



NOMBRE :OLIVER FAUSTINO PAREDES MORATAYA

DOCENTE: DRA. LAURA BLASI PINEDA

MATERIA: INTERCULTURALIDAD Y SALUD I

RESUMEN INTERCULTURALIDAD EN EL PROCESO DE SALUD Y ATENCION

INTRODUCCION

En este ensayo vamos a completa y fundamentada explicaciones de las cosmovisiones que rigen algunos sistemas alternativos de procuración de la salud, notablemente las orientales. En este caso también queda clara la integralidad coherente de maneras totalmente distintas de entender la salud. Y nos resulta evidente lo diferente, y por lo mismo, lo rico de su enseñanza, la capacidad de relativizar nuestras certezas y de provocar nuestra capacidad de asombro. Para los lectores no médicos, el relato que hace de la historia de los paradigmas en la medicina occidental es especialmente rica, por lo sintético, por lo claro, por lo explicativo más que descriptivo, y porque nos lleva a comprender que las verdades son históricas, que se van modificando con el tiempo, o que coexisten, sobre todo en épocas actuales, de acuerdo con posturas sobre la sociedad y el futuro.

DESARROLLO

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

México, sociedad multicultural Ninguna sociedad en el mundo es homogénea en su composición cultural. En el caso de México, se reconoce y se identifica como un país multiétnico y pluricultural. En los últimos 10 años, el país ha experimentado un amplio movimiento social a favor de la diversidad y el respeto a los derechos humanos. Como producto de estas condiciones se impulsan modificaciones en diferentes ordenamientos legales,¹ con el fin de fomentar una cultura de respeto a todos los grupos que conforman la sociedad para orientar la labor de las dependencias públicas gubernamentales respecto a esta diversidad, manifiesta y necesaria en regiones urbanas diversificadas y con más pertinencia en regiones donde habita población indígena. Coexisten en esta sociedad plural múltiples miradas desde las cuales se construye nuestra identidad, determinadas por el género, la cultura étnica, la clase social, la edad, la preferencia sexual, la asociación

gremial y muchos otros factores que permiten y moldean la identidad cultural. La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, 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; 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.



La interculturalidad en la salud 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 regaños 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. Estos cuestionamientos enfatizan la necesidad de considerar las necesidades y la percepción de los usuarios como un elemento esencial de la misión de los servicios de salud.



Las barreras culturales

Existen una serie de barreras que dificultan y limitan el acceso a los servicios de salud. Las barreras de acceso en general se pueden identificar en barreras económicas, geográficas y culturales. En este sentido y con el propósito de atenuar las barreras geográficas, se implementó la construcción de centros y casas de salud cada vez más cercanos a la población, además de programas de ampliación de la cobertura y la extensión de los servicios con equipos de salud itinerantes, caravanas y auxiliares de salud. En el año 2003 se constituyó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, conocido popularmente en México como el Seguro Popular.¹⁶ El otro grupo de barreras es definido como “barreras culturales”, y están de



Las “barreras culturales” pueden identificarse también desde cuatro ámbitos:

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema).
2. En el establecimiento o espacio de salud.
3. En el personal prestador de servicios de salud.

4. En la población usuaria.

En la estructura de los servicios

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.

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.

