

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA:

Erick Villegas Martínez

CATEDRÁTICO:

Laura Blasi pineda

MATERIA:

Interculturalidad y salud

TEMA:

Resumen: interculturalidad en el proceso salud-atención

Introducción

El aspecto intercultural es algo muy difícil en México ya que existe una amplia gama de diversidad entonces en el entorno de la salud es un trabajo arduo en el que igual se trabaja ya que no es el mismo tipo de atención que se le da a diferentes grupos y sobre todo siempre se tiene que cuidar el respeto q hay entre su cultura y la introducción de la medicina.

Hay muchas paredes que dividen a esta parte del servicio que se le da ala sociedad y es el deber de nosotros como personal de salud el ayudar a las personas con respeto y con una consulta bien atendida.

RESUMEN

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, 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 está sujeta a variables como: diversidad, la definición del concepto de cultura, obstáculos comunicativos como la lengua, las políticas poco integristas de los Estados, jerarquizaciones sociales marcadas, sistemas económicos que excluyen a diferentes sectores de la sociedad; es decir, la interculturalidad se ha utilizado para la investigación en problemas comunicativos entre personas de diferentes culturas y en la discriminación de etnias, principalmente. Otros ámbitos de los estudios interculturales son aplicados en el ámbito de la educación, los estudios de mercado y su aplicación en el diseño de políticas en Salud. Esto tiene una referencia muy marcada en el impulso a políticas interculturales en los países sudamericanos, como Chile, Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela. Como modelo de convivencia y como proceso comunicativo, la interculturalidad propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada

uno con una verdad, una visión especial de mundo (cosmovisión) y un marco de referencia y paradigmas respecto a diferentes aspectos de la realidad

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.

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

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema).

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

2. En el establecimiento o espacio de salud.

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.

3. 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

4. En la población usuaria.

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.

Los servicios de salud culturalmente competentes son aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad. La competencia cultural pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud.

El concepto de microbio como causa de enfermedad, fue propuesto por Anastasio Kirchner a mediados del siglo XVII, sin embargo, esta propuesta no fue atendida por la Academia de Medicina Europea, la cual consideraba una teoría causal basada en los humores donde no existía el concepto de “microbio.” En 1843 el Médico húngaro Ignac Fülöp Semmelweis presentó en la Academia de Medicina de Viena, la tesis que explicaba las muertes por fiebre puerperal que sufrían las mujeres. Consideró que estudiantes de medicina que en la mañana habían practicado autopsias y que en las tardes atendían a estas mujeres, eran los causantes de la fiebre puerperal y podía ser explicado esto por los microbios en sus manos; lo cual podría ser prevenido con el lavado. Sin embargo, la ciencia médica consideró ridículas estas observaciones y se burló de Semmelweis. El desprestigio fue tal y lo afectó tanto que murió cuatro años más tarde, en un asilo para pacientes psiquiátricos. Los aportes de otros

investigadores como Pasteur, Koch y Lister, lograron que por fin la Academia de Medicina reconociera a los microbios como causantes de enfermedad en 1870. Sin embargo, fue hasta inicios del siglo XX cuando tomó forma la educación higiénica. Como paradoja, pasaron casi 300 años para que la ciencia médica reconociera a los microbios. En el caso de la educación en salud, se pretende que la población indígena y rural comprenda este concepto en pláticas institucionales de tres horas. Como es de esperarse, los resultados son poco eficaces.

Conclusión

Concluyo en que hay muchas variables en el proceso salud- atención, pero siempre como personal de salud debemos dar nuestro mayor esfuerzo y sobre todo tener bien cimentado la labor del servicio y ser tolerante y comprensivo con la diversidad de pacientes que podemos tener.

Siempre buscar la mejor forma de igual manera de informar al grupo o sociedad de las indicaciones para que tengan una mejor salud y sobre todo siempre informarnos de la cultura de cada sociedad a la que le demos nuestro servicio.

Bibliografía

(González, octubre de 2014)

<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>