



# Ensayo

Nombre del alumno: Jhonatan Noe Herrera Santiago

Temas: Salud intercultural en América latina

Parcial: 4

Nombre de la materia: Antropología Medica II

Catedrático: Dr Jose Daniel Estrada Morales

Licenciatura: Medicina Humana

Grado: 2

# Salud intercultural en América Latina

En México, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela y otros países se implementaron programas de interrelación entre la medicina académica y la medicina indígena. Aparecieron hospitales y centros de salud denominados "mixtos" o "interculturales" que mostraron avances innovadores: aceptación de la herbolaria medicinal, relaciones armónicas entre médicos y curanderos, presencia de personal hospitalario nativo como mediador cultural, cursos y diplomados de capacitación del personal de salud sobre medicina indígena, entre otras acciones, un ejemplo más notable, en el estado de Chiapas donde ahora las parteras ya está siendo capacitadas para la canalización de pacientes y que al igual se están creando centros de salud mixtos donde se integra la medicina occidental y la medicina indígena o alternativa

La llegada de los europeos a América a partir del siglo XVI tuvo repercusiones en aspectos muy relevantes, pero también muy cotidianos de la población, ya que cuando los europeos llegaron a un continente desconocido para ellos, reconocieron que había muchos recursos naturales y humanos valiosos, pero poco a poco comenzaron a imponer sus propias formas de organización, especialmente en la salud y la medicina

Con la llegada de los europeos se trajo un modelo médico junto con conocimientos del territorio, con ello se establecieron universidades donde se enseñaba la medicina académica que tuvo un papel importante en la salud pública

Los hospitales coloniales fueron de mucha importancia en salud. En Europa se fundaron muchos hospitales, que eran instituciones de carácter doble: por un lado, algunas se dedicaban a atender a los enfermos, pero otras funcionaban más como albergue y refugio para los sectores sociales más desfavorecidos

Los hospitales cumplían entonces una doble función: de índole médico-curativa y de carácter ideológico, político y religioso, el personal de salud presentes en estos hospitales, fueron médicos egresados de universidades españolas como "Salamanca" así como personas de otros oficios como; Barberos, sangradores y maestros de quebraduras

En los hospitales de Potosí, por ejemplo, había clérigos que además eran cirujanos, de modo que a su orientación religiosa y evangelizadora unían la función de sanadores

En estos hospitales existía una estricta separación por castas y géneros. Los religiosos encargados de atender a la población indígena debían conocer bien el territorio y entender a los indígenas desde un punto de vista antropológico. Con esto se refleja un interés por la salud indígena motivado más por razones económicas e ideológicas que por humanidad. Este enfoque se tradujo en modelos de atención "mixtos", donde se buscaba

que los encargados fueran expertos, aceptados por la comunidad y con amplio conocimiento sobre las costumbres, alimentación, enfermedades y características propias de los indígenas

El hospital colonial funcionó casi 300 años hasta el siglo XIX, cuando México dejó de permitir instituciones exclusivas para indígenas tras convertirse en república. Las órdenes religiosas jugaron un papel importante en la salud y evangelización en América Latina, trabajando en condiciones difíciles y promoviendo hospitales donde las comunidades indígenas tenían participación.

Los médicos y misioneros coloniales vivían una situación donde probablemente la medicina indígena estaba más avanzada que la europea, que tenía pocos recursos terapéuticos. Los españoles fueron conociendo poco a poco a los pueblos originarios, mientras que sacerdotes y médicos coloniales adoptaban prácticas médicas indígenas

Durante la colonización se prohibió el conocimiento indígena sobre plantas medicinales y se reprimió su dimensión religiosa y ritual,

Con el tiempo, muchos médicos indígenas se integraron a la Iglesia católica como sacristanes, lo que los protegía del control civil y les permitía seguir practicando. También adaptaron sus prácticas, renombrando plantas con nombres cristianos para evitar persecución.

En el siglo XX con la Revolución Mexicana, Manuel Gamio propuso integrar a los pueblos originarios a la civilización moderna mediante estudios y acción práctica. También en 1938 se creó el Instituto Indigenista Interamericano y en 1940 se realizó el primer congreso indigenista en México.

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, se promovió la educación, salud y agricultura para "a cultural" e integrar a los indígenas, principalmente a través del instituto lingüístico de verano.

En México, Gonzalo Aguirre Beltrán impulsó la integración de la medicina académica con las comunidades indígenas a través del instituto nacional indigenista, promoviendo servicios médicos y una primera etapa de interculturalidad en salud.

las políticas estatales no incluían programas interculturales específicos y se mantuvo un enfoque paternalista y verticalista. A partir de 1980, con programas del IMSS, se empezó a reconocer y relacionar la medicina tradicional mexicana con la atención rural.

El artículo 25, inciso 1, del Convenio 169 de la OIT establece que los gobiernos deben garantizar servicios de salud adecuados para los pueblos originarios, o facilitar que ellos mismos los organicen y controlen, buscando el máximo nivel posible de salud física y mental.

En el inciso 2 del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se establece que: los servicios de salud deben organizarse comunitariamente, considerando las condiciones económicas, sociales y culturales propias de los pueblos originarios. Además, se reconoce la importancia de respetar y valorar sus métodos tradicionales de prevención y curación, integrándolos junto con la medicina académica.

En Perú, con apoyo de la comisión europea y el ministerio de Salud, se desarrollaron diplomados con alta participación indígena para modernizar el sector salud con enfoque intercultural. Esto llevó a la creación de la comisión andina de salud intercultural en 2005

Esta comisión busca mejorar la salud indígena fortaleciendo instancias gubernamentales para adaptar los servicios sanitarios culturalmente y promover políticas públicas diferenciadas

El proyecto AMARES apoyó cursos, talleres y encuentros en Ayacucho, Huancavelica y Apurímac (Perú), con gran participación de trabajadores de salud indígenas, incluyendo parteras y curanderos

Estas experiencias reflejan un avance importante para combatir la discriminación en salud hacia los pueblos originarios y promover políticas públicas interculturales en Abya Yala.

En conclusión, la salud intercultural en América Latina representa varios aspectos fundamentales para reconocer y respetar la diversidad cultural de los pueblos indígenas en la atención sanitaria. Se da esto a través de iniciativas como la creación de oficinas de salud indígena, la capacitación de personal de salud indígena y la incorporación de prácticas médicas tradicionales, con esto se está construyendo un modelo más inclusivo y efectivo. Con esto no solo se mejora el acceso y la calidad del servicio para comunidades indígenas, sino que también nos ayuda a reducir la discriminación histórica en los sistemas de salud.

## Referencias

Campos-Navarro, R. (Coord.). (2016). Antropología médica e interculturalidad. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; McGraw-Hill/Interamericana Editores.