

Unidad dos Interculturalidad en salud

En esta unidad se abordan los elementos que constituyen los procesos de la interculturalidad y su expresión en el ámbito de las políticas de salud indígena.

2.1 Cultura, multiculturalidad e interculturalidad

La cultura

Es la forma como vive un pueblo, se expresa, actúa y se comunica, comprende su modo de ser, de vivir y valorar, es las relaciones que el hombre y la mujer establecen con la naturaleza, los animales, las plantas, las personas y mantener la energía suprema. Es la sabiduría, los conocimientos, materiales y espirituales, la manera de relacionarse de acuerdo al medio circundante y a la forma de ver y entender el mundo.

- La cultura incluye: bienes materiales, bienes simbólicos (ideas), instituciones (escuela, familia, gobierno), costumbres, hábitos, leyes.
- Toda sociedad tiene cultura y se manifiesta en sociedad, es decir que la cultura es puesta en práctica por las personas que se interrelacionan.
- La cultura es una elaboración colectiva y por ello es inapropiable.
- La cultura está en constante construcción (modificación, recreación de los elementos ancestrales) por ello la cultura es dinámica.
- La cultura es transmisible de generación en generación, es un bien social, e histórico.
- La cultura es la identidad de un pueblo o sociedad.
- La cultura se aprende o se transmite, es decir se socializa de padres a hijos, de maestros a alumnos, de miembros comunitarios. Se transmite el lenguaje, destrezas técnicas, habilidades, significados relacionados entre las personas y otros objetos, hábitos, valores, sentido común.

Una cultura es el conjunto de maneras de pensar, de actuar y de sentir en la triple relación con la naturaleza, con el hombre, y con lo absoluto; es el conjunto de modos de comportamiento, de pensamiento y de sensibilidad que estructuran las actividades del hombre en su triple relación con la naturaleza, con la sociedad, con el cosmos.

La identidad

Es lo que somos y sentimos, de pertenecer a un pueblo o grupo humano que compartimos elementos comunes por la procedencia de un territorio, una cultura que nos distingue como



nos vestimos, alimentamos, como son nuestras fiestas, tradiciones, historia, la forma como nos relacionamos con los seres humanos y la naturaleza.

La identidad cultural tiene que dignificar a todos y todas sin excluir ni marginar a nadie. Las culturas tienen valores positivos y valores negativos que es necesario diferenciar. El respeto, armonía, equidad, gratitud, solidaridad y reciprocidad son valores heredados por nuestros ancestros y son las que deben regir la vida cotidiana en nuestras comunidades, aldeas, organizaciones, barrios, etc.

Multiculturalidad

Se entiende por multiculturalismo (como hecho) la convivencia en un mismo espacio social de personas identificadas con culturas variadas. Es el respeto a las identidades culturales, no como reforzamiento de su etnocentrismo, sino al contrario, como camino, más allá de la mera coexistencia, hacia la convivencia, la fertilización cruzada y el mestizaje. En este sentido normativo quedaría fuera lo que podríamos llamar “multiculturalismo radical” o defensa “del desarrollo de las culturas separadas e incontaminadas” y, por lo tanto, como rechazo del mestizaje, un multiculturalismo que, ciertamente, puede conducir a un nuevo racismo o nacionalismo excluyente.

En ese sentido, el multiculturalismo se refiere a la coexistencia de distintas culturas en un mismo espacio real, mediático o virtual. Marca el estado, la situación de una sociedad plural desde el punto de vista de comunidades culturales con identidades diferenciadas²⁴².

Interculturalidad

El tema de la interculturalidad en América Latina surge asociada directamente con lo llamado “el otro”, que en nuestro contexto se refiere principalmente a los pueblos indígenas y afrodescendientes, a partir del análisis de las relaciones de éstos nace la noción de interculturalidad. Su desarrollo en la educación intercultural tiene sus antecedentes en los aportes de las ciencias sociales latinoamericanas desde hace casi tres décadas²⁴³. También esta noción aparece ligada a la emergencia de un nuevo actor social en el escenario sociopolítico latinoamericano: el movimiento indígena y afroamericano, que removió la conciencia de las sociedades latinoamericanas. Surge la interculturalidad como alternativa al mestizaje uniformizador e integracionista de las políticas estatales.