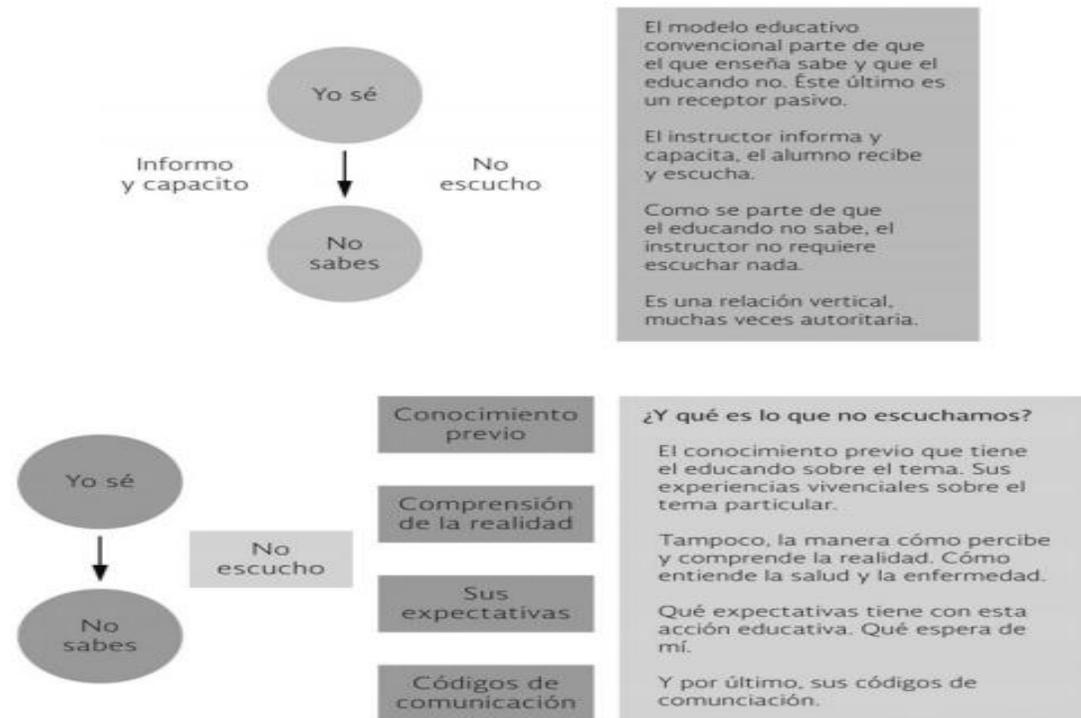
En las personas consultantes o usuarias

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

Educación para la salud

En la educación para la salud, se aplican diferentes modelos educativos, la mayoría derivan de un modelo vertical expositivo. Con el modelo intercultural, se ha elaborado una propuesta educativa que promueve relaciones de enseñanza-aprendizaje de manera horizontal y colaborativa. Ésta se nutre de propuestas educativas críticas y dialógicas como las derivadas de Paulo Freire, Piaget, Illich y Vigotsky. A diferencia de los modelos convencionales, la educación para la salud ya no pretende el cambio de actitudes de la población, como el objetivo principal. Esa postura responsabiliza (o culpa) a la población de la enfermedad, sin tomar en cuenta otros determinantes de tipo económico, social, cultural y ambiental.

EL MODELO EDUCATIVO CONVENCIONAL



El enfoque intercultural

en el sistema de salud Siendo que la cultura, la lengua y la identidad son elementos centrales de la vida de todo un pueblo, el enfoque intercultural es una posibilidad de enriquecimiento para todos. Se inicia con la afirmación de la cultura propia en un proceso de intraculturalidad y a partir de allí, con el reconocimiento, la valoración y el aprecio de otras. Esto significa nuevas miradas de lo propio y nuevas lecturas de lo ajeno. Se propone la transversalidad del enfoque intercultural en todos los procesos, ya que promueve la re-construcción del sistema, en este caso de salud, a partir de reconocer la diversidad de contextos, pacientes, conocimientos, formas de sanación. Considera que, para abordar las problemáticas sociales éticas, epistemológicas y su forma de tratarlas en el servicio, se requiere de nuevas estrategias. Para esto, proponemos introducir tres planos transversales, tanto en los procesos de atención, hasta en la generación de las políticas de salud:

- Plano ético: procurar formar personas capaces de construir sus diferentes identidades personales y colectivas, capaces de reconocer y sentir realmente solidaridad y empatía con otras identidades
- Plano lingüístico: dar el servicio en la lengua materna. Las lenguas que conviven en el mismo espacio, deben encontrarse en equilibrio

- Plano epistemológico: es construir conocimiento desde otras lógicas de pensamiento y que podría equipararse, desde otra lógica, a la visión holística del conocimiento.

CONCLUSION

Este proceso enfrenta varios desafíos, como el epistemológico que defiende la unidad en la diversidad, la complementariedad, reciprocidad, correspondencia y proporcionalidad de los conocimientos, saberes, haceres, reflexiones, vivencias y cosmovisiones. Que, desde un punto de vista plural, acepte que no hay un solo camino para llegar a la meta, que hay otras vías legítimas hacia el conocimiento científico. Otro desafío es el que implica la atención a la diversidad; tomar en cuenta el contexto, a las personas con similitudes y diferencias en creencias, valores y patrones de vida de culturas distintas. Y el desafío político, que implica el empoderamiento de las culturas minoritarias buscando reconocimiento y respeto, así como una corresponsabilidad en los cambios y las opciones, buscando un desarrollo con identidad, o sea, que tome en cuenta las necesidades de la comunidad. Recapitulando, los servicios de salud, al igual que todos los que ofrece el estado, tienen la obligación de introducir el enfoque intercultural transversalmente, desde la creación de las políticas públicas hasta en la atención directa a las comunidades de todo tipo, urbanas, rurales, indígenas o afrodescendientes. Esto se puede llevar a cabo analizando los tres planos del enfoque: el ético, el epistemológico y el lingüístico, y creando las políticas y la normatividad necesaria para que las prácticas sean de inclusión, de respeto y de enriquecimiento, no “hacia” el otro, el beneficiario, sino “con” el otro. Estas nuevas prácticas se pueden generar en conjunto, en equipo, y así, serán pertinentes, eficaces y de calidad.

Gracias!

BIOGRAFIA

INTERCULTURALIDAD EN SALUD Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud D.R. © Secretaría de Salud Lieja 7, Colonia Juárez, C.P. 06696, México, D.F. Coordinación: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Programa Editorial del Gobierno de la República.