

V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe, 2004.

Interculturalidad: Desafíos para la Antropología Aplicada a la Salud.

Sergio Lerín Piñón.

Cita:

Sergio Lerín Piñón (2004). *Interculturalidad: Desafíos para la Antropología Aplicada a la Salud*. V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/31>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evNx/Tmd>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

¹¹ Los Consultorios consultados pertenecían a las comunas de: La Florida, Peñalolén, La Reina, Ñuñoa, Providencia, Las Condes, Estación Central, La Granja, Conchalí, Independencia.

Referencias citadas

DIDES, C. (Comp.), 2004. Diálogos Sur- Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Ar-

gentina, Colombia, Chile y Perú. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago.

RSMLAC, 2001. Anticoncepción de emergencia. Un derecho de las mujeres. *Cuadernos Informativos*.

FUNDACIÓN INSTITUTO DE LA MUJER, 2001. Actas tercer tribunal de derechos de las mujeres chilenas, Santiago.

VALDÉS, T., GUAJARDO, G. (Ed.), 2004. Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile. FLACSO-Chile, Santiago.

Interculturalidad: Desafíos para la Antropología Aplicada a la Salud

Sergio Lerín Piñón*

Resumen

La interculturalidad en salud es hoy reconocida como un tema importante por los organismos rectores en salud que en América Latina han operado fuertemente en los últimos 20 años. En México que en los cuarenta dio impulso y vio nacer importantes aportes antropológicos en este campo ha venido a la zaga de las políticas en salud que se aplican a población india en la región (OPS-OMS, 1998).

El presente trabajo busca dar cuenta del impulso que tiene la antropología aplicada en el campo de la salud-enfermedad indígena, manejando algunas referencias obligadas en nuestro medio entre las que sobresalen las experiencias peruana, boliviana y chilena, y de las grandes acciones que tratan de erradicar la gran brecha de la desigualdad existente en contextos pluriétnicos, como es la creación de áreas de salud indígena en los distintos ministerios de salud de nuestra región.

Centralmente abordamos las ineludibles posiciones y definiciones respecto a las dificultades teóricas y conceptuales que la interculturalidad impone a los distintos actores involucrados. Planteamos centralmente en este trabajo nuestra propuesta que está en curso y que trata de la incorporación del enfoque intercultural en la formación del personal de salud, en donde la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de lograr una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios en contexto indígena.

La interculturalidad: una cuestión en resurgimiento

En el caso de México, el enfoque intercultural en salud ha sido apropiado por instancias gubernamentales de salud, como la Secretaría de Salud y el ex Instituto Nacional Indigenista, en programas de capacitación a parteras, médicos tradicionales, acciones de salud materno-infantil, así como por las ONGs. Su importancia la ubicamos hacia los años cuarenta cuando surge la antropología médica como campo disciplinar de la antropología social, fuertemente influenciada por la orientación cultural-funcionalista. Para esos años, así como ahora, se buscaba indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población y mejorar sus condiciones de vida a través de la implementación de programas sociosanitarios. 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 del estado indigenista (que privilegiaba el integracionismo), cayendo en el olvido hacia los años noventa cuando el apogeo

* Profesor-investigador CIESAS D.F. Juárez 87- 14000 Tlalpan, México D.F. Mail: leps@juarez.ciesas.edu.mx

neoliberal, combatiendo el populismo, comenzó a impulsar estrategias selectivas que intentan tener un alto impacto con poca inversión en materia de salud y que son vigentes más que nunca en el presente, en una continuidad de prácticas populistas.

Sin embargo, más allá de la voluntad formulada (por el ministerio de salud mexicano) con carácter de cruzada nacional, existen barreras lingüísticas y de comunicación intercultural no tomadas en cuenta que en muchos casos juegan un papel negativo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte de los usuarios se manifiesta una resistencia al uso de los servicios y pervive una desconfianza hacia la medicina occidental, con mucha frecuencia las nociones del proceso salud-enfermedad indígena chocan y sin embargo, se complementan con los conceptos científicos que constituyen la alopatía moderna, lo que genera permanentemente relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto (Menéndez, 1990).

