

Análisis de la interculturalidad en el sector salud.

Lizeth Huaman Jaramillo.

Cita:

Lizeth Huaman Jaramillo (2019). *Análisis de la interculturalidad en el sector salud. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/1245>



Análisis de la interculturalidad en el sector salud.

Lizeth Huaman Jaramillo

Resumen

La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. La presente ponencia discute, desde una perspectiva histórica, el desencuentro original entre poblaciones indígenas americanas y los conquistadores europeos y como este ha marcado en adelante su acceso a los servicios de salud. Se plantean y discuten algunos de los múltiples problemas actuales vinculados a la interculturalidad como la identificación de los indígenas y la relación entre derechos humanos e interculturalidad, para finalmente presentar una revisión de la génesis del concepto de interculturalidad en salud y una muestra de su complejidad de adaptación a la medicina científica.

Palabras clave

Interculturalidad; Salud; Pueblos indígenas.

Introducción

La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia. Es importante aclarar que la interculturalidad no se ocupa tan solo de la interacción que ocurre, por ejemplo, entre un chino y un boliviano, sino además la que sucede entre un hombre y una mujer, un niño y un anciano, un rico y un pobre, un marxista y un liberal.

A través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano.



La presente ponencia revisa en forma introductoria algunos de los aspectos vinculados con la interculturalidad, su origen y en particular, a la interculturalidad en salud como un elemento que contribuye para que los profesionales de la salud aborden el tema desde una perspectiva de competencia cultural.

Fundamentación del Problema

El Perú es un país pluricultural y plurilingüe. En él, habitan 44 pueblos indígenas, quienes todavía conservan sus propias formas de ver el mundo, de pensar, de organizarse, de relacionarse, así como sus propios sistemas médicos, educativos y de administración de justicia. Dichos sistemas se relacionan con las formas occidentales de pensar, de conocer, de sentir, de curar y de educar. Conocer las características de los pueblos indígenas u originarios, así como nociones conceptuales básicas que permitan acercarnos a su cosmovisión, es fundamental para reducir las brechas que impiden su acceso a la salud. Por ello, es necesario ir más allá del conocimiento hegemónico occidental para considerar los conocimientos ancestrales que rigen en la mayoría de casos los itinerarios terapéuticos de los/las usuarios/as indígenas. (Villa & Palacios, 2017, pág. 07)

La palabra Brecha en salud es la diferencia existente entre una situación ideal comparada con la situación actual. Al ser negativa coloca a la población en una situación de vulnerabilidad. Se define el concepto de vulnerabilidad, como aquella condición que hace más propensos a enfermar o morir a las personas, siendo el perfil de la persona vulnerable, aquellos que cuentan al menos con tres de las siguientes características: Son pobres, viven en zona rural, carecen de servicios básicos, tienen como lengua materna una distinta al castellano, la madre es analfabeta o con menos de 2 grados de instrucción y viven en una situación de violación de derechos y/o libertades.

Anexo 1 Gráfico 1

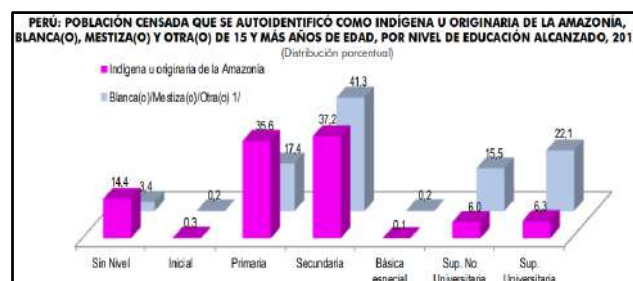


Gráfico 2. Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda, III de Comunidades Indígenas (III Censo de Comunidades Nativas y I Censo de Comunidades Campesinas).



Las principales brechas de acceso a los servicios de salud son:

Brechas interculturales

Durante muchos años la atención en salud hacia las y los ciudadanos indígenas y andinos ha sido igual como el de todas las personas, sin tener en cuenta sus derechos, su cultura, su cosmovisión, ni el Sistema de Medicina Tradicional al cual asisten; todo esto ha permitido la existencia de brechas en salud que hacen que las y los ciudadanos no accedan a los servicios de salud. (Valdivia, 1986, págs. 23-27)

Los derechos humanos son de todas y todos, incluyendo a los pueblos indígenas y andinos. Uno de estos derechos es el de la salud, para lo cual el personal tiene que conocerlos:

Los derechos en salud son:

- Respeto a la identidad cultural.
- Respeto a las tradiciones, costumbres y modos de pensar.
- Recibir un trato amable.
- Recibir información en su idioma.
- Ser consultada antes de un examen o vacunación u otros.
- Recibir tratamiento (...)

