



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura de medicina humana

Tema: ensayo

**Nombre de alumno: Luis Gustavo Escandón
Aquino**

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1

Grupo: A

Materia: interculturadidad y salud

Nombre del docente:

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de agosto

Un término ha ido apareciendo poco a poco en los predios de la medicina: interculturalidad; derivado de la antropología, paulatinamente, con el creciente uso del término en otros contextos y ámbitos se ha ido decantando hacia uno que aparenta ser más preciso y orientado hacia la medicina: interculturalidad en salud.

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 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.

En particular en América latina, crisol de culturas en permanente evolución, las experiencias de aplicar la interculturalidad en la salud pueden remontarse hasta los primeros contactos entre los europeos y los nativos americanos, cuando aún no existía el concepto ni el término, y no han cesado de existir propuestas y prácticas; la novedad, el reto contemporáneo es aceptar que la interculturalidad en salud ya no es un tema que podamos relegar a las fronteras geográficas del ejercicio médico, ya no es un tema de aquellos que ejercen la profesión en comunidades indígenas, hoy atañe al médico de la clínica universitaria de París que atiende a un migrante subsahariano tanto como al formulador de políticas de salud latinoamericano que debe diseñar nuevas estrategias para evitar la difusión del HIV en poblaciones nativas amazónicas; naturalmente, si en ambos casos se pretende el resultado exitoso, porque podríamos continuar ejecutando la medicina con una visión etnocéntrica, culturalmente impermeable, con las consecuencias que cada vez más se evidencian de su insuficiencia. Más aun 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.

Desde diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica. La queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los Servicios de Salud. A los pacientes y sus familiares no se les escucha y no se toma en cuenta sus opiniones respecto a lo que esperan de los servicios médicos. Señalan también que es común el maltrato y regañones ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad. Esto se ha expresado no sólo respecto a los grupos indígenas y campesinos, sino también por mujeres,

ancianos, personas con orientaciones sexuales diferentes, pacientes con VIH-sida y con enfermedades mentales. Lo común a todos estos cuestionamientos es la falta de respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto. Estos aspectos terminan por incidir en su percepción sobre de los servicios de Salud y de la atención del personal, influyendo en el desapego a las indicaciones médicas, en el abandono de los tratamientos y en la resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

Los factores que pueden jugar como barreras culturales en la organización de los Servicios, tienen que ver con la forma en que se organiza la dirección de los mismos, los marcos éticos del personal directivo y de quien ofrece sus servicios y atiende a los usuarios, las formas del ejercicio del poder, los programas, planes, normas, prejuicios, valores, la participación de los usuarios y el ejercicio de la ciudadanía en ellos. En tanto que es un sistema, las relaciones que establece la institución de salud con las personas usuarias están traspasadas culturalmente por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la percepción que poseen los usuarios

Estas barreras tienen que ver principalmente con la concepción que la población tiene del confort y los conceptos sobre la asignación de valores y/o funciones en espacios específicos, lo cual es definido por su cultura, los recursos materiales y el clima de la región. Esto aplica con el aspecto y diseño de los espacios y en elementos como las señalizaciones, el mobiliario, la eta para enfermos, y los espacios para los niños y las niñas, para el hospedaje de familiares, y para la "paz espiritual" (capillas).

En el personal prestador de servicios de salud

Las principales barreras que se presentan son: ubicación social y status de las personas, su capacidad y habilidades de comunicación, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios y las usuarias, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, formas de ejercer el poder, el idioma y la lengua. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional y género. En la relación entre personas se ponen en juego sus capacidades y carencias.

En las personas consultantes o usuarias

Los elementos que intervienen como barreras culturales, tienen que ver con la percepción de la salud y de la enfermedad; la conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con el personal de los servicios de salud, el idioma o la lengua, la capacidad de comprensión de los códigos culturales del personal prestador de servicios de salud, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.

hombres y mujeres es cada vez más aceptada tanto en lo científico, como en lo económico.

una persona, observando su cosmovisión, sus sentimientos, familia y espiritualidad y con esto se lleva a cabo un principio de armonización

pues solo con el respeto llevaremos adelante a nuestra comunidad. equivalente a tener veneración, aprecio y reconocimiento por alguna persona.

decir que sólo es posible al ser consciente de la fragilidad o vulnerabilidad del otro y de la propia capacidad de dañarlo.

Dra. Mercedes Juan NTERCULTURALIDAD EN SALUD Tercera edición, octubre de 2014