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 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 (1980) 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".

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 impulsados por el personal de salud. Frecuentemente existe descalificación 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 pobre-

za, 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 debe ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural 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.

En este sentido, la OPS-OMS (Op.cit.) también ubica de forma central el proceso de capacitación o formación de los llamados recursos populares en salud: "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".

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.

Presencia india y daños a la salud en la región

En diciembre del 94 a iniciativa de la ONU se instituyó el Decenio Internacional sobre los Pueblos Indígenas del mundo y se instauró el 9 de agosto como el Día Internacional de los Pueblos Indígenas. Entre los cometidos de tal iniciativa está la de comprometer a los gobiernos para que impulsen los derechos humanos, la educación, la salud, el desarrollo y acciones favorables al medio ambiente.

Actualmente se estima que alrededor del mundo existen 350 millones de indígenas que practican alrededor de 5 mil lenguas, y que la mayoría están privados actualmente de sus derechos más básicos y elementales. En América Latina, no contamos con fuentes estadísticas confiables debido a la falta de un identificador étnico; algunos estados refieren a la pertenencia lingüística y otros el reconocimiento de la propia etnicidad. Existen conteos globales como el de 1994 (que reportan cifras anteriores a los convenios internacionales). Según los mismos, México ocupa el primer lugar con 5.2 millones de indígenas, que representa el 9% de la población total; le sigue Perú, con 3.6 millones, lo que corresponde al 25% del total de la población; en tercer lugar se encuentra Bolivia con 2.8 millones (54% de su población) y finalmente, Guatemala con 2.5 millones (42% de su población total) (OMS, 1997).

Sin embargo, los conteos por país en este último decenio nos refieren cifras más altas producto de los compromisos asumidos por los Gobiernos. México, según el INEGI-CONAPO (en base al conteo del 1995) aproxima a casi 8 millones la cifra de indígenas, en tanto que CONAPO-CDI (2002) maneja de manera global que de 97.483.412 mexicanos, 12.707.000 millones son indígenas (Serrano, 2002). De manera específica da la cifra de 10.253.627 indígenas, lo cual representaría al 10% de la población, lo que hace que México sea uno de los países de América que cuenta con una alta presencia de pueblos indígenas y con una gran diversidad étnica. A pesar de esta situación, los indígenas cuentan con una escasa representación en los órganos de gobierno.

En el caso peruano que aplica el identificador hablante de lengua indígena (HLI), se reporta para 1993 que existen 3.177.938 hablantes de quechua y 440.380 de aymara, a lo que hay que agregar otras lenguas minoritarias y un porcentaje de población que no reporta su lengua materna aunque viva en zonas indígenas, lo que suma un total de 3.868.471 de hablantes (HLI) (Ministerio de Salud de Perú, 2002).

En Bolivia las cifras en el conteo del 2001 se dispararon al igual que en el caso mexicano y de 8.274.325 habitantes censados, se reportó que el 57% eran indígenas. Un 30.7% se autodefinía como quechua, un 25.23% como aymara y el 44% restante con otros grupos minoritarios (Ministerio de Salud de Bolivia, s.f.).

La diversidad evidente entre la población indígena se refleja en la existencia de más de 60 lenguas, agrupadas en familias lingüísticas y enriquecidas con un abanico de variantes dialectales en los diferentes grupos etnolingüísticos. Más del 80 por ciento de los indígenas

habla una de las doce lenguas: nahuatl, con 1.4 millones (23.9%), maya (13.2%), zapoteco (7.5%), mixteco (7.4%), tzotzil (4.9%), otomí (4.8), tzeltal (4.7), totonaca (4.0%), mazateco (3.2%), chol (2.7%), huasteco (2.5%) y mazahua (2.2%) (INEGI, 2000a).