La interculturalidad significa “*entre culturas*”, pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de

²⁴² Miquel Rodrigo Alsina. *Elementos para una comunicación intercultural*. Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. 1996. Ver también Kymlicka, W. (1996) *Ciudadanía multicultural*. Paidós, Barcelona. Ver también el artículo de Claudio Malo González “Cultura e Interculturalidad”, accedando a los documentos en línea de la Sección Especializada de Diversidades de la página del IIDH: www.iidh.ed.cr.

²⁴³ Luis Enrique López. “La cuestión de la interculturalidad y la educación latinoamericana”. Programa de Formación en Educación Intercultural Bilingüe en los Países Andinos (PROEIB Andes). Universidad Mayor de San Simón-Cooperación Técnica Alemana (GTZ). Documento de trabajo presentado al Seminario sobre perspectivas de la Educación en la Región de América Latina y el Caribe, organizado por UNESCO (Santiago de Chile, 23/25 de agosto de 2000).



igualdad²⁴⁴. Además de ser una meta por alcanzar, la interculturalidad debería ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. La interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. La interculturalidad es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. Constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición, bajo el lema de la unidad en la diversidad²⁴⁵.

Como términos, la inter, multi y pluriculturalidad muchas veces son usados como sinónimos. Aunque todos se refieren a la diversidad cultural, sin embargo, apuntan a distintas maneras de conceptualizar esa diversidad y de desarrollar prácticas relacionadas con la diversidad en la sociedad y sus instituciones sociales, incluyendo la salud.

²⁴⁴Un excelente documento sobre el tema fue elaborado por Catherine Walsh. *Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación: Documento Base*. Lima, Septiembre, 2000.

www.pucp.edu.pe/eventos/intercultural/pdfs/inter63.PDF.

²⁴⁵Luis Enrique López. Op. Cit.



La diferencia entre multi, pluri e interculturalidad*

La multiculturalidad: se refiere a la multiplicidad de culturas que existen dentro de un determinado espacio, sin que necesariamente tengan una relación entre ellas. Su uso mayor se da en el contexto de países occidentales como los Estados Unidos, donde las minorías nacionales (negros e indígenas) coexisten con varios grupos de inmigrantes, minorías involuntarias como los puertorriqueños y chicanos, y los blancos, todos procedentes de otros países principalmente europeos; o como en Europa, donde la inmigración se ha ampliado recientemente. El multiculturalismo se entiende como un relativismo cultural; es decir, una separación o segregación entre culturas demarcadas y cerradas sobre sí mismas, sin aspecto relacional. Esta concepción de la multiculturalidad se construye dentro de dos contextos políticos muy distintos. Uno se dirige a las demandas de grupos culturales subordinados dentro de la sociedad nacional, por programas, tratos y derechos especiales como respuestas a la exclusión: un multiculturalismo fundamentado en la búsqueda de algo propio bajo el lema de justicia e igualdad.

El otro contexto político parte de las bases conceptuales del Estado liberal, en el que todos supuestamente comparten los mismos derechos. En este contexto, la tolerancia del otro –un cambio sólo en el nivel de las actitudes– es considerado como suficiente para permitir que la sociedad nacional (y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia. Pero, además de obviar la dimensión relacional, esta atención a la tolerancia como eje del problema multicultural, oculta la permanencia de las desigualdades e iniquidades sociales que no permiten a todos los grupos relacionarse equitativamente y participar activamente en la sociedad, dejando así intactas las estructuras e instituciones que privilegian a unos sobre otros.

La **pluriculturalidad** es el referente más utilizado en América Latina, reflejo de la necesidad de un concepto que represente la particularidad de la región donde pueblos indígenas y pueblos negros han convivido por siglos con blancos-mestizos y donde el mestizaje ha sido parte de la realidad, como también la resistencia cultural y, recientemente en algunos países como el Ecuador y Guatemala, la revitalización de las diferencias. A diferencia de la multiculturalidad, la pluriculturalidad sugiere una pluralidad histórica y actual, en la cual varias culturas conviven en un espacio territorial y, juntas, hacen una totalidad nacional.

La multiculturalidad normalmente se refiere, en forma descriptiva, a la existencia de distintos grupos culturales que, en la práctica social y política, permanecen separados, divididos y opuestos, mientras que la pluriculturalidad indica una convivencia de culturas en el mismo espacio territorial, aunque sin una profunda interrelación equitativa.

