

INTERCULTURALIDAD Y SALUD: RECURSOS ADECUADOS PARA LA POBLACION INDIGENA O PROPUESTAS ORIENTADAS A OPACAR LA DESIGUALDAD SOCIAL

Dr. Sergio Lerin,

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, D.F.

leps@juarez.ciesas.edu.mx.

RESUMEN

El presente trabajo pretende dar cuenta de cómo el enfoque intercultural en salud ha sido utilizado en más de las veces como un instrumento que opaca las desigualdades socio-culturales. Para ello reportamos los perfiles negativos que registra la población indígena en comparación con aquella general y centralmente abordamos una toma de posición respecto a las dificultades teóricas y conceptuales que la interculturalidad impone a los actores involucrados. La finalidad es recuperar lo contradictorio de la intercultural que unas veces se discute alrededor de lo “técnico” (como práctica clínica entre médicos), otras más como campo de las políticas en salud o como política social (justicia social), y en las más frecuentes como debate ideológico, que enfrenta posiciones a veces irreconciliables ante los procesos interculturales contemporáneos.

También desarrollamos una propuesta en curso que trata de los recursos humanos adecuados en los servicios de salud, en donde la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de impulsar una equidad en salud y una respuesta adecuada culturalmente en la atención hacia los usuarios en contexto indígena

INTRODUCCION

En México, el enfoque intercultural en salud ha sido apropiado de manera fragmentaria por instancias gubernamentales, como la Secretaría de Salud y el ex Instituto Nacional Indigenista, que a través de acciones aisladas pretenden cambios de alto impacto y bajo costo, como los tantos programas de capacitación a parteras sobre los riesgos del embarazo, parto y puerperio (que no son otra cosa que la referencia -contrareferencia en zonas indígenas de gran marginación y dispersión geográfica), los innumerables encuentros de médicos tradicionales que bajo el pretexto de intercambio de conocimientos terapéuticos tradicionales pretenden, sin lograrlo, del todo, incorporar este recurso popular en salud a los distintos programas que se aplican a población abierta, así como los apoyos dirigidos a las ONGs, que trabajan en salud que buscan complementar las áreas de influencia institucional.

Hacia los años cuarenta, cuando surge la antropología médica como campo disciplinar de la antropología social, ubicamos el reconocimiento de la salud intercultural como un tema de dominio público. Para esos años, y como ahora, se buscaba indagar las causas de la desigualdad en salud

entre los pueblos indígenas y el resto de la población con el objeto de mejorar sus condiciones de vida a través de la implementación de programas sociosanitarios de bajo costo. En nuestro medio y a partir de esos años, se formularon un sinnúmero de experiencias con el enfoque intercultural, sea en la formación del personal de salud o en la aplicación de programas en zonas indígenas. Estas experiencias fueron muy importantes en los años sesenta cuando se realizaron las grandes acciones, con todo y sus críticas, del estado indigenista, cayendo en el olvido hacia los años ochenta cuando el apogeo neoliberal impulsó estrategias selectivas, para mejorar los niveles de salud de los menos favorecidos, y reorganizar el fuerte recorte del gasto en salud, impuesto por los órganos multilaterales, y que son vigentes más que nunca en el presente y evidentes ante la privatización de la salud pública.

En años recientes, y con un retraso de diez años respecto al resto de América Latina, un pequeño grupo, en el que participamos, propone a la salud intercultural como estrategia para mejorar la desigualdad en salud y construye el Programa Nacional de Salud 2001-2006¹. El Programa plantea buenos propósitos para el respeto a la dignidad de las personas, recuperación de los valores de los pueblos indios, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y de la enfermedad.

Igualmente pretende modificaciones importantes, convocando a que se tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social, factores todos ellos importantes en el mantenimiento o pérdida de la salud.

RETOS EN LA SALUD INTERCULTURAL

Es necesario reconocer de inicio que existen barreras lingüísticas y de comunicación que en muchos casos juegan un papel negativo, pero no definitivo, en la relación de los indígenas con las instituciones de salud. De parte de los usuarios (indígenas) se manifiesta una resistencia al uso de los servicios, para cierto tipo de padecimientos o síndromes de filiación cultural, y queramos o no una desconfianza hacia la medicina occidental, producto de las nociones distintas del proceso salud-enfermedad, que chocan y paradójicamente se complementan con los conceptos científicos que constituyen la alopátia moderna, lo que genera permanentemente relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto.²

El lenguaje utilizado por los médicos, uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural, dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente. La ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional, además de la escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas

¹ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. SSA, México, 2001.