Actualmente, las condiciones de salud de los 12 millones de indígenas mexicanos 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, la influenza y la neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) de la nacional (9%) (INEGI, 2000 b). Los diferenciales más importantes en cuanto a causas de mortalidad se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional, las diarreas y la mortalidad materna, tres veces más altas que a nivel nacional. Como se sabe la mayor mortalidad de la población indígena se registra en los primeros años de la vida; la tasa de mortalidad infantil, aunque descendió considerablemente entre 1990 y 1995, al pasar de 60.9 a 48.3 defunciones en menores de un año por cada mil nacidos vivos (n.v.), aún en esta última fecha duplicaba la tasa nacional. 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); 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 (CONAPO, 1998).

En Perú para 1996 se estima que el 65% de su población dependía de los servicios públicos y de éstos el 25% no tenía posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio. La mortalidad materna registrada en área urbana era de 203 y en el área rural, el doble con 448.

En tanto que la mortalidad de menores de 5 años fue de 59 por 1 000 n.v. y la tasa infantil de 43 por 1 000 n.v. siendo en el área rural donde se registran más muertes con el 58%. Existen registros dramáticos como el de la población de Huanacavelica en donde se registró la mortalidad más alta tanto en menores de 5 años que es 145 por 1.000 n.v. y la tasa infantil de 109 por 1 000 n.v., en tanto que en la ciudad de Lima la cifras correspondientes fueron de 31 y 26 respectivamente (Ministerio de Salud de Perú, Op.cit.).

Bolivia es uno de los países con mayores niveles de pobreza extrema la que afecta al 58% de la población. El INE en 1994 estimaba que las mujeres indígenas tienen 3.2 veces más riesgo de morir por tener un hijo que las mujeres que viven en zonas urbanas: "Para el hijo de una mujer Quechua que vive en el área rural dispersa la probabilidad de morir antes de los 2 años es 5 veces mayor que para el hijo de una mujer de habla castellana. En líneas generales las tasas de mortalidad infantil en el área rural son de 1.9 veces más altas que el área urbana. La misma disparidad se manifiesta en la desnutrición crónica, encontrándose que para menores de 3 años la frecuencia es de 18.3% mientras que para el área rural es de 35.6%, prácticamente el doble" (Ministerio de Salud de Bolivia, Op.cit.).

En Chile, la mortalidad infantil a nivel nacional fue de 17,1 por 1.000 n.v. comparada con 20.6 en las comunidades indígenas (UFRO indígena, 1988) (OPS, 1997).

Para México, en zonas atendidas por equipos de salud itinerantes (ESI), 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, producto que las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, tener hijos e hijas con bajo peso al nacer o prematuros (SSA, 2000). Las mujeres indígenas pertenecen a los sectores 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.

La interculturalidad en el sistema de salud institucional

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 debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de aquellas culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante. 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, 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 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.

Entre las razones y los motivos del por qué es necesaria modificar las conductas del personal de salud en contexto indígena sobresalen: a) El conocimiento técnico de la salud-enfermedad generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena; b) El personal de salud que trabaja en zonas indígenas generalmente desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad así como de sus prácticas de atención; c) La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico-paciente en zonas indígenas es más común de lo que suponemos; d) El personal de salud frecuentemente descalifica las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad.

Las acciones para construir una salud intercultural transitan de forma ambigua entre una clara descalificación y una forzosa 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 ante el manejo de uso corriente de tal terminología tanto por la antropología como por las ciencias aplicadas a la salud.

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.

En el campo antropológico, el Dr. Aguirre Beltrán (1980) 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 (Op.cit.).

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.

Para la OPS-OMS (Op.cit.), 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. Definición rectora con la que estamos parcialmente de acuerdo en términos del “deber ser” pero no en términos de proceso en donde la interculturalidad contiene aspectos conflictivos y en permanente cambio.

En Perú, el Ministerio de Salud incluye la interculturalidad y el enfoque de género como estrategias prioritarias de las acciones que se dirigen a los grupos más vulnerables como son el campesinado tradicional e indígena. Uno de los objetivos centrales de sus acciones es: “Contribuir a elevar la calidad de vida de las poblaciones afectadas por el conflicto armado, a través de una atención integral en salud mental, con énfasis en el abordaje psicosocial, con un enfoque intercultural y de género, que sea producto de un trabajo conjunto y comprometido del sector salud, las instituciones en general y la comunidad” (Ministerio de Salud del Perú, Op.cit.).

