

HABILIDADES INTERCULTURALES PARA EL TRABAJO COMUNITARIO

- ¿Qué hay, muchachos, les probaron las medicinas?
El padre permaneció mudo, tratando de encontrar buenas palabras:
-Sí, semos amejoraditos...
-¿les quedan pastillas? –inquirí
El hombrecito, por toda respuesta, separó el cuello de su camisa para mostrarnos un collar de comprimidos de quinina bermejos y brillantes (...)
El mal ya no se nos acerca.- informó el hombre-,
le tiene miedo al sartal de piedras milagrosas.
(El ceniztle y la vereda)
Fernando Rojas.

Por: Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte.*

Resumen: Se habla sobre la interculturalidad como una estrategia que apoya y enriquece el trabajo comunitario de prevención y promoción de la salud. Para fundamentar esta propuesta se caracteriza la salud como un proceso social en cuya significación interviene la cultura, entendida como los usos, las costumbres, el lenguaje y las creencias que comparte un grupo social y que conforman una cosmovisión del mundo. Se aborda el desencuentro que tiene lugar entre los profesionales de la salud y la población, debido a obstáculos culturales y se propone desarrollar habilidades interculturales como estrategia para afrontar dichos obstáculos y extender los beneficios del modelo biomédico de atención a un mayor número de personas.

Se enfatiza así la noción de subjetividad, como elemento clave para conocer la percepción de las personas acerca de la salud, la forma en la que la procuran y evitan la enfermedad; y se proponen algunas técnicas metodológicas para su comprensión.

Palabras clave: *interculturalidad, salud, promoción, prevención, subjetividad*

Abstract: We talk about multiculturalism as a strategy that supports and enriches the community promotion work of prevention and health. Health as a social process in support of this proposal whose the uses and significance intervenes culture understood, customs, language and beliefs. That shares a social group and form a worldview it is characterized. The mismatch that takes place between health professionals and the population, due to cultural barriers and aims to develop intercultural skills as a strategy to face these obstacles and extend the benefits of the biomedical model of care to a greater number of people is addressed.

the notion of subjectivity is thus emphasized as a key element to know the perception of people about health, the way in which the attempt and prevent disease; and some methodological techniques for understanding proposed.

Keywords: *multiculturalism, health promotion, prevention, subjectivity*

El trabajo comunitario, desde el ámbito en el que éste se desarrolle, demanda un conjunto de habilidades, herramientas y conocimientos que contribuyen al cumplimiento de las metas establecidas. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son campos fértiles para la acción comunitaria, ya que el desarrollo comunitario, estrategia base de la promoción de la salud (Fawcett, Paine, Francisco y Vliet, 1993; OMS, 1978), se logra a través de la participación permanente y comprometida por parte de las personas.

Este punto de vista parte de una noción amplia de participación (Cerqueira y Mato, 1998; De Keijzer, 1993), que no se limita al uso de programas y servicios, diseñados desde el nivel central del sector, sino que implica la participación activa de las comunidades en la identificación de prioridades, implementación de acciones, evaluación y seguimiento.

Para dar voz a los actores que participan en este proceso, para escuchar a las personas, hombres y mujeres, que viven en las comunidades y saber acerca de sus padecimientos y preocupaciones relacionadas con la salud, debemos valernos de herramientas y habilidades que propicien la comunicación abierta y faciliten el cumplimiento de metas a través de la suma de esfuerzos. Estas herramientas deben ser sensibles a la subjetividad, pues es ésta la que expresa el sentir de quien habla, refleja valores y nociones culturales, que nos permiten entender por qué la gente hace lo que hace en relación al cuidado de su salud y nos permite diseñar acciones con sentido (significado) para las personas, de manera que al resultarles significativas, puedan comprometerse con los comportamientos que procurarán su salud. En otras palabras, partiendo del hecho de que en la sociedad nos conducimos con diferentes valores, lo que hace que construyamos diferentes nociones de salud y de enfermedad, debemos desarrollar habilidades interculturales que nos permitan acercarnos a los demás, de una forma incluyente y respetuosa para que las acciones de promoción y prevención tengan un impacto mayor sobre la población que queremos beneficiar.

La salud como un proceso más que un estado físico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, de esta definición se ha dicho por un lado, que se trata más de un deseo que de una realidad, ya que el completo bienestar es difícilmente alcanzable y por otro lado, es una definición estática, ya que pueden existir diferentes grados de salud positiva (Salleras, 1988).

La percepción de la salud tiene que ver con muchas cosas, no sólo con las condiciones físicas que cada persona presenta, es más, la misma condición física puede dar lugar a una percepción diferente del estado de salud. Lo anterior se debe a que las creencias, los valores culturales y el propio contexto de vida definen para las personas, lo que es estar sano y lo que es estar enfermo. La salud entonces se torna un concepto relativo a las circunstancias sociales y a lo que para cada persona resulta relevante o significativo.