² Menéndez, E Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones . CIESAS, México,1990.

intervenciones, tales como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete, etc., terminan por distanciar en momentos cruciales a los actores del proceso terapéutico.

En las zonas más lejanas y rezagadas la atención gineco-obstétrica presenta barreras específicas como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus partos en la casa, ayudada por otras mujeres. Esto ya era planteado por Aguirre Beltrán en su clásico “Programas de salud en la situación intercultural”: “En el campo indígena la atención del enfermo y la parturienta se lleva a cabo en el ambiente cálido del hogar....y sólo en el caso de lesiones....se ven obligados los indígenas a aceptar, de agrado o a fuerza, la atención impersonal del hospital”.³

Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas, no encontrándose la mayoría de las veces puntos de contacto intercultural. Frecuentemente existe descalificación del personal de salud respecto de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad. La población indígena lleva además de esto el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social. Evitar este desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, especialmente en el primer nivel y segundo nivel de atención, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

En estos dos aspectos se presenta actualmente un déficit muy importante, que puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incide en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos.

LA DESIGUALDAD EN SALUD

En el XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000) se reporta que hay 8.7 millones de indígenas en México. El Consejo Nacional de Población (CONAPO), analizando la composición de los hogares censados, estimó en más de 12 millones la cifra real de indígenas en el país, cantidad que equivale a poco más del 10 por ciento de la población total. Estas cifras ubican a México como el país con la población indígena más numerosa y diversa de América, aunque su peso relativo es de tan sólo el 10 % del total de la población.

³ Aguirre Beltrán, G. Programas de salud en la situación intercultural. Instituto mexicano del seguro social, México, 1980.

Actualmente, las condiciones de salud de los 12 millones de indígenas presentan un rezago importante respecto al resto de la población. Existen marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cinco principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles, en las zonas indígenas dos enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: como son las infecciones intestinales y la influenza y neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) de la nacional (9%).⁴ Los diferenciales más importantes en cuanto a causas de mortalidad se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional, y las diarreas y la mortalidad materna, tres veces más altas que a nivel nacional.

Las mujeres indígenas pertenecen a los sectores del país en donde se concentra uno de los más grandes rezagos en materia de salud, hecho que tiene su origen en la triple marginación que enfrentan por su condición de género, clase y etnicidad.

Esta situación condiciona que las mujeres indígenas tengan una mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, tener hijos e hijas con bajo peso al nacer o prematuros. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena.⁵

Como se sabe la mayor mortalidad de la población indígena se registra en los primeros años de la vida. Los factores de riesgo asociados a las elevadas tasas de mortalidad infantil son: mujeres con elevada fecundidad (3.8 hijos en mujeres indígenas vs. 2.8 hijos en el resto de las mujeres)⁶; inicio temprano de la vida sexual activa y períodos intergenésicos cortos; madres de baja escolaridad y malas condiciones de vivienda; difícil acceso o nulo a los servicios de salud y deficiente infraestructura sanitaria.

En las comunidades indígenas, en donde existen pocos hospitales de segundo nivel, y se atiende a la población en mayor medida con unidades móviles de salud y unidades fijas que cuentan algunas con un médico (otras no), y pocos insumos, se presenta una prevalencia elevada de las llamadas enfermedades del rezago, entre las que destacan el cólera, la tuberculosis, el paludismo, el dengue, la lepra, etc. El alcoholismo sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias indígenas.⁷

A consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en las zonas indígenas, la baja frecuencia de notificación y la baja asistencia a los servicios de salud, existe un marcado subregistro

⁴ INEGI-SSA. Cinta de Mortalidad Promedio 1998-1999.

⁵ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. SSA, México, 2001.

⁶ Consejo Nacional de Población (CONAPO). La Situación Demográfica de México. CONAPO, México, 1998.

⁷ Avalos Tejeda, A. Los Pueblos Indígenas de México. Dirección General de Servicios de Bibliotecas - División de Política Social, México, 2001.

en la información. Además, los sistemas institucionales de información, no distinguen si el usuario del servicio es indígena o no.