Otra propuesta que incluye la interculturalidad es el programa EXTENSA de Bolivia que en su inciso 5.2 titulado Equidad intercultural y la política nacional en salud, explicita con mucha claridad la utilidad del enfoque intercultural en salud: “La nueva política en salud establece acciones firmes a favor de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, no sólo desarrollando acciones en salud específicas para los más desprotegidos o reorganizando los servicios de salud alrededor de los mismos, sino que se ha impuesto como meta principal profundizar la descentralización y la participación comunitaria, creando espacios en los cuales la comunidad participe y decida aspectos trascendentes de los procesos de diseño, implementación y control de acciones en salud” (Ministerio de Salud de Bolivia, Op.cit.).

Una propuesta más que nos parece sumamente enriquecedora es la que viene impulsando el Ministerio de Salud de Chile, según la cual la interculturalidad debe ser reconocida en tres dimensiones distintas: a) Interculturalidad como movilización. Proceso de acercamiento donde el equipo de salud convoca a las comunidades, y moviliza recursos en la perspectiva de dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino que responde activamente a un llamado externo; b) Interculturalidad como gestión. Proceso en que representantes de la comunidad como facilitadores interculturales participan en la ejecución de acciones en salud (orientación dentro del hospital, conexión con la familia); c) Interculturalidad como reciprocidad. Proceso en donde la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común. Requiere de una respuesta activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas (Sáenz, 1999).

En nuestra opinión (**nuestra definición**), y en el contexto del resurgimiento de la salud intercultural, impulsada por antropólogos y no antropólogos en las instituciones de salud, en las ONG's y en medios académicos, es imprescindible definir la interculturalidad en salud recuperando las propuestas más integrativas y propositivas sin omitir los procesos de choque y conflicto cultural que se presentan.

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, nuestra propuesta pasa por reconocer los límites del enfoque cultural funcionalista y recuperar críticamente que los recursos populares en salud son parte del primer nivel de atención al cuidado a la salud. 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 imprescindible 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. Menéndez (Op.cit.) que propone 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.

Por su parte, Bibeau (s.f.) propone 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.

Dado que en materia de calidad de la atención se busca incrementar la utilización de los servicios de salud y la satisfacción del usuario, se hace imprescindible la incorporación de la dimensión intercultural en la detección de problemas de salud y el diseño de las intervenciones, incluyendo la participación de la población indígena.

La institucionalización de la interculturalidad en salud en México

Nuestra propuesta para llevar a la práctica acciones que contribuyan a abatir los grandes rezagos entre la población indígena, pasa inevitablemente por la profesionalización del personal de salud a través de la capacitación intercultural, con la que se pretende modificar la percepción y hábitos negativos de los prestadores de servicios. Tenemos muy claro que ninguna capacitación puede ser vista como causa- efecto de un buen trato a la población indígena, sino más bien como el inicio de un conjunto de acciones que se deben gestar al interior de los servicios, con el principal objetivo de fomentar un cambio intercultural en el personal del salud y no esperar que sea solo el usuario indígena al que se dirijan acciones integracionistas.

Por lo anterior los grandes retos de la capacitación intercultural en un nivel de generalidad son: a) Que el enfoque intercultural sea incorporando en los programas normales de capacitación del personal de salud que trabaja en zonas indígenas para el mejoramiento cualitativo de la relación médico-paciente; b) Impulsar la adecuación intercultural de la gestión de los servicios, en lo físico y técnico; c) Que los valores sociales y

culturales del proceso salud-enfermedad-atención en contextos pluriétnicos sean reconocidos como potencialmente útiles por el personal de salud; d) Sentar las bases para brindar servicios de salud según las necesidades de los pueblos indígenas abatiendo así la inequidad en salud y contribuyendo al combate a la discriminación; e) Lograr que el enfoque intercultural adquiera el rango de política de salud; f) Formar recursos humanos de excelencia que aspiren al logro de la equidad en salud.

Nuestra propuesta considera a 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 (Op.cit.) 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 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".