La noción de lo que es salud, se vuelve así una construcción social en la que participa de forma importante el sistema de creencias que un grupo comparte, este sistema de creencias se convierte en un cristal a través del cual se interpreta el mundo cotidiano y en cuestiones de salud, dice DiNicola (1994), es en gran medida responsable de la respuesta a los síntomas, la utilización de servicios de salud y la adherencia al tratamiento. Por sistema de creencias, entiende este autor, el conjunto de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud. Este conjunto no tiene necesariamente una fundamentación científica, lo que no significa que sea erróneo (íbid.). De manera que las creencias no tienen magnitud y algo muy importante, no pueden considerarse como falsas pues sería una contradicción, en tanto que creencias, son ciertas para la persona que las tiene.

Una tradición de la cosmovisión indígena mesoamericana por ejemplo, se basa en la dualidad frío-caliente para construir la noción de la salud y la enfermedad, así el

cuerpo humano sano mantiene cierto equilibrio entre ambas cualidades, cuando éste es perturbado se manifiesta una enfermedad; algunos alimentos y elementos naturales pueden contribuir a este desequilibrio (Almaguer y Mas, 2009; Biblioteca Digital, 2009; Díaz, Pérez, González y Simón, 2004). Detrás de esta noción se ubica la visión integral del cuerpo, cuyo concepto integra el cuerpo, la mente y el espíritu (Guzmán y Camacho, 1990). De esta cosmovisión se deriva toda una práctica terapéutica acorde con estos conceptos, así como también el modelo de atención en salud, bajo el cual se organizan los servicios actuales de atención a la salud se basa en una perspectiva biomédica, dos de cuyas características son la medicalización y el biologicismo técnico e ideológico (Menéndez, 2003).

El desencuentro cultural entre usuarios y prestadores de servicios

El profesional de la salud (médicos, enfermeras, promotores) tiene múltiples formas de contacto con la población dependiendo del tipo de actividad y responsabilidades dentro de una institución académica o de salud. En el sistema de salud en México, la atención a la salud se brinda a través de la prestación de servicios en lugares específicos diseñados para tal fin (centros de salud, unidades móviles, hospitales, clínicas), a donde la población acude a recibir atención. La relación prestador de servicios-población no siempre se favorece por diversas razones de índole variada; factores económicos como el gasto de bolsillo; organizacionales como el horario de atención y los tiempos de espera; sociales como el soporte familiar y el género; geográficos como la distancia y culturales como la lengua y la cosmovisión sobre la salud y la enfermedad influyen de forma importante en este encuentro (Mendoza, 2001).

Dentro de los factores culturales ubicamos el lenguaje de las personas; el lenguaje es el medio a través del cual expresamos nuestras ideas, nuestros afectos, nuestras necesidades, es el medio que nos permite comunicarnos con los otros. El lenguaje es el sistema simbólico más importante, a través del cual se conoce y comparte una realidad social (Berger y Luckman, 1991), es así que las expresiones verbales, al manifestar un conjunto de creencias, nos dan cuenta de los significados que las personas asignan a determinados eventos.

Cuando el prestador de servicios de salud habla una lengua diferente a la de los usuarios, como ocurre en muchas regiones indígenas del país, se produce un desencuentro entre ambos, una brecha cultural se hace presente, dificultando y en ocasiones haciendo imposible, la comunicación entre ambos. Si a esto agregamos percepciones distintas sobre el proceso salud-enfermedad-atención, que incluye terapéuticas diferentes y acciones preventivas distintas, la brecha llega a ser tan profunda que se convierte en un obstáculo infranqueable para recibir atención en salud.

La interculturalidad en salud

Para hacer frente a obstáculos culturales como los que mencionamos, se requiere de una postura, política y operativa, flexible y que tome en consideración estas diferencias culturales para transformarlas en oportunidades para la acción conjunta. Esta postura es la que encontramos precisamente en la perspectiva intercultural.

Para definir la interculturalidad partimos de que en este concepto se asume una *relación* entre grupos y personas de culturas distintas, aspecto que no necesariamente está presente en las nociones de multi y pluriculturalidad, que reconocen la presencia de diversas culturas en una sociedad pero no promueven en sí mismas *la interacción*. Así, la interculturalidad es algo más que la suma de culturas, asume una relación desde posiciones sociales iguales, encaminada al mutuo enriquecimiento de las culturas (Cunningham, 2002; Schmelkes, 2001). Decimos entonces que esta noción asume la diferencia entre las culturas y/o grupos sociales, pero con el fin de propiciar un intercambio, la interculturalidad implica entonces, aprender de las diferencias para remover las distancias culturales que dificultan la comunicación; aunque generalmente nos referimos a las poblaciones indígenas cuando hablamos de interculturalidad, esta noción no se limita a ellas, implica la interacción de grupos que comparten códigos culturales diferentes, pueden ser indígenas o no.