La **interculturalidad** se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción *entre* personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; una interacción que reconoce y que parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad que el “otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia –la capacidad de actuar. No se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro, o la diferencia en sí, tal como algunas perspectivas basadas en el marco de liberalismo democrático y multicultural lo sugieren.

*Catherine Walsh. *Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación: Documento Base*. Lima, Septiembre, 2000.



Interculturalidad supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Más allá de la mera relación entre culturas, requiere confrontar las desigualdades en los intercambios culturales y entre culturas mismas. Sin negar que existen relaciones interculturales en el nivel personal, se puede decir que en el espacio de la sociedad y el Estado, la interculturalidad aún no existe. Es un “deber ser” alcanzable por medio de nuevas prácticas, valores y acciones sociales concretas y conscientes que se pueden construir, no en “abstracto”, sino en medio de procesos formativos y participativos colectivos en los que se relacionen los miembros de culturas diversas²⁴⁶.

Por ello, este proceso no se puede reducir a una mezcla, fusión o combinación de elementos, tradiciones, características o prácticas culturalmente distintas. Sobre todo representa procesos dinámicos y de doble o múltiple dirección, repletos de creación y de tensión y siempre en construcción; procesos enraizados en las brechas culturales reales y actuales, brechas caracterizadas por asuntos de poder y por las grandes desigualdades sociales, políticas y económicas que no permiten una relación equitativa. Son procesos que pretenden desarrollar solidaridades y responsabilidades compartidas.

La interculturalidad es:

- Un proceso dinámico y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de respeto, legitimidad mutua, simetría e igualdad.
- Un intercambio que se construye entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente distintas, buscando desarrollar un nuevo sentido de convivencia de éstas en su diferencia.
- Un espacio de negociación y de traducción donde las desigualdades sociales, económicas y políticas, y las relaciones y los conflictos de poder de la sociedad no son mantenidos ocultos sino reconocidos y confrontados.
- Una tarea social y política que interpela al conjunto de la sociedad, que parte de prácticas y acciones sociales concretas y conscientes, e intenta crear modos de responsabilidad y solidaridad.
- Una meta por alcanzar.

La operacionalización del concepto de interculturalidad, según la OPS²⁴⁷, supone el cumplimiento de los siguientes principios:

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia.
- Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad.
- Democracia cultural.
- Participación que incorpora la representación, la consulta.

²⁴⁶Walsh. Op. Cit.

²⁴⁷OPS/OMS. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Abril de 1998.



- El consenso y la convergencia de objetivos comunes.

Estos principios traducidos a la práctica se orientan básicamente a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
- Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social.
- Construir la ideología, los valores, las actitudes, y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

Lo intercultural se considera como la visión o interpretación de la realidad desde la cultura. Si no se considera la dimensión socio espiritual de la salud no se logra entender el conflicto de lo intercultural²⁴⁸.

2.2 Interculturalidad en salud

Desde la perspectiva de los pueblos indígenas, existen enfermedades que únicamente tiene salida resolutive a través de terapeutas tradicionales. Se trata de los denominados “síndromes culturalmente delimitados”. Estos constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa explicación que solo pueden ser entendidos, comprendidos, tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos. Los más conocidos y frecuentes en América Latina corresponden al mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera, los aires (mal viento), torceduras, maleficio y otros²⁴⁹. Como se puede ver en el módulo sobre medicina tradicional, en las sociedades indígenas perviven complejos sistemas de salud de raíces ancestrales junto a los sistemas de salud oficiales. Eso muestra en la realidad la vigencia –con o sin reconocimiento legal– de sistemas que gozan de legitimidad y niveles de efectividad y correspondencia con sus sistemas de vida. Un adecuado acercamiento y armonización con esta realidad solo es posible desde una visión de un “pluralismo médico”.

El desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, en especial en el primer nivel de atención, depende en gran parte de la formación y competencia del personal que atiende a la población indígena. La incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación

²⁴⁸Ministerio de Salud de Chile. Segundo Encuentro de Epidemiología e Interculturalidad. Makewe: Ministerio de Salud/OPS, octubre del 2001.

