es compatible con el discurso médico oficial, y se vuelve aún más ambiguo cuando el discurso médico no tiene las herramientas para dar una versión oficial, como en el caso de la

pandemia: las causas del origen del virus son ambiguas e incluso su tratamiento, el cual tuvo muchos cambios antes de la llegada de la vacuna.

Creo que fue una situación de trabajo, cuando me quitaron la coordinación fue un proceso muy difícil.

Eso me bajó las defensas, era una oportunidad para que el virus llegara a mi cuerpo.

Yo seguía bromeando y le dije al epidemiólogo que esperaba salir positivo (Participante N.4).

Es importante decir que en países que tienden a centralizar y comercializar los servicios de salud y que no cuentan con regulaciones estrictas y rigurosas sobre farmacovigilancia quien sufre la enfermedad adquiere un rol aún más protagónico. Por lo tanto, el “rol” de una persona que está enferma, o que padece una enfermedad, es también una expresión cultural, ya que en ese “rol” se dan una serie de significados sobre el cuerpo, sobre la enfermedad, sobre la salud y también sobre el cuidado (Fábregas, 1979; Martínez, 2006; Kleinman, 1988; Singer, 2003, 2020). En suma, hay una construcción del “sufrimiento” incluso antes de la enfermedad y de cómo esta (enfermedad) debe manifestarse y, por supuesto, una construcción previa sobre el “rol” y la “carrera” por parte de quien experimenta la enfermedad. En cuanto al concepto de “carrera”, esta se entiende como una trayectoria recorrida por quienes se consideran pacientes en un servicio médico y de salud (Di Giacomo, 2013; Fábregas, 1979; Goffman, 2001; Mattingly, 1988; Kleinman, 1988).

Y usted es un milagro, es un milagro, por lo que estoy leyendo en su expediente (el médico). No debería estar aquí (el doctor se ríe).

Paciente: “Y como tengo la costumbre de automedicarme, soy mi propia doctora (se ríe).

Entonces me dicen: “¿Mira lo que tienes?”. Y ella mira mi bolso y me mira fijamente y me dice: “Mira esos medicamentos. ¡Vaya!”, y yo le digo: “Está aquí porque yo pedí medicina para mí y, como no me la podían traer, les pedí que la pusieran en un chocolate (se ríe otra vez). Como distribuidor (risas)”. Entonces me dicen: “¡Qué barbaridad! (expresión común salvadoreña)”. Y te digo, mira, te voy a explicar, aquí te dan un acetaminofén cuando ya te explotó la cabeza, así que pedí Panadol (nombre comercial del acetaminofén) y me afectó el estómago y todo lo que comía. Al rato me fui al baño y pedí unas enzimas. El médico responde: “¡Pues sí!, pero mira todos los medicamentos que te estamos dando, eso te afecta más”. Ella responde: “Es que no los voy a tomar todos a la vez. Solo cuando los necesito” (Participante N.6).

En palabras de la participante N.7, cuando se refiere al SNS, expresa lo siguiente:

Siento que a veces los médicos se ponen en un mero plan (refiriéndose a una actitud o un comportamiento específico en la expresión salvadoreña “en plan de”), solo que se creen dioses, que lo tratan como si no fuera humano en un sentido.

Sobre lo que se puede mejorar, el participante N.7 responde:

Tener más empatía con la gente, con el paciente, porque ahora es un negocio.

Ya no mires a pacientes-médicos, voy a estudiar de médico porque eso gusta, pero amor por otros no.

La tendencia al “hospitalismo” y la apreciación de la “curación” como un fenómeno aislado es bastante típica de las sociedades tecnológicas (Kleinman, 1991; Laplantine, 1999). A pesar de ello, no siempre es posible que una persona “enferma” tenga acceso

a los servicios hospitalarios y, en muchos casos, su ingreso y la calidad de su atención dependen de otras personas cercanas que tienen la capacidad de influir en la atención sanitaria y agilizar el proceso de ingreso en el servicio hospitalario.

