

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Campus Comitán

Nombre del trabajo: Ensayo 1

Docente: Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Alumno: Limberg Emanuel Altuzar López

Materia: Interculturalidad y salud 1

Licenciatura de Medicina Humana

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1ro "A"

Comitán de Domínguez a 10 de septiembre de 2021

INTRODUCCION

La interculturalidad en salud ha sido un concepto utilizado para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del paciente en el proceso de atención de 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.

La interculturalidad en salud ha generado en varios países iniciativas que tienden a evitar que la entidad étnica y cultural de las personas constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud, por esta razón, la antropología contribuye a develar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, como a proporcionar elementos socioantropológico para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un lugar de creciente pluralismo médico que caracteriza a la sociedad contemporánea.

La cultura se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del tiempo.

Del concepto de cultura parten dos grandes dimensiones: una referente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias aprendidas a través del aprendizaje, lo que corresponde al mundo cognitivo; y una dimensión material, corresponde a lo simbólico, se manifiesta en conductas, practicas, artefactos culturales y normas de relación social entre los demás.

Refiriéndose a salud, estas dos dimensiones de la cultura, la cognitiva y material, se adaptan en un modelo médico que otorga consistencia a como los pacientes y profesionales puedan explicar el fenómeno de salud y enfermedad, y a las practicas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud. Por lo general los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes, resultado de las diversas historias sociales y culturales de cada individuo.

La enfermedad, sufrimiento y muerte; así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales. Todos los seres humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad.

Los procesos de integración social y cultural que involucren la existencia de diferentes y a veces antagónicos sistemas de creencias, están sujetos a importantes fricciones, sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen solo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro, la cultura biomédica expresada a través del sistema, medico occidental, se ha establecido mundialmente como modelo capaz de resolver la mayoría de problemas de salud de la población independiente de los contextos sociales en que se desarrolle la enfermedad.

Cabe recalcar que la experiencia de proyectos en salud internacional y dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad, dan evidencias de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los demás en el proceso de atención de salud, situaciones como el rechazo y la falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, falta de estructuración de social de la comunidad, son cosas descritas frecuentemente en la literatura de salud internacional, especialmente en los países donde la población indígena es más basta.

Para un enfoque intercultural en salud tiene mínimo dos niveles de expresión: uno en el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción, este último, el más complejo de desarrollar, implica trascender desde la acción médica concreta, hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Este es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los encargados del sistema de salud, ya que son las estructuras del estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad.

Las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y pacientes. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueven una mayor comprensión de las expectativas de ambas partes y al mismo tiempo mejora el nivel de satisfacción de los pacientes con el sistema de salud.

CONCLUSION

La interculturalidad en salud no es un tema que podamos apartar a las fronteras geográficas del ejercicio de la medicina, ya que todos tenemos los mismos derechos frente a la ley y apartar a la población indígena por su lugar de origen, sus costumbres, tradiciones, condición de vida, entre otras cosas, nos hace despreciables como personas, por no poner un poco de nuestra parte y tratar de esforzarse por mejorar la calidad de la atención médico-paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.* 2006; 3(10):e294.
2. Park A. *Introducing Anthropology. An Integrated Approach.* Mayfield Publishing Company. California. 2000.
3. Green EC. The integration of Modern and Traditional Health Sectors in Swaziland. En: *Anthropological Praxis* Robert M, Wulff SJ, Fiske, eds. Westview Press Boulder. London. 1997; 87-97.