Los servicios de salud relevan y reportan las enfermedades diagnosticadas, pero no capturan la percepción indígena del proceso salud-enfermedad-atención, ni tampoco se ocupan por dar cuenta de los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud. Ante esta incongruencia es imprescindible avanzar en esquemas que articulen el dato y la dimensión sociocultural, para contribuir a una auténtica epidemiología socio-cultural (a través de estudios locales) que incluya tanto a las enfermedades recogidas por el sistema de salud como las llamadas “tradicionales”.

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población indígena, el 100 por ciento de los nacimientos son atendidos por parteras.

LA INTERCULTURALIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD

La salud intercultural puede ser interpretada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, algunas veces se le maneja como una herramienta útil en los procesos de cambio; en otros momentos, resulta ser un campo donde se dirimen los conflictos y en otros escenarios, es un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados. Desde nuestra posición teórica, la interculturalidad en el campo de la salud es ante todo un proceso contradictorio, dado que involucra las interrelaciones equitativas, respetuosas y sobre todo de desigualdad. En este sentido, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y a veces, de síntesis con la medicina occidental son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud.

Ubicar la interculturalidad en salud como un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas (calidad de la atención), nos obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención.

La capacitación como una estrategia adecuada para el mejoramiento técnico y humano del personal de salud implica un ejercicio de profesionalización que reconozca y califique el trabajo, a las personas, a los grupos y las acciones que desarrollan.

Las acciones para construir una salud intercultural transitan de forma ambigua entre una clara descalificación y una forzada incorporación de los recursos populares en salud en la aplicación de los programas institucionales. Ante lo cual es obligado explicitar cómo aplicamos la orientación interculturalidad en el campo de la salud, y más aún, desde donde nos posicionamos frente al

manejo de uso corriente de tal terminología tanto por la antropología como por las ciencias aplicadas a la salud.

En el campo antropológico, el Dr. Aguirre Beltrán define la salud intercultural como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena. Es decir que por sobre las diferencias existe la complementariedad entre los sistemas de salud para enfrentar los padecimientos que afectan a los grupos indígenas.⁸

Tratar con el concepto de interculturalidad implica partir de una definición sintética, que refiere al contacto, articulación, conflicto, resistencia y tensión que se generan entre dos culturas que se reconocen.

Es innegable el papel de liderazgo que los organismos rectores internacionales cumplen en el diseño de las políticas en salud en la región, este es el caso de la interculturalidad en salud, a la que se le asignan un conjunto de atributos que en nuestra opinión son un aporte importante respecto de los planteamientos que le dieron origen, impulsando su desarrollo y su actual vigencia, sin embargo se obvia el proceso conflictivo, antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presenta entre dos o más culturas, o en términos de la antropología crítica las contradicciones entre el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Alternativo subordinado⁹.

Para la OPS-OMS, el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa.

Otra propuesta que nos parece sumamente enriquecedora es la que viene impulsando personal que trabaja en el Ministerio de Salud de Chile, según la cual la interculturalidad debe ser reconocida en tres dimensiones distintas:

a) Interculturalidad como movilización. b) Interculturalidad como gestión, y c) Interculturalidad como reciprocidad.¹⁰

Entendemos por **interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos.**

En este sentido, la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en salud para mejorar los perfiles negativos que presenta la población indígena pasa básicamente por la modificación de creencias,

⁸ Aguirre Beltrán, G. Antropología médica. CIESAS, México, 1996.

⁹ Menéndez, E. (1990). Op.cit.

¹⁰ Sáez, M. Programa Salud y Pueblos indígenas. Ministerio de Salud, Chile, 1999.

conductas y trato del personal institucional. Informando y formando sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso salud-enfermedad tiene la población indígena, respetando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia. De igual manera, es imprescindible entrenar al personal en acciones interculturales específicas que ayuden a mejorar la relación médico-paciente generalmente estigmatizado, rechazado y descalificado por el personal de salud, con claros tintes racistas.

También es necesario estrechar los vínculos entre los programas de salud y la comunidad en zonas indígenas, mediante estrategias que aproximen de manera complementaria las acciones sociosanitarias y el saber local a través de una verdadera epidemiología sociocultural. Nosotros partimos de la propuesta enunciada por E. Menéndez¹¹, que formula construir una epidemiología sintética, capaz de incluir tanto a la epidemiología de corte biológico como la llamada epidemiología sociocultural, de tal suerte que se acerquen la dimensión técnica de la enfermedad y la dimensión sociocultural del padecer.

