

Catedrático: Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Materia: Interculturalidad y Salud I

Trabajo: Ensayo

Nombre de la alumna: Luz Angeles Jiménez
Chamec

Licenciatura: Medicina humana **Semestre:** 1° B

Fecha: 08 de enero del 2021

INTRODUCCIÓN

La interculturalidad es la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde ninguna cultura está por encima de otra, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; y, cuando hay algún conflicto, se resuelve mediante el respeto, el diálogo y la escucha mutua. La interculturalidad también se refiere a la interacción entre un hombre y una mujer, un niño y un anciano, un rico y un pobre, etc.

La Interculturalidad se analiza como una alternativa en la construcción de una comunicación educativa más fluida y simétrica que responde de manera más adecuada a la realidad profundamente heterogénea y desigual de nuestro continente, es decir en educación enraizada en y a partir de la propia cultura, que promueve el diálogo crítico y creativo entre tradiciones culturales diferentes.

La interculturalidad se nos presenta así, con una complejidad que pudiera ser atemorizante, pero sólo si pretendemos asumir simultáneamente todas y cada una de sus facetas. La interculturalidad en salud tiene aspectos conceptuales, éticos, filosóficos y epistemológicos, que están en pleno desarrollo, pero también necesita de propuestas pragmáticas y operativas, las que por cierto, ya existen independientemente de las reflexiones teóricas.

DESARROLLO

Por su propio carácter la interculturalidad es diferente; es un tema que nos compromete no sólo como profesionales de la salud sino como seres humanos, porque se vincula con nuestra identidad como seres culturales frente a otras personas con su propia identidad cultural en un contrapunto de percepciones y creencias, visiones y certezas. La interculturalidad se convierte así, en un interpelador de nuestra manera de ser y no sólo de nuestra manera de actuar. La medicina, y por extensión las profesiones de la salud, al enfrentarse a la interculturalidad se confrontan con otra índole de preguntas de las que estamos habituados a responder, a preguntas sobre nuestra propia naturaleza y certezas, que cuestionan no sólo nuestros conocimientos sino nuestra esencia; preguntas semejantes a las que se hacían milenios atrás, los médicos griegos que construyeron las bases de la medicina racional y que dieron lugar a que se los considerara más que médicos, Philosophoi.

La interculturalidad en salud tampoco se confina al aspecto étnico, la creciente conciencia de las especificidades culturales de sectores de la población urbana por opciones religiosas, ideológicas o derivadas de su percepción del mundo, introduce la necesidad de que los profesionales de la salud adquieran esas “competencias culturales” de la que nos habla Kleinman.

Los profesionales de la salud y los sistemas de salud se enfrentan a una nueva frontera para su desarrollo: la interculturalidad, para la cual debemos tener una mirada que abarque desde la formación de los recursos humanos en salud hasta la formulación de políticas. Ese es nuestro reto.

En los enfoques educativos interculturales mexicanos no se trata de seguir yuxtaponiendo y simplificando con ello dicotomías y antagonismo de origen a veces político-programático. Independientemente de si los pueblos indígenas, los docentes o el alumnado diverso en su totalidad se conciben como puntos de partida para un enfoque intercultural, la concatenación de diversos discursos en torno a la interculturalidad con la inclusión de muy heterogéneos actores académicos y extra-académicos, gubernamentales y no gubernamentales, locales tanto como nacionales e incluso globales, está generando nuevas y fructíferas combinaciones de nociones, que van más allá, de una supuesta disyuntiva entre empoderamiento exclusivamente indígena, por un lado, y transversalización de la educación intercultural para todos, por otro.

El diagnóstico de salud poblacional es la herramienta fundamental de investigación en salud pública. Permite identificar las necesidades de la población y los recursos con que cuenta para proponer soluciones viables a sus problemáticas. Este diagnóstico, tradicionalmente,

ha incluido tres ejes: (1) necesidades de la población, problemas sociales y de salud-enfermedad (riesgos, morbilidad y mortalidad), (2) determinantes sociales y (3) recursos y servicios. La salud pública, además de enfocarse en riesgos y daños, debe incluir aspectos positivos, con lo cual surge otro eje que se puede incluir en el diagnóstico: (4) las fortalezas de la población. Existen dos perspectivas para efectuar un diagnóstico de salud poblacional: una se vincula con los servicios de salud; otra integra la participación poblacional.

Se comenzó a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: *New perspectives on the health of Canadians*, que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población.

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:

- Aquellos relacionados con los estilos de vida.

- Los llamados factores ambientales.

- Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.

- Y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

Se entiende por protección social en salud a "la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo".

La protección social en salud constituye un marco de referencia para la concreción del acceso a niveles adecuados de cuidados de la salud entendiendo a ésta como un derecho o un bien preferencial que la sociedad ha consagrado. Las políticas de protección social en salud deben orientarse a la universalidad, garantizando el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de las personas, familias y comunidad. Sin embargo, aunque universales, estas políticas deben estar atentas a producir respuestas especiales para necesidades especiales, siendo permeables al enfoque de género y proactivas en la atención de las necesidades de las minorías étnicas y culturales.