Los derechos en salud de las y los ciudadanos están asociados a sus saberes e identidad cultural, de acuerdo a la normatividad internacional y nacional, estos deben ser reconocidos y respetados por todas las personas, autoridades, funcionarios públicos y personal de salud.

Los deberes en salud son:

- Conocer su identidad cultural.
- Hacer de conocimiento sobre sus costumbres y tradiciones.
- Llevar estilos de vida saludables.
- Conocer sus derechos en salud.
- Participar de las actividades del establecimiento de salud (...)

Brechas culturales

Muestran la aceptación de la población o de una persona sobre los valores, conductas, acciones y comportamientos de otras personas o poblaciones definidas. (Valdivia, 1986, págs. 23-27)



Así tenemos:

En el establecimiento de salud

- No se promueve la participación activa del esposo, familia o partera tradicional en el parto; a pesar que la normatividad lo respalda.
- La alimentación durante la hospitalización no está adecuada a las costumbres de la zona.
- Empleo de mobiliario médico como la camilla ginecológica que produce temor a las y los ciudadanos indígenas y andinos.
- Poco conocimiento de la cosmovisión.
- Desconocimiento para la aplicación de la normatividad nacional sobre interculturalidad en salud.
- Escaso fomento a la participación de la ciudadanía en salud.

En las y los ciudadanos

- La evaluación física produce actitudes de pudor y vergüenza al mostrar cualquier parte de su cuerpo.
- Presentan sentimientos de temor al frío, al corte, a lugares y objetos desconocidos (camilla para partos es alta y angosta), y a las consecuencias del uso de métodos anticonceptivos y del cáncer.
- Se sienten discriminadas/os por ser indígenas - andinos y no hablar el castellano.
- Creen que las enfermedades pueden ser causadas por seres humanos con fuertes poderes, por fuerzas naturales, excesos o deficiencias.
- Sienten desconfianza al personal de salud por la falta de amabilidad, trato cordial y empático.

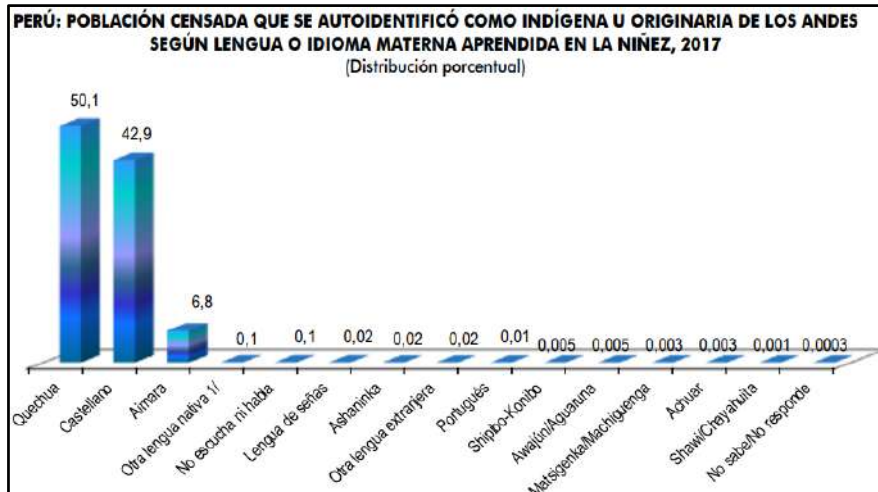


Gráfico 3. Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda, III de Comunidades Indígenas (III Censo de Comunidades Nativas y I Censo de Comunidades Campesinas).

Brechas de Género

Género son las relaciones existentes entre varón y mujer, siendo los roles los que la sociedad les asigne.

La brecha de género muestra las diferencias de los roles asignados entre varón y mujer. Esta diferencia puede variar de acuerdo a las intervenciones, nuestra intervención promoverá su disminución. (Valdivia, 1986, págs. 23-27)

Así tenemos:

- Escasa participación del varón en el estado de salud de la familia; mayormente son las mujeres adultas quienes acuden a los servicios de salud llevando a sus hijos o hijas.
- Violencia física, psicológica y sexual en las mujeres.
- Las mujeres indígenas por temor a la censura y a conflictos con su pareja prefieren continuar con el uso de métodos de planificación tradicionales y/o folklóricos, poco seguros.

Brechas Intergeneracionales

Miden las diferencias de la situación entre los diferentes ciclos de vida (niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor. (Valdivia, 1986, págs. 23-27)

Así tenemos:

- Mujeres adultas desconocen cómo hablar sobre la salud sexual y reproductiva



con sus hijas e hijos.

- Embarazos no deseados e infección del VIH es mayor en los adolescentes que en la etapa adulta.
- Adolescentes no pueden tomar decisiones ni participar de las asambleas comunitarias, donde mayormente participan los varones.
- Falta de transmisión de conocimientos ancestrales de mayores a adolescentes.