Y así, para empezar, empezamos a mover influencias a ver si me daban camas o algo así (Participante N.7).

Mira, en ese momento fue un milagro que le dieran una cama a uno (refiriéndose al inicio de la pandemia). Voy a ser sincera, entré por cuello, quizás si no hubiera tenido la oportunidad de entrar por cuello, no estaría contando la historia (Participante N.6).

Pensar en el SNS y el SCS nos lleva a pensar en otros espacios relacionados con la salud, la enfermedad y el padecimiento. En este caso, el hogar, visto como espacio de atención a la salud, será entendido “no sólo como espacio físico, sino también como un lugar donde se vinculan redes humanas y significativas, y donde existen otros niveles de atención (como familiares y amigos que influyen en las formas de cuidar y atender)” (Molina Aguilar, 2022, p. 110). Sobre el rol del individuo en cuanto al hogar y la participación que tiene la comunidad, estos espacios a veces rechazan los saberes médicos y, de hecho, descentralizan ese conocimiento.

Pero la parte más fuerte de la enfermedad fue aquí en casa, donde había dolor de cuerpo, fiebre alta, pérdida del apetito, del gusto. Y nos llevaron de emergencia, porque nos estábamos cansando mucho, ya no llegaba el oxígeno a los pulmones.

Hicimos cambios. Estando todos encerrados en un cuarto, nadie podía entrar (Participante N.8).

Entrevistadores: Antes del COVID, ¿qué hacías en casa cuando te enfermabas?

Recuerda que en casa siempre guardas tus pastillitas, sientes un dolor y dices que te tomes el ibuprofeno o el paracetamol (Participante N.8).

Reflexiones finales

La búsqueda de la salud (desde el sentido de coherencia) en espacios como el hogar y la comunidad están constantemente ligados a un sistema de salud nacional y cultural. Los sistemas diferenciales en salud también están relacionados con la calidad y el acceso a los servicios de salud. En los servicios privados, hay una connotación de eficiencia físico-terapéutica y, por lo tanto, existe la idea de que hay una mayor y mejor calidad de atención en salud.

En los discursos de los participantes, se encuentran lentes interpretativos sobre sus condiciones, uno de ellos es el lente médico. En su narrativa, es constante un discurso medicalizado, incluso en contextos no médicos. La idea de “salud” está conectada con la metáfora médica y farmacológica y, por lo tanto, las personas creen que tienen un mejor sistema social y de atención en salud debido a la cantidad de medicamentos que reciben.

En algunos casos, pudimos encontrar mecanismos como la exageración (especialmente en expresiones salvadoreñas) y esto juega un papel importante si se entiende como un mecanismo de afrontamiento con las cosas reales que suceden en su cotidianidad. ¿Por qué? Porque, como diría Mattingly (1998), “lo ficticio parece ser muy útil para llegar a lo que realmente importa, o cómo nos sentimos realmente sobre las cosas que suceden” (p. 16).

La narración de historias puede ser parte de un proceso de resolución de problemas, especialmente si consideramos las historias como algo que las personas cuentan sobre cosas que les han sucedido a ellos y a otros. Así, se comprenden las formas en que las personas perciben los problemas prácticos y

cómo estos impactan su cotidiano, en este caso en materia de salud.

Esta presentación no pretende ser un abordaje omnicomprensivo del fenómeno COVID-19 y los sistemas de salud en El Salvador. De hecho, además de las reflexiones finales, también surgen una serie de interrogantes y posibles líneas de investigación como, por ejemplo, el desarrollo de un análisis sobre el concepto de “recuperación” y “restauración” de la salud en diferentes contextos. Otro tema a explorar son los espacios de trabajo y su respuesta a la pandemia, y cómo a través de una serie de acciones es posible evidenciar las desigualdades sociales y las prácticas de acoso y hostigamiento laboral.