²⁴⁹Roberto Campos Navarro. “La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina”. *Nueva Época/Salud Problema/* Año 4 Número. 7/ diciembre de 1999. P. 75-81. Un compendio reciente de experiencias sobre el tema se puede ver en “Experiencias sobre Salud intercultural en América Latina” en Gerardo Fernández (Coordinador) *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Abya Yala, Quito, 2004. También está el libro *Salud, Cultura y territorio; bases para una epidemiología intercultural*. Servicio de Salud Araucanía Sur, 1998.



del personal de salud, ayuda a modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del equipo de salud en situación multicultural.

El desarrollo de acciones de salud con orientación intercultural supone reconocer principios básicos, como el respeto en el trato de los usuarios, el reconocimiento de las tradiciones culturales, el combate a la exclusión en la atención y la equidad en salud hacia los distintos grupos étnicos. Hay tres acercamientos posibles al ámbito operativo de la salud intercultural²⁵⁰:

a) **La salud intercultural como acción-movilización**, entendida como el proceso de acercamiento donde el equipo de salud convoca a las comunidades, y moviliza recursos en la perspectiva de dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino responde activamente a un llamado externo.

b) **La salud intercultural como gestión**, entendida como el proceso en que representantes de la comunidad participan en la ejecución de acciones en salud, orientación dentro de los centros de salud, conexión con la familia, respondiendo a necesidades sentidas de la comunidad. Así, surge un voluntariado de facilitadores interculturales en espacios cedidos por el centro de salud.

c) **La salud intercultural como cambio**, entendida como el proceso en donde la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común. Requiere de una respuesta activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas²⁵¹.

Estrategias de salud intercultural

El enfoque intercultural tiene dos niveles de expresión: a) las actividades que materializan la interacción entre medicinas, y b) la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado junto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto pluricultural de sociedad²⁵².

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.

²⁵⁰ Sergio Lerin Piñón. "Inequidad en salud e interculturalidad". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México D.F.

http://www.inmujeres.gob.mx/extra/genero_salud_interculturalidad/res/noticias_inequidad_salud.doc.

²⁵¹ Sáenz, M. *Programa salud y pueblos indígenas*. Ministerio de Salud, Chile, 1999.

²⁵² Ana M. Alarcón M, Aldo Vidal H., Jaime Neira Rozas. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista médica de Chile* v. 131 N. 9, Santiago Sep. 2003.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext.



La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. Las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural del mundo simbólico del paciente significa que se comprenda, respete e incluso integre elementos culturales relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

Integración e interculturalidad en salud indígena

En el ámbito de los sistemas y los servicios de salud, el análisis socio-cultural promueve el enfoque intercultural de la salud, en estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud. Este enfoque intenta desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos, y sus recursos en el mejoramiento de la salud de la población. Es decir la incorporación de la perspectiva, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud. Este proceso implica la aplicación de un marco jurídico que facilite la participación social, el ejercicio de la práctica y la protección y conservación del conocimiento y recursos comunitarios. De igual manera implica, la generación de conocimiento y paradigmas que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos²⁵³.

Condiciones para el desarrollo de un modelo intercultural en salud

Las condiciones para el desarrollo de modelos de atención con enfoque intercultural son más factibles en el nivel básico de atención. Es deseable que los pacientes sean tratados preferencialmente en este nivel. Esto requiere potenciar la variedad de oferta y elevar la calidad de atención integral en este nivel. La interculturalidad es necesaria también en los niveles superiores de atención que permitan atender a los pacientes remitidos desde los niveles de atención básica. Esto requiere de programas interculturales que consideren las diferencias lingüísticas, de hábitos alimenticios y alojamientos. Requiere un paquete básico basado en protocolos flexibles, sensibles y buscar estrategias de ampliación que incrementen los poderes locales de decisión en temas sanitarios²⁵⁴.

²⁵³ OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* No. 24. P. 2.

²⁵⁴ Sumamente ricas son las reflexiones contenidas en la Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA.REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.