También sugerimos estudiar la salud en situación intercultural a partir de tres aspectos: a) los discursos de la gente (padecer), b) las causalidades de la enfermedad y c) la realización de investigaciones acotadas en contextos locales. Todos estos aspectos de una u otra manera se encuentran en el proceso de construir una epidemiología sintética o sociocultural.¹²

PROPUESTA PARA IMPLEMENTAR LA INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Nuestra propuesta, plasmada en el **Programa de Salud para Pueblos Indígenas (PROSANI)**, considera la creación de dos figuras centrales en este entramado intercultural, la primera sería la del **facilitador intercultural** (personal institucional) que mediante capacitaciones sucesivas se transforme en **capacitador intercultural** en salud, el que tendrá como cometido impulsar lo aprendido al interior de las acciones del personal de salud.

La otra figura que consideramos importante es la del **enlace intercultural**, personal comunitario generalmente hablante de lengua indígena, que recibe capacitación intercultural en salud, para trabajar con el personal operativo y ser acompañante del enfermo en su tránsito por las unidades médicas. También será quien reporte los padecimientos de filiación cultural a la unidad médica.

Esta figura, sin duda, está al centro de toda la problemática de salud en contexto étnico, ya Aguirre Beltrán nos decía que una vez superado el problema de la lengua en el proceso terapéutico es importante implementar: “en las regiones indígenas más significativas, programas de desarrollo

¹¹ Menéndez. E. (1990). Op.cit.

¹² Bibeau G. “¿Hay una enfermedad en las Américas?”. En: Pinzón, C.E. et al. Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Instituto colombiano de Cultura-Instituto colombiano de Antropología-Comitato Internazionale per lo sviluppo del popoli, Colombia, s.f., p. 42-69.

integral que permitan el entrenamiento de personal nativo que tenga a su cargo el registro de datos de estadística vital bajo la continua vigilancia del personal técnico del programa”.¹³

Esta pretendida vinculación entre la medicina oficial y la popular, como la denominan otros autores, entre ellos Kalinsky y Arrúe, pasa necesariamente por la generación de una figura capaz de operar en situación intercultural: “Parece, más bien, que habría ciertos operadores todavía no bien reconstruidos que intermedian entre campos semánticos heterogéneos. Uno de ellos es el articulador intercultural, representado en nuestro medio por el agente sanitario. Estos articuladores permiten un uso más o menos fluido de los distintos sistemas médicos regionalmente accesibles”.¹⁴

Otras experiencias más contemporáneas, como la de M. Pedreros, nos invitan a reflexionar sobre la incorporación del enfoque intercultural en salud, en el contexto de unos servicios de salud de carácter supuestamente universal. En Chile, desde donde es más patente la diferencia, como la región Aymara, se ha impulsado la **oficina de gestión intercultural** por iniciativa gubernamental. Sin embargo, será necesaria la participación activa de población indígena, o se correrá el riesgo de fracasar.¹⁵

Desde nuestra perspectiva es fundamental crear al interior del cuerpo sanitario distintos referentes que permitan trabajar en la adecuación intercultural. Respecto del personal es importante reconocer la figura del **facilitador intercultural**, por definición todo aquel que reciba capacitación, el **multiplicador intercultural**, todo aquel habilitado para capacitar con enfoque intercultural y el **enlace intercultural**, que es el vínculo entre servicios y pacientes.

LA INTERCULTURALIDAD EN EL EQUIPO DE SALUD.

Las reuniones de grupos de expertos de la OPS han acordado la necesidad de impulsar procesos de sensibilización intercultural a nivel regional, como una forma de enfrentar la discriminación institucionalizada y el maltrato: “la difusión de información tanto técnica que encauce el trabajo directo en los niveles de decisión, como de la información accesible a la población en general, la difusión de los principios y líneas de trabajo que rigen el que hacer de la salud indígena en el marco de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de la Américas, y su evolución, presenta la oportunidad de conocer y contribuir..... al proceso de sensibilización de la Región.”.¹⁶

La sensibilización en salud intercultural de los cuadros directivos en México está rezagada respecto a los otros países de la región por lo menos 10 años, por lo que se crea un vacío de personal

¹³ Aguirre Beltrán, G., Op. cit.