Metodología

El tipo de investigación que se ha seleccionado en la presente ponencia es **Explicativa**. Se orienta a establecer las causas que originan un evento, sucesos o fenómenos determinados que se estudian. Se trata de un tipo de investigación cualitativa y cuantitativa que descubre el por qué y el para qué de un fenómeno.

Según Hernández, Fernández, & Baptista(2006) los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones. Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. (pág. 185)

Precisamente la ponencia que realizaremos no pretende incorporar nuevos conocimientos científicos, teorías científicas o describir algún fenómeno social, sino conocer un problema práctico el análisis de la interculturalidad en el sector salud.

Resultados y discusión:

¿Cómo lograr servicios de salud con pertinencia cultural?

Para lograr cambiar los servicios de salud y por ende a los establecimientos de salud que han sido diseñados y gestionados al estilo occidental; por servicios de salud con pertinencia intercultural, es fundamental el diálogo del personal de salud con las y los ciudadanos indígenas - andinos. (Rabí, 2005, págs. 365-455)

La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación. (Rabí, 2005,

págs. 365 - 455)

Por lo que, interculturalidad en salud, es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud. (Aparicio Mena, 2003, págs. 126-127)



Para ello, el personal debe contar con los conocimientos (aptitudes) y deseos (actitudes) favorables hacia la interculturalidad y la participación ciudadana. Para lograr esto debemos:

Acercamiento con la comunidad

- Identificar y visitar a las y los agentes de medicina tradicional.
- Conocer qué es para ellos la salud y enfermedad y que enfermedades conocen y cómo las curan.
- Realizar reuniones comunales con las y los ciudadanos (indígenas – andinos) y da a conocer sus derechos y deberes en salud.
- Realizar reuniones con las y los ciudadanos para conocer qué opinan de los servicios de salud y cómo les gustaría que se atienda en ellos.

Competencias interculturales de los recursos humanos

- Realizar reuniones con todo el personal de salud del establecimiento de salud para analizar avances de la incorporación de la interculturalidad.
- Realizar reuniones trimestrales para socializar contenidos de capacitación intercultural.
- Realizar reuniones con el personal de salud del establecimiento de salud para socializar los síndromes, creencias y costumbres de las y los ciudadanos



indígenas y andinos.

- Realizar capacitación en interculturalidad a otros actores sociales.
- Investigar sobre recursos de la medicina tradicional.
- Promover el desarrollo de los huertos con plantas medicinales

Organización de la prestación de los servicios de salud

- Identificar en el servicio de salud al personal que es bilingüe para que haga las veces de traductor. En caso no hubiera, identificar a una promotora o promotor haga las veces de traductor. (Camps, 2004, págs. 87-101)
- Realizar la señalización de los ambientes haciendo uso de los acuerdos con la comunidad (gráficos, figuras, idioma local, etc.).
- Realizar coordinaciones permanentes con los agentes de medicina tradicional para compartir conocimientos y experiencias sobre casos de usuarios y usuarias.
- Incorporar a los agentes de medicina tradicional en el sistema de referencia y contra referencia: partos, infecciones respiratorias, enfermedades transmisibles.
- Ofrecer y atender el parto en forma vertical.
- Concertar el horario de atención con la población.
- Prescribir preparados de plantas medicinales y anotar en la historia clínica.

En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo.

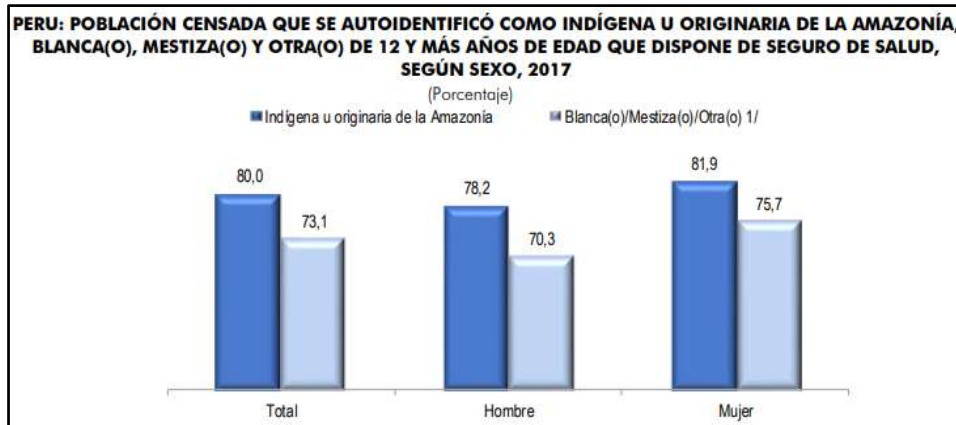


Grafico 4. Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda, III de Comunidades Indígenas (III Censo de Comunidades Nativas y I Censo de Comunidades Campesinas).