Condiciones para desarrollar un modelo intercultural de salud en atención primaria*

1. Es necesario generar y mantener espacios permanentes de participación y diálogo entre las organizaciones indígenas locales, regionales y transfronterizas; en igual sentido, entre las organizaciones indígenas, las entidades estatales y las organizaciones no gubernamentales.
2. Los espacios promovidos para la negociación y discusión de las diferencias deben ser equitativos. Asimismo, deben promover la autoestima, la ciudadanía y la interculturalidad.
3. Los modelos de atención deben fortalecer las instituciones y organizaciones sociales indígenas.
4. Se requiere una política de reconocimiento formal, respeto y fortalecimiento de las medicinas indígenas como parte complementaria de los modelos de salud.
5. Urge la defensa de la biodiversidad y prácticas tradicionales indígenas en el campo de la salud frente a campos de desarrollo tecnológico externo.
6. Se deben incluir agentes y terapeutas tradicionales en los procesos propios de participación y decisión sobre la organización de los servicios de salud
7. La atención en los servicios de salud debe tener una instancia previa de diálogo y concertación sobre la puesta en práctica de la misma; teniendo presente las diferencias culturales en el trato de las comunidades, con explicaciones claras y respetuosas de la transmisión de conocimientos de la cultura local.
8. Los modelos interculturales deben considerar modelos efectivos de participación social.
9. Debe existir personal capacitado para el trabajo intercultural; como ejemplo, la capacitación de equipos de salud (indígenas y no indígenas) en procesos interculturales.
10. Los indicadores inherentes a los sistemas de información deben considerar aspectos culturales de los pueblos indígenas de forma que éstos sean reconocidos por las comunidades.
11. Se deben adecuar los sistemas educativos para que sean sensibles a la cuestión indígena en los Estados nacionales.
12. Se debe buscar espacios de inversión para el fortalecimiento y cooperación binacional (o trinacional) en aspectos puntuales relativos a la salud; dicha inversión, puede iniciarse desde la OPS, los TCC o mediante la cooperación entre países.
13. Se requiere generar conciencia acerca de que las perspectivas interculturales como temática requieran tratar el tema de género.
14. Se deben tener espacios de participación para el abordaje intercultural de los sistemas o servicios de salud.
15. Los modelos de atención deben basarse en elementos propios del sistema tradicional (cosmovisión indígena), revitalizando promotores de salud, chamanes, curanderos, parteras y otros. Evitando que el modelo de salud indígena sea asimilado por el modelo occidental.
16. Debe facilitarse el acceso a los servicios de salud para las comunidades indígenas, de modo que sea seguro que éstas son realmente atendidas.
17. Se debe tener en cuenta la territorialidad como un derecho y como un tema abierto, en el cual puedan plasmarse las realidades de cada una de las zonas urbanas o semi-urbanas.

*Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA-REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.



Vigilancia epidemiológica intercultural

Requiere superar algunos vacíos existentes como: a) no registro de información epidemiológica con criterio étnico en el nivel local y nacional; b) carencia de perfil epidemiológico según grupo étnico; c) paralelismo o superposición en la información epidemiológica; d) formularios de información epidemiológica demasiado complejos de diligenciar; e) baja calidad de información en los registros de informaciones epidemiológicas en las unidades básicas de salud; f) la información de los promotores de salud no es aceptada en el sistema nacional epidemiológico.

Indicadores para medir la interculturalidad en salud*

- Observar si se incorpora la variable etnia en el sistema de vigilancia epidemiológica.
- Determinar si en las áreas relacionadas con salud los currículos de universidades y en los servicios de salud tienen presente el componente: diversidad cultural.
- Establecer si existen programas de inducción sobre diversidad cultural en el personal médico y paramédico para trabajos con comunidades indígenas.
- Percatar la existencia de infraestructura, alojamiento y oferta tecnológica sensible a la diversidad cultural.
- Advertir el nivel de apoyo a los indígenas para tener acceso, en especial lingüístico, a los servicios superiores de atención.
- Determinar la cantidad de personal indígena involucrado en los trabajos de salud de forma tal que se discrimine los diferentes niveles de formación (promotores de salud o de medicina de nivel superior).
- Calificación de la participación de la medicina tradicional en los sistemas de salud.

*Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA-REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.

La interculturalidad requiere de un cambio global: no se sustenta sólo en voluntades particulares, sino que necesita de voluntad política. Como paradigma existen dos caminos: Uno es el fortalecimiento de las especificidades culturales y el otro es la potencialidad de convertirse en una cultura nueva, diferente de las dos anteriores. Como desafío, la Interculturalidad debería mejorar la Salud de ambos pueblos, requiere que se ganen espacios desde los indígenas y también requiere de ceder poder desde el sector oficial.