La educación es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive, por tanto se hace necesario abordarla, no solo desde el ámbito de las instituciones educativas y de los individuos, sino desde las formas de gobierno, desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación. Esta es una categoría que busca experiencias que se basen en uno de los ejes fundamentales de la promoción de la salud como es la educación y la comunicación para lograr la salud y el desarrollo humano.

A pesar de que existen varios modelos de sistemas de salud y de que en el fenómeno de atención de salud pueden participar múltiples elementos, siempre se manifiesta la participación del Estado en alguna medida. Actualmente la salud se considera un derecho de todo ciudadano, que el Estado puede y debe garantizar. Ante la situación de depresión económica, pero interesados en aplicar una nueva política sanitaria para el logro de la meta de Salud Para Todos, muchos países realizan reajustes de sus políticas sanitarias y buscan afanosamente mecanismos que les permitan incorporar la nueva concepción de salud pública, disminuir los costos de salud y enfrentar la transición epidemiológica.

Todas las sociedades poseen formas de interpretar la realidad y con ella la salud y la enfermedad. Esto ha dado origen a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas, que están presentes en todos los modelos de atención a la salud. Consideramos que la cosmovisión, es el eje central desde el cual se facilita entender, ordenar y clasificar

de manera general los sistemas médicos. Para ello hemos utilizado herramientas de la teoría de sistemas y de la antropología médica, dentro de un enfoque que denominamos "sistémico". Consideramos que es una propuesta innovadora que facilita la comprensión de diversas prácticas médicas como sistemas, a partir de su cosmovisión.

La expresión «medicina alternativa y complementaria», o «MAC», es una de las muchas denominaciones que reciben diversas prácticas médicas no comúnmente impartidas a los estudiantes en las facultades de medicina, ni incorporadas a la práctica médica convencional. Cada uno de los términos utilizados para referirse a tales prácticas está limitado o es de algún modo objetable. La denominación «alternativa» implica tanto que tales prácticas se definen por lo que no son, como que son excluyentes de la asistencia médica convencional. Si se usa el calificativo de «complementaria» se da a entender que estas prácticas son suplementarias de la medicina «principal». Por otro lado, en diferentes trabajos, se ha comentado lo incongruente que resulta sugerir que dichas prácticas son tanto «alternativas» a los cuidados de salud convencionales como «complementarias» de los mismos. A pesar de sus deficiencias, «MAC» es el apelativo más comúnmente utilizado.

La medicina tradicional es reconocida hoy como un recurso fundamental para la salud de millones de seres humanos, es una parte importante de la cosmovisión de los pueblos indígenas y representa el conocimiento milenario sobre la madre tierra y el uso de plantas medicinales que los indígenas han resguardado y que tiene un valor incalculable fortaleciendo y preservando su identidad. El nacimiento de la medicina tradicional mexicana es posterior al mestizaje, tras la compleja cosmovisión del mundo indígena que permitía determinar la causalidad natural o divina de la enfermedad así como para decidir los recursos terapéuticos y las prácticas curativas a seguir; los colonizadores veían a este tipo de concepción como un obstáculo para la evangelización y que las concepciones mágicas eran una preocupación principal para los frailes evangelizadores.

A pesar de que existen varios modelos de sistemas de salud y de que en el fenómeno de atención de salud pueden participar múltiples elementos, siempre se manifiesta la participación del Estado en alguna medida. Actualmente la salud se considera un derecho de todo ciudadano, que el Estado puede y debe garantizar. Ante la situación de depresión económica, pero interesados en aplicar una nueva política sanitaria para el logro de la meta de Salud Para Todos, muchos países realizan reajustes de sus políticas sanitarias y buscan afanosamente mecanismos que les permitan incorporar la nueva concepción de salud pública, disminuir los costos de salud y enfrentar la transición epidemiológica.

El objetivo es desarrollar y diferenciar conceptualmente la Atención Primaria de la Salud (APS), de los Niveles de Atención, de Complejidad, de los Niveles de Prevención y precisar claramente la Promoción de la Salud de la Prevención de Enfermedades. La estrategia de la APS definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Los niveles de atención son una forma organizada de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa en 1986, donde se la define como: el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

Se considera a la MEDICINA PREVENTIVA operativa desde 3 niveles de prevención (cuadro 1). Desarrollando cada uno de ellos, permitirá conocer sus relaciones conceptuales:

- 1.-PREVENCIÓN PRIMARIA: -Está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. -Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. -Para conseguirlos los objetivos se disponen de la educación para la salud y de la prevención específica.
- 2.-PREVENCIÓN SECUNDARIA: -Tiene como objetivos especiales evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez. -Los objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al profesional clínico. -En este nivel de prevención, las acciones se dirigen al enfermo. "Entre la PREVENCIÓN PRIMARIA Y LA SECUNDARIA, puede considerarse una acción intermedia; LA DETECCIÓN, que corresponde a la búsqueda intencionada de padecimientos, antes de que presenten la sintomatología correspondiente. No se debe confundir con DIAGNÓSTICO OPORTUNO. La detección es particularmente útil para el descubrimiento de padecimientos de evolución prolongada".
- 3.-PREVENCIÓN TERCIARIA: -Corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico como en lo social. -La TRIPLE TERAPIA; FÍSICA; LA OCUPACIONAL Y LA PSICOLÓGICA, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación particular de vida y puedan ser útiles a sí mismos en la sociedad que le permite su desarrollo y progreso social (REHABILITACIÓN INTEGRAL).