Finalmente, desde la farmacocinética social resulta inquietante —y alarmante— mostrar de qué manera, a raíz de un sistema deficiente, se producen prácticas nocivas a corto y largo plazo en personas que padecieron COVID-19, ya que manifiestan una tendencia a la autoatención, la automedicación y la autoprescripción. Esta tendencia se puede encontrar antes de la enfermedad o durante el curso de la enfermedad, ya sea para afrontar la enfermedad o el padecimiento, e incluso después de ella, en el proceso de recuperación, o lo que entienden por el restablecimiento y restauración de la salud.

Referencias bibliográficas

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass.

Di Giacomo, S. (2013). *La metáfora como enfermedad. Dilemas posmodernos en torno a la representación del cuerpo, la mente y el padecimiento*. En Á. Martínez-Hernández, L. Masana y S. M. Di Giacomo (Coords.), *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (pp. 35-81). Publicacions URV.

Fabrega, H. (1979). The ethnography of illness. *Social Science & Medicine*, 13A,

565-576. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0271712379900993>

Friedman, J. & Scheffler, R. M. (2016). Pay for Performance in Health Systems: Theory, Evidence and Case Studies. *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*, 295-332. DOI:10.1142/9789813140530_0007

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (7.ª reimpr.). Amorrortu.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Bellaterra Edicions.

Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.

Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med* 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *Illnes Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.

Kleinman, A. (1991). Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15(3), 275-301. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1935180/>

Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Ediciones El Sol.

López, M. y Molina, J. (2021). Militarización de la Salud en El Salvador. *Proceso*, 38, 8-10. https://noticias.uca.edu.sv/uploads/texto_6848/file/PDF-679572-proceso-38.pdf

Martínez, A. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.

Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots*. Cambridge University Press.

Molina Aguilar, J. (2021). Autoatención y automedicación: reflexiones y retos desde la ontología del ser social. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 107-129. 10.22544/rcps.v40i02.03

Molina Aguilar, J. (2022, 5 de mayo). *Sistema Nacional y Cultural de Salud durante el COVID-19 en El Salvador desde una Perspectiva Salutogénica: Hogar y Comunidad. Panel 023 COVID-19 and Structural Violence in El Salvador* [Ponencia no publicada]. 40th International Congress of the Latin American Studies Association (LASA), San Francisco, Estados Unidos.

Oleaga Usategui, I., López, L. y Argueta, G. (2017). *Análisis sobre avances y consecuencias de la implementación del eje de RIISS-APSI y el modelo de ECOS Familiares en el salvador, periodo 2005 - 2015*. [Tesis de maestría en Salud Pública]. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2004). *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6251/9275325278.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

OPS. (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). (2020). *Acerca de OPS/OMS El Salvador*. <https://www.paho.org/es/salvador/acerca-opsoms-salvador>

OPS-OMS. (2014). *El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud. Logros y desafíos*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54634/9789992340998_spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y

Otegui, R. (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 227-248). Bellaterra Edicions.

Piédrola Gil, G. (2016). *Medicina preventiva y salud pública* (12.^a ed.). Editorial Elsevier Masson.

Piédrola, G. (2005). *Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas. El cuidado de la salud: sistema social y sistema sanitario. Objetivos y características de los sistemas sanitarios*. Editorial Médica Panamericana.

Ramis, R. (2007). Complejidad y salud en el siglo XXI. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(4), 1-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433411>

Roberts, E. (2021). Making Better Numbers through Bioethnographic Collaboration. *American Anthropologist*, 123(2), 355-369. <https://doi.org/10.1111/aman.13560>

Singer, M. (2020). Deadly Companions: COVID-19 and Diabetes in Mexico. *Medical Anthropology*, 39(8), 660-665. [10.1080/01459740.2020.1805742](https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1805742)

Urbina, C. (2013). La Política Sanitaria en El Salvador durante el Gobierno del General Francisco Menéndez (1885-1890). *Revista de Ciencias Sociales*, 4(142), 145-153. <https://www.redalyc.org/pdf/153/15333870011.pdf>

Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review Anthropology*, 11, 257-285. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>