¹⁴ Kalinsky B. y Arrué W., Claves Antropológicas de la Salud. El conocimiento en una Realidad Intercultural. Niño y Dávila Editores, Buenos Aires (Argentina), 1996.

¹⁵ Pedrero, M. “Interculturalidad en salud reflexiones en torno a la situación en el norte de Chile”. En: Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Saavedra (Chile), 1996.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Hacia el Abordaje Integral de la Salud. Pautas para la Investigación con Pueblos Indígenas. OPS-OMS, Washington (EUA), 1997.

institucional capacitado con enfoque intercultural capaz de sensibilizar a sus pares. Por esto es necesario incidir en la formación de un perfil de **capacitador intercultural**, que en su educación formal no contó con la mínima aproximación a los procesos socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención. Por ello se considera importante dotarlo de un conjunto de contenidos, entre los que se mencionan: a) concepción de cultura, pluriculturalidad e interculturalidad. La cultura del paciente y del personal de salud: identidad, alteridad y diversidad cultural, b) modelos y saberes médicos. La interrelación de los diferentes modelos, c) El personal de salud ante los procesos bioculturales (embarazo, parto, puerperio, alimentación, muerte en contextos indígenas), d) Las enfermedades desde un enfoque antropológico, e) La salud mental en contexto intercultural, f) La problemática del alcoholismo en comunidades indígenas, g) Investigación-acción en la medicina intercultural, g) Pautas para la construcción de una epidemiología intercultural, que le permita saber de qué enferma y muere la población indígena y sobre todo comprenda las condiciones en que ello acontece.

Desde nuestra posición consideramos indispensable invertir en los recursos humanos para sentar las bases de un **servicio de salud con sensibilidad intercultural**, que brinde atención según las necesidades de los pueblos indígenas, contribuya con acciones específicas al combate de la inequidad y aporte decisivamente en contra de la discriminación.

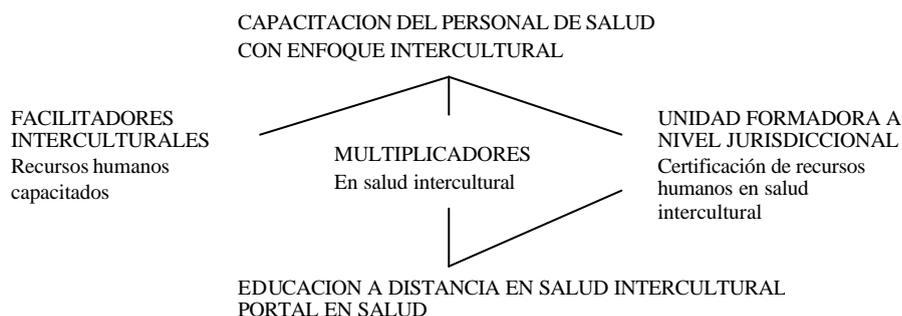
La idea que venimos impulsando en la formación de recursos humanos se ha generado a contracorriente dentro de la reforma neoliberal del sector salud. Aún con resistencias institucionales se han venido desarrollando, cursos y talleres que tienen como propósito **sensibilizar a los cuadros directivos de nivel Estatal y Jurisdiccional de la Secretaría de Salud**, para que se familiaricen, se informen y reconozcan la relevancia que tiene el manejo de contenidos interculturales en salud, y consideren su utilidad para mejorar la prestación de servicios que se brinda a la población indígena. De igual forma se ha trabajado en la formación de los responsables de la capacitación, **personal de enseñanza y promoción y educación para la salud**, para que se transformen en **capacitadores interculturales** y sean capaces de reproducir los contenidos recibidos e impulsen trabajos específicos para los grupos étnicos que están en sus áreas de influencia, es decir que se construya un gran movimiento de **facilitadores interculturales dentro de los servicios**, que favorezcan la inclusión del enfoque intercultural en todos los cursos y programas de capacitación dirigidos al personal de salud que atiende en población indígena.