CONCLUSIÓN

La interculturalidad nace como un medio de contención a la desigualdad en valor cultural presente en algunas nociones. Orienta a formar ciudadanos a estar dispuestos a enriquecerse con otras culturas tendiendo principalmente el diálogo, el respeto mutuo la empatía y la justicia. El valorar y aceptar a diferentes culturas genera desarrollo en toda una noción. Es un intercambio equitativo que permite entre las culturas, por medio de una interacción social, pacífica entre los grupos sociales. Promueve la diversidad y el respeto. La interculturalidad desde un enfoque y de derechos humanos, se refiere a la construcción de relaciones equitativas entre personas, comunidades, países y culturas. La educación se refiere no únicamente a la educación intercultural bilingüe, que ha tenido un importante desarrollo en nuestros países, sino también a la interculturalización de la educación, en temas fundamentales como leyes de educación, proyectos educativos, objetivos, políticos, planes y programas, currículo, formación docente, textos escolares, cultura escolar y el intercambio con la comunidad y el contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- **INTERCULTURALIDAD EN SALUD. LA NUEVA FRONTERA DE LA MEDICINA [INTERCULTURALITY IN HEALTH. THE NEW FRONTIER OF MEDICINE]** Oswaldo Salaverry. Recuperado el 1 de septiembre de [a02v27n1.pdf \(scielo.org.pe\)](#)
- **Comunidad e interculturalidad entre lo propio y lo ajeno Hacia una gramática de la diversidad** GUNTHER DIETZ. Recuperado el 08 de septiembre de 2020 de [8_Comunidad_Intercultural.pdf \(unam.mx\)](#)
- **Diagnóstico de salud poblacional con enfoque de ecosalud.** Recuperado el 24 de septiembre de 2020 de [es_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf \(scielo.br\)](#)
- **Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención* Determining factors in health: Importance of prevention.** Recuperado el 24 de septiembre de 2020 de [Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención \(scielo.org.pe\)](#)
- **OPS/OMS Protección social en salud.** Recuperado de 08 de septiembre de 2020 de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4180:2007-proteccion-social-salud&Itemid=2080&lang=es
- **OMS. Resolución de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA 58.33. 2005. Financiamiento sustentable en salud, cobertura universal, y aseguramiento social de la salud.** Recuperado de 08 de septiembre de 2020 de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-sp.pdf?ua=1
- **Organización panamericana de la salud. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral concurso de experiencias significativas promoción de la salud en la región de las américas ambitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior categoría educación para la salud con enfoque integral.** Recuperado el 15 de octubre de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
- **Revista Cubana de Salud Pública version impresa ISSN 0864-3466versión On-line ISSN 1561-3127 Rev Cubana Salud Pública v.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 1996 Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Sistemas de atención de salud (I) Dra. Caridad Fresno Chávez.** Recuperado el 29 de octubre de 2020 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006
- **SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES) “LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD: UNA VISIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA TEORÍA DE SISTEMAS” DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE IMPLANTACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL FORTALECIENDO LOS SERVICIOS DE SALUD “LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD: UNA VISIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA TEORÍA DE SISTEMAS** Dirección General de Planeación y Desarrollo En Salud DGPLADES 2 I.- INTRODUCCIÓN Todas las sociedades poseen formas.

Recuperado el 05 de noviembre de 2020 de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/sistemas_de_atencion.pdf

- **LA INTEGRACIÓN DE LA MEDICINA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL: TENDIENDO UN PUENTE SOBRE LAS TURBULENTAS AGUAS DEL CUIDADO DE LA SALUD** DAVID L. KATZ, MD, MPH, FACPM. Recuperado el 12 de noviembre del 2020 de [Revista 2 \(paliativossinfronteras.org\)](http://www.paliativossinfronteras.org)
- Boletín CONAMED-OPS JULIO-AGOSTO 2017 Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del Paciente. Medicina tradicional DR. ÁNGEL ALAN JIMÉNEZ SILVA. Recuperado el 19 de noviembre del 2020 de http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf
- Archivos de Medicina Interna versión impresa ISSN 0250-3816 versión On-line ISSN 1688-423X Arch. Med Int vol.33 no.1 Montevideo abr. 2011 Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Levels of care, prevention and primary health care. Recuperado el 1 de diciembre de Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud (scielo.edu.uy)
- **NIVELES DE PREVENCIÓN EN SALUD CONTRIBUCIONES PARA LA SALUD PÚBLICA** Jorge Eliecer Andrade, 2012 e-mail: dspunerg@gmail.com. Recuperado el 08 de diciembre de 2020 de Microsoft Word - NIVELES DE PREVENCIÓN EN SALUD.docx (plataformaeducativauds.com.mx)