La interculturalidad debe permitir una mirada holística (totalizadora) y humana de las personas y de su entorno²⁵⁵.

2.3 Modelo de salud intercultural

En concordancia con la OPS, el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la población es el punto de partida y eje transversal del establecimiento de un modelo de atención que responda adecuadamente a las necesidades reales de la población indígena y a la institucionalización del enfoque intercultural de la salud²⁵⁶.

En América Latina estos modelos de salud intercultural se suscitan en el marco de los procesos de reforma del sector salud que constituyen una oportunidad para el diálogo, la reflexión y el análisis de las características y necesidades de los pueblos indígenas. La incorporación de elementos de la perspectiva social y antropológica, y la participación de los pueblos en todas las etapas del proceso de organización y provisión de servicios de salud determinará la generación de conocimientos y metodología que apoyen la incorporación del enfoque intercultural de la salud y el logro de las metas de la reforma sectorial. La OPS definió los siguientes principios básicos que debe contener el modelo de salud intercultural.

²⁵⁵ Guillermo Davinson, Ivonne Jélvez y Sergio Yánez. *Investigación del diseño de un programa de salud intercultural para Indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena*. Fundación de Desarrollo Educacional La Araucanía y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. 1997.

²⁵⁶ OPS/OMS. *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C. Abril de 1998.



Principios del Modelo de Salud Intercultural*

- La atención de la salud debe ser integral, considerando los elementos curativos de rehabilitación, de prevención y promoción.
- La participación social y en especial la participación de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, debe ser garantizada de una manera sistemática.
- La revitalización cultural debe ser promovida.
- Las acciones deben responder al principio de reciprocidad, es decir que si bien la salud es también responsabilidad de la sociedad civil, la estructura del gobierno debe asumir su rol como gestor, normador y supervisor en conjunto con la sociedad civil.
- La equidad en la atención en salud debe ser primordial, priorizando el binomio madre-niño, la población de las comunidades étnicas y los grupos poblacionales productivos (pescadores, mineros, buzos, agricultores, trabajadores informales, artesanos).
- Toda la población y en especial los grupos desprotegidos deben tener acceso económico, social, geográfico y cultural a la atención básica en salud.

Las estrategias de desarrollo que guiarán el modelo de atención podrían ser agrupadas de acuerdo a los criterios rectores de la reforma del sector salud e incluyen las siguientes:

Equidad

- Priorización de la atención a los grupos poblacionales excluidos, particularmente a los pueblos indígenas y en ellos a la mujer y niño indígenas. De igual manera, en lo referente a la salud ocupacional, priorización de la atención de pescadores, mineros, buzos, agricultores, trabajadores informales, artesanos.
- Revalorización y protección de la medicina tradicional/medicina indígena.
- Revalorización y protección de la alimentación autóctona de los pueblos.
- Los dos puntos anteriores dentro de los esfuerzos de conservación del medio ambiente y de la biodiversidad.

Participación social

- Fortalecimiento del proceso de descentralización. Es decir el traspaso de poderes y facultades a las autoridades del nivel local garantizando el fortalecimiento de los pueblos indígenas.
- Desarrollo de la participación social, particularmente de los pueblos indígenas, en las actividades de diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud que los involucren.

Calidad

- Impulso del desarrollo de la atención primaria como el eje del modelo de salud.
- Desarrollo del marco jurídico que permita la incorporación de nuevos paradigmas y estrategias en la atención de salud.
- Fortalecimiento y desarrollo de los recursos humanos en cuanto a la formación acorde a las necesidades de la población, particularmente de la población indígena, para la red de servicios en zonas étnicas y aumento de la capacidad de análisis y de asistencia técnica del personal del nivel central y local.



Eficiencia

- Fortalecimiento de la red de servicios orientado a elevar la capacidad resolutive de la oferta institucional tomando en cuenta las particularidades de la población.
- Desarrollo de nuevas modalidades de gestión, promoviendo la participación activa de la comunidad en la gestión de los servicios de salud y procesos de negociación, concertación, consenso y responsabilidad compartida.

Sostenibilidad

Fomento de un entorno que permita mejorar la salud en la unidad familiar. Es decir, atención y trabajo directo con la familia y promoción de los derechos.