Esta pretendida vinculación entre la medicina oficial y la popular, como la denominan otros autores, entre ellos Kalinsky y Arrúe (1996) 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".

Otras experiencias más contemporáneas, como la de M. Pedrero (1996) nos invita 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 **ofici-**

na de gestión intercultural por iniciativa gubernamental. Sin embargo, será necesaria la participación activa de población indígena, o se correrá el riesgo de fracasar. Desde tiempo atrás la OPS viene enunciado, a través de reuniones de grupos de expertos, 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 quehacer 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" (OPS-OMS, Op.cit.). La sensibilización en salud intercultural de los cuadros directivos y aplicativos en México está rezagada respecto a los otros países de la región por lo menos 20 años. 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.

La propuesta que estamos impulsando en el Programa de Salud y Alimentación Indígena (PROSANI) respecto de 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 está trabajando en la formación de los responsables de la capacitación, **personal de enseñanza y promoción, y educación a la salud que trabajan en las jurisdicciones sanitarias**, 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.

Al personal operativo, médicos, enfermeras, auxiliares de salud de Equipos Itinerantes, Unidades fijas, técnicos en atención primaria etc., que son parte de la cobertura de servicios que llega a la población más dispersa, que menos tiene y que reporta los niveles más negativos de salud, también se les está capacitando con este enfoque ya que son los encargados y responsables directos del trato digno a esta población.

Comentario final

A manera de resumen, consideramos que la capacitación intercultural dirigida hacia el personal de salud es una de las acciones más importantes para gestar cambios en la salud de las zonas indígenas de la Región. Mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo, y ulteriormente dar un impulso en los cambios necesarios en la gestión de los servicios, no es cuestión sólo de voluntad, sino de una adecuada formación de personal especializado en salud con orientación intercultural.

En un contexto de recorte presupuestal a la salud y la educación impuesto por los organismos internacionales, la interculturalidad en salud debe ser recuperada desde una lectura crítica de sus antecedentes, en términos de logros, conflictos y fracasos de los años 40 hasta los 70, que privilegiaron el cambio del "otro" (indígena) en aras de su integración al desarrollo. Omitir las experiencias interculturales por su orientación cultural funcionalista o por una especie de inmediatez que privilegia la acción, es no reconocer que en el proceso de salud-enfermedad-atención se están operando, produciendo y reproduciendo valores no sólo técnicos sino también socioculturales, que son materia de todo enfoque intercultural.

Bibliografía

- AGUIRRE BELTRAN, G., 1980. *Programas de salud en la situación intercultural*. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México.
- BIBEAU, G., s.f. ¿Hay una enfermedad en las Américas?. En *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, C. E. Pinzón et al., pp. 42-69, Instituto colombiano de cultura-Instituto colombiano de antropología-Comitato internazionale per lo sviluppo del popoli, Colombia.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (CONAPO), 1998. *La situación demográfica de México*. CONAPO, México.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI), 2000 a. *XII Censo general de*

población y vivienda, 2000. INEGI, México. Disponible en: www.inegi.gob.mx

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI), 2000 b. *Cinta de mortalidad promedio 1998-1999*. INEGI, México. Disponible en: www.inegi.gob.mx

KALINSKY, B. y W. ARRUE, 1996. *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento de una realidad intercultural*. Niño y Dávila Editores, Buenos Aires.

MENENDEZ, E. L., 1990. *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México.

MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA, s.f. *Programa nacional EXTENSA*. Disponible en: www.sns.gov.bo

MINISTERIO DE SALUD DE PERU, 2002. *Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012*. Disponible en: www.minsa.gob.pe

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 1997. *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*. OMS, Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 1997. *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales. Organización y previsión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. OPS, Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS-OMS), 1997. *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. OPS-OMS, Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS-OMS), 1998. *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. OPS-OMS, Washington.

PEDRERO, M., 1996. *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.

SAENZ, M., 1999. *Programa Salud y Pueblos Indígenas*. Ministerio de Salud, Chile.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA), 2000. *Programa de Acción: salud reproductiva*. SSA, México.

SERRANO, E. (coord.), 2002. *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*. INI-PNUD-CONAPO, México.