La profesionalización del personal que trabaja en zonas indígenas la pensamos desde la institucionalización de la capacitación del personal de salud con enfoque intercultural, que debe ser apoyada en primera instancia por especialistas externos que capaciten de forma presencial y también a distancia, para que la capacitación continua permita una certificación de los profesionales

sensibilizados con enfoque intercultural en salud. Impulsar la formación de grupos de expertos en los tres núcleos sustantivos del sistema implica; en el nivel de la enseñanza formar multiplicadores en salud intercultural (los encargados de la capacitación), que sean capaces, de sensibilizar a sus pares que trabajan en el nivel operativo y transformarlos en facilitadores interculturales, y en un tercer nivel, fomentar la certificación de sus conocimientos, rutinas, prácticas interculturales en salud, a cargo del nivel de las jurisdicciones sanitarias. Estos tres núcleos forman parte de un proceso que tiene como cometido crear la figura de recursos humanos con sensibilidad intercultural. (Ver figura # 1)

FIGURA 1

PROFESIONALIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD



Entre las iniciativas que se vienen manejando en otros países, se ubica de forma central el proceso de capacitación o formación de los llamados recursos populares en salud. La OPS impulsa cómo propósito más amplio construir una salud con participación institucional y comunitaria en zonas pluriétnicas y explicita a detalle la concepción de un modelo que llega a las instituciones, las organizaciones indígenas y la sociedad civil.

Destaca entre sus exhortaciones, tal y como lo que venimos planteando, mejorar ... “La formación integral de los recursos humanos de la salud para que respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural de la comunidad, mediante la capacitación formal e informal, poniendo en práctica el paradigma de “aprender-haciendo” a través del intercambio de experiencias y el aprovechamiento de las capacidades teóricas y técnicas en el enfoque intercultural en salud. En este

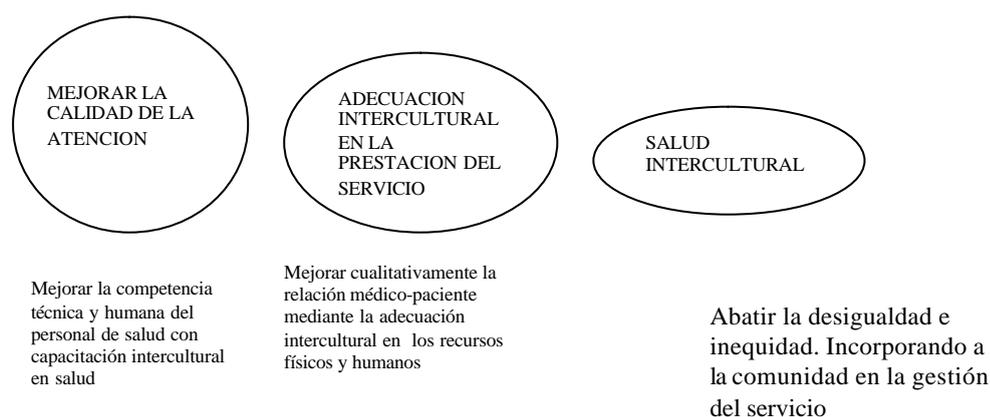
punto cabe remarcar la importancia que tiene la identificación de instituciones académicas que acompañarán el proceso que viven los pueblos indígenas en el área de la salud”.¹⁷

Si bien la capacitación con enfoque intercultural en salud puede y de hecho está impulsando un gran movimiento social en otros contextos muy similares al nuestro, no es menos cierto que todo propósito por contribuir a un gran movimiento intercultural, en y con el personal de salud, busca la mejora de la calidad de la atención, se sustenta en acciones específicas de adecuación intercultural en los recursos físicos y humanos y pretende abatir la desigualdad en salud.

La capacitación si se quiere que impacte positivamente deberá incidir en cambios importantes en la prestación de los servicios, mejorando la relación médico-paciente y paciente-institución de salud, o lo que en nuestra postura es brindar atención con sensibilidad intercultural. (Ver figura # 2)

FIGURA 2

BRINDAR ATENCION CON SENSIBILIDAD INTERCULTURAL A LA POBLACION INDIGENA



A manera de resumen; a nuestro parecer se hace necesaria la recuperación de acciones interculturales que privilegien las diferencias y criticar aquellas propuestas que buscan opacar las desigualdades socioculturales bajo una idea técnico-ideológica de cobertura universal.

A manera de conclusión, aunque no lo sea tanto, consideramos que la capacitación intercultural en salud, guiada por grupos de expertos externos al sistema de salud institucional, es imprescindible para mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo, y ulteriormente como impulso en la construcción de indicadores de calidad de la atención específicos para la población indígena.

¹⁷ OPS-OMS, 1977 Op. cit.