Apoyo a la organización comunal en torno a la solución de problemas e impulso de la educación primaria.

Financiamiento adecuado a través de recursos nacionales, recursos de la cooperación externa, empresas privadas y venta de servicios a poblaciones con capacidad de pago.

Incidencia en el desarrollo de las políticas de protección del medio ambiente y de los trabajadores a través de mecanismos de coordinación que influyan en la autorización del funcionamiento de industrias que puedan tener efectos nocivos en la salud de la población o en el medio ambiente.

Para la instrumentalización de estas estrategias se proponen los siguientes componentes:

- Promoción de espacios de diálogo y negociación entre el sector institucional e indígena con el acompañamiento del nivel central y local.
- Investigación orientada a crear metodologías y bases de datos construidas y concertadas desde una perspectiva indígena e institucional.
- Educación y comunicación dirigida a elevar la capacidad de análisis y de propuesta de los recursos humanos de la salud y de los pueblos indígenas.
- Planificación como elemento básico para la gestión de recursos financieros y logísticos.

* OPS/OMS. *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C. Abril de 1998.



Armonización intercultural²⁵⁷

La interculturalidad como un “deber ser”, un estado al que debemos avanzar supone tres procesos de armonización entre los sistemas de salud indígenas y el sistema biomédico oficial. Estos son de orden jurídico, conceptual y práctico.

Armonización jurídica: es la adaptación de los marcos jurídicos –políticas, leyes, regulaciones y normas– a las características socioculturales de los pueblos indígenas y el establecimiento de una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Específicamente en el ámbito de los sistemas y servicios de salud, implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena a una atención de salud de calidad y oficialicen la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la población.

Armonización conceptual: es el reconocimiento de los saberes, prácticas y recursos indígenas como sistemas de salud y a la generación de paradigmas nuevos y alternativos que permitan la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígenas tienen en el mantenimiento y restauración de la salud. Es decir, la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que aporten en la revisión de los planos de análisis al tener que confrontar la teoría y la perspectiva generales, con las condiciones particulares de los pueblos indígenas y, más aún, de una comunidad o grupo de comunidades, en concreto.

Armonización práctica: está orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población beneficiaria, en este caso de la población indígena, los recursos de la comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Esto supone la formación y desarrollo de recursos humanos capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales de la población beneficiaria, a fin de proporcionar una atención integral de salud al individuo y a la comunidad.

²⁵⁷ OPS/OMS. *Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud.* Washington, D.C. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, marzo de 2003.



Vacíos en interculturalidad en hospitales rurales*

En la actualidad, es evidente que los esfuerzos financieros gubernamentales han sido y siguen siendo enormes, la capacidad técnica de los epidemiólogos que dirigen los programas de salud en zonas rurales e indígenas es indudable, pero la ausencia parcial y/o total de la perspectiva antropológica continua siendo una notable falla. Estas deficiencias se hacen ostensibles al evaluar el trabajo concreto de algunos hospitales rurales:

- 1.- Ausencia de personal bilingüe.
- 2.- Ausencia de personal originario de la región.
- 3.- Uso de alimentación foránea no cotidiana.
- 4.- Prohibición de alimentos regionales cotidianos por ignorancia o autoritarismo de los médicos.
- 5.- Ausencia de consumo de alimentos regionales cotidianos por razones administrativas,
- 6.- Prohibición de uso de muebles regionales: hamaca.
- 7.- Prohibición de que los curanderos den consulta dentro de los hospitales.
- 8.- Proyecto arquitectónico no consensuado con las comunidades indígenas involucradas.
- 9.- Proyecto arquitectónico que ignora la cultura y la cosmovisión amerindia.