Conclusiones

En el caso de los países latinoamericanos la interculturalidad en salud se incorpora en los países con población indígena en los últimos años, no como una expresión del desarrollo natural de la medicina sino como respuesta a las presiones sobre el sistema de salud para que atienda a las demandas sobre el derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde con sus patrones culturales.

La interculturalidad en salud es un concepto en construcción, que causa confusión en los profesionales de la salud por las limitaciones en la formación básica en antropología o interculturalidad en las Facultades y escuelas profesionales de la salud. La interculturalidad en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico, que es posible insertarlo en la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX.

No hay culturas superiores o inferiores, sino culturas diferentes que se gestan en determinados espacios geográficos y responden a las necesidades concretas de las y los pobladores que las crean.

La identidad cultural es aceptarse, querer y reconocerse como parte de una cultura. Entonces cuando atendamos a una o un ciudadano andino - indígena, debemos tener en cuenta que estamos frente a una persona con diferentes prácticas en salud y manera de pensar.

Interculturalidad es la convivencia entre pueblos culturalmente diferentes estableciendo vínculos, relaciones y diálogo respetuoso y horizontal entre ellos.



Notas

¹ Los enfoques de la interculturalidad son herramienta que tienen diferentes componentes para su ejercicio y desarrollo, que evidentemente inician con los procesos de capacitación para la atención a la salud.

² El enfoque de derechos humanos, es importante que todos tengamos como principio el reconocer a los derechos humanos como parte intrínseca para el desarrollo de cualquier nación. Y a la vez, del desarrollo como el medio para hacer realidad los derechos humanos.

³ El enfoque de género en salud permite identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder subordinación, que colocan a las mujeres y varones en una posición asimétrica, de desventaja para acceder y controlar los recursos de atención de la salud para su propio beneficio.

⁴ El enfoque intergeneracional permite visualizar las relaciones existentes entre las personas, a partir de su ubicación en los diferentes momentos del ciclo de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor), reconociendo las consecuencias que implican estas modalidades relacionales en el desarrollo de sus potencialidades y capacidades, en el ejercicio de sus derechos y en el acceso a las oportunidades y, en los diferentes espacios de interacción social: familia, comunidad, región y país.

⁵ La interculturalidad, se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo.



Anexo 1

COMUNIDADES NATIVAS CENSADAS SEGÚN PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO
AL QUE DECLARARON PERTENECER, 2017
(Absoluto y porcentaje)

Pueblo indígena u originario	Comunidades nativas censadas	
	Absoluto	%
Total	2 703	100,0
Ashaninka	520	19,24
Awajún	419	15,50
Kichwa	315	11,65
Kukama Kukamiria	216	7,99
Shawi	185	6,84
Shipibo-Konibo	153	5,66
Asheninka	113	4,18
Achuar	94	3,48
Yagua	86	3,18
Matsigenka	69	2,57
Yanesha	65	2,40
Wampis	65	2,40
Urarina	65	2,40
Kandozi	54	2,00
Tikuna	38	1,41
Yine	30	1,11
Nomatsigenka	24	0,89
Murui-Muinani	24	0,89
Matsés	19	0,70
Harakbut	17	0,63
Cashinahua	16	0,59
Kakataibo	14	0,52
Bora	14	0,52
Mastanahua	13	0,48
Kapanawa	12	0,44
Yaminahua	8	0,30
Secoya	7	0,26
Madija	7	0,26
Sharanahua	6	0,22
Shiwilu	5	0,18
Majuna	5	0,18
Ikitu	4	0,15
Amahuaca	4	0,15
Ese eja	3	0,11
Ocaina	2	0,07
Nahua	2	0,07
Kakinte	2	0,07
Arabela	2	0,07
Resigaró	1	0,04
Quechuas	1	0,04
Marinahua	1	0,04
Jibaro	1	0,04
Chapra	1	0,04
Chamicuro	1	0,04

Gráfico 1. Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda, III de Comunidades Indígenas. (III Censo de Comunidades Nativas y I Censo de Comunidades Campesinas).

Bibliografía

- Aparicio Mena, A. (2003). *Salud y Multiculturalidad*. Madrid: NATURAL.
- Camps, V. (2004). *El derecho a la diferencia. Ética y diversidad cultural 2º ed.* México: Fondo Económico Cultural.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGRRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Rabí, M. (2005). *La protección de la salud*. Lima: PUCP. Instituto Riva Agüero.
- Valdivia, P. (1986). *Hampicamayoc. Medicina Folklorica y su substracto aborigen en el Perú*. Lima: UNMSM.
- Villa, M. A., & Palacios, C. C. (22 de Diciembre de 2017). <https://peru.unfpa.org>.
Obtenido de Material de apoyo para la sensibilización:
<https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub->



pdf/Folleto%20SALUD%20INTERCULTURAL%20FINAL.pdf