En la sociedad en la que vivimos existen profundas asimetrías entre los grupos sociales, es decir, los vínculos entre unos y otros se establecen a partir de posiciones

distintas de poder, hay unos grupos que están más desfavorecidos que otros, social, económica y políticamente hablando, entre ellos se encuentran por ejemplo minorías como los migrantes, los adultos mayores o los indígenas. Un enfoque intercultural implicaría entonces buscar estrategias que permitan la relación de migrantes y no migrantes, o de mestizos e indígenas, partiendo de una posición de igualdad, estas estrategias pueden darse desde ámbitos distintos, la educación y la salud son sólo algunos.

En el ámbito de la salud la interculturalidad se define como el conjunto de acciones basadas, en primer lugar, en la toma de conciencia de la cultura del paciente o usuario de servicios de atención a la salud para poder, a partir de la comprensión, incorporarla en el proceso de atención de salud (Carreazo, 2004).

Aunque existen diversos enfoques de interculturalidad en salud (Cunningham, 2002), en este documento no haremos énfasis en ninguno de ellos, nos referiremos más bien a las estrategias que el profesional de la salud puede desarrollar para promover un acercamiento intercultural con poblaciones con culturas diferentes.

El papel de la subjetividad para propiciar la interculturalidad en el trabajo comunitario

Las estadísticas en salud informan acerca de la magnitud de los problemas, cuántos casos nuevos se han presentado, cuántos decesos ha habido, cuál es el perfil epidemiológico de una comunidad. No obstante, los números no nos dicen nada acerca de lo que las personas hacen para procurar su salud y mucho menos sobre las razones que los motivan. Esto corresponde al ámbito de lo subjetivo, de lo personal que es también social.

Explorar lo que las personas perciben en relación a la salud, nos ayuda a identificar prácticas que desde el modelo biomédico no se consideran como preventivas, cuando en realidad están jugando este papel entre la población, con ello me estoy

refiriendo por ejemplo al uso de ojos de venado, listones rojos y otro tipo de objetos que en su papel de amuletos espantan las malas vibras y previenen la enfermedad.

Así que para hacer un diagnóstico de salud comunitario, es tan importante revisar las estadísticas, como conocer la cultura del grupo (Castañeda, Langer y García, 1995), saber cuáles son sus problemas de salud, incluyendo aquellas enfermedades de filiación cultural que quedan fuera cuando utilizamos instrumentos normativos de registro.

Las acciones de salud, y sobre todo las actividades de promoción y prevención a las que hacíamos referencia al inicio de este capítulo, desde una perspectiva intercultural implica la transformación del paradigma del modelo médico hegemónico que establece con la población una relación asimétrica (de hegemonía/subordinación) para incorporar la participación activa de ésta, a través de condiciones como las señaladas por Madariaga (2008), de diálogo, respeto y confianza, que incentiven esta participación, esta debería ser la logística del trabajo comunitario con enfoque intercultural.

Un elemento fundamental que está presente en la definición de interculturalidad en salud es la toma de conciencia de la cultura del usuario. Muchas son las herramientas metodológicas que nos permiten conocer acerca de la cultura en relación a la salud, autores como González y Hersch (1993) propusieron explorar las plantas medicinales que una comunidad utiliza a través de un estudio etnobotánico y estableciendo una relación con el tipo de padecimiento al que suelen estar asociadas, contribuyeron a la construcción de lo que llamaron el perfil epidemiológico sociocultural de la comunidad, en este sentido, las plantas medicinales de uso en las localidades pueden ser utilizadas como indicadores indirectos de la morbilidad del lugar. Estrategias como estas nos permiten identificar situaciones de riesgo y enfermedad que epidemiológicamente no suelen definirse como necesidades de atención (ibíd.) y diseñar estrategias de intervención donde estas situaciones queden integradas.

La entrevista es otra herramienta metodológica cuya información nos permite comprender la cultura de determinado grupo social. La entrevista cualitativa es un encuentro cara a cara entre la persona que la conduce y el informante, esta técnica de recolección de información se dirige "... hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras..." (Taylor y Bogdan, 1986, p.101). Se basa en una guía temática que permite al entrevistador conducir al informante hacia aspectos relevantes o de interés para él, en ningún caso estamos hablando de una lista de preguntas que deban aplicarse de igual forma a todos los informantes, al tener claro los temas a explorar el entrevistador puede preguntar de diferentes maneras o generar preguntas a partir de lo que el informante está comentando y profundizar sobre ciertos aspectos, de manera que estamos hablando de un instrumento que se puede ir transformando en campo, ya que la flexibilidad es precisamente una de las principales características que definen el diseño cualitativo (Mendizábal, 2006).