Propuesta de normatividad para la operación intercultural de hospitales rurales

- Exista no menos de 50% de personal bilingüe que sea originario de la región y que, uno o varios de ellos, tengan la función específica de ser facilitadores interculturales para que orienten a los indígenas que solicitan servicios del hospital, e incluso, es conveniente la formación y presencia de médicos académicos de origen indígena, como ya sucede en algunas regiones amerindias.
- El personal médico y paramédico que proviene del exterior reciban un adiestramiento y capacitación obligatoria sobre medicina intercultural adecuada, con especificidad sobre cultura donde van aplicar sus saberes.
- Los horarios del hospital se adapten a los ritmos y tiempos de los campesinos de la región.
- Los médicos indígenas participen dentro de las actividades del hospital como un consultor más.
- Los huertos medicinales formen parte del paisaje hospitalario demostrando su vigencia y utilidad.
- La alimentación regional sea ineludible, con las restricciones dietéticas en casos particulares.
- La participación comunitaria sea completa y los amerindios tengan poder resolutivo en aspectos organizativos, administrativos y financieros del hospital.
- La cosmovisión y materiales regionales amerindios sean tomados en cuenta para la elaboración de los proyectos arquitectónicos de hospitales y centros de salud.
- Los albergues para familiares del hospitalizado sean parte del espacio del nosocomio.
- Los muebles y construcciones regionales (hamacas, temascales y otros) deban ser analizados, considerados y utilizados por las instituciones médicas.
- Los programas de salud sean elaborados y consensuados con los pueblos amerindios.

* Roberto Campos Navarro. "La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina". Nueva Época / Salud Problema / Año 4 Número 7 / diciembre de 1999.



Diseño arquitectónico del Hospital Intercultural de Nueva Imperial (Chile)*

El primer establecimiento Hospitalario diseñado en Chile para que coexistan en él, tanto la Medicina Tradicional como la Medicina Mapuche. Fue necesario entonces, para elaborar este diseño, interiorizarse de la Cosmovisión Mapuche, extrayendo de allí los aspectos, que a solicitud de los Mapuches, debían ser incluidos en los planos. Es así como el proyecto, obedece por una parte a los criterios de diseño funcionales y volumétricos establecidos por el Ministerio de Salud, y por otra a los requerimientos derivados de la cosmovisión Mapuche.

Estos últimos, se refieren en primer lugar, a que el Oriente, que tiene una significación muy especial para ellos, tuviera una fuerte presencia en el proyecto, de tal modo que solicitaron que todos los ingresos quedaran en esa orientación, como asimismo todas las cabeceras de las camas de hospitalización. Para los Mapuches, el Oriente es vida, y el Poniente, muerte, en consecuencia, el Servicio de Anatomía Patológica tuvo que ser ubicado al Poniente.

Otro requerimiento, fue el Patio Ceremonial, que se ubicó en primer plano respecto de los ingresos del Hospital. Al centro de este Patio se ubicará el REHUE, que es el símbolo de la Divinidad, y que puede ser un busto tallado en madera, con algunos escalones en la parte inferior. En torno a este REHUE, se efectúan rogativas, o ceremonias que solicitan algún favor a la divinidad, por ejemplo, que llueva, o que se solucione algún problema. (GUILLATÚN)

Este patio está delimitado por columnas revestidas en piedra, delante de las cuales se ha instalado una especie de pérgola que permitirá hacer “ramadas”, ya que hay ceremonias que duran dos o tres días, de modo que los mapuches deberán pernoctar en el lugar.

Entre el Patio Ceremonial y el edificio, se construyó una RUKA tradicional, para la MACHI, que es la autoridad espiritual y en materias de salud. Ella (o él) preside las ceremonias sentada(o) inmediatamente afuera de la Ruka, tocando el CULTRÚN, un pequeño tambor que marca el compás de la danza.

El Módulo para la Medicina Mapuche, construido a continuación del Patio Ceremonial, cuenta con cuatro salas para Machis, amplias, 20 m² c/u, porque en ocasiones y de acuerdo al paciente y tipo de enfermedad, el tratamiento es familiar. Cada una de estas salas, cuenta con una bodega/recetario y un baño con tina.

En otro sector del volumen, se ubican 12 camas, exclusivas para Mapuches. Incluye además este módulo oficinas, cocina, comedor, etc. Está comunicado con el resto del hospital hacia los servicios clínicos y hacia el área de servicio de apoyo logístico.

El volumen de Hospitalización general del Hospital, se dispuso favoreciendo la vista, que es muy hermosa, hacia el Río Chol-Chol, considerando además que entre este volumen y el río, se ha diseñado un parque con especies nativas, Parque Sagrado para los Mapuches.

* <http://www.bienaldepartitectura.cl/index.php/2006/05/29/hospital-intercultural-de-nueva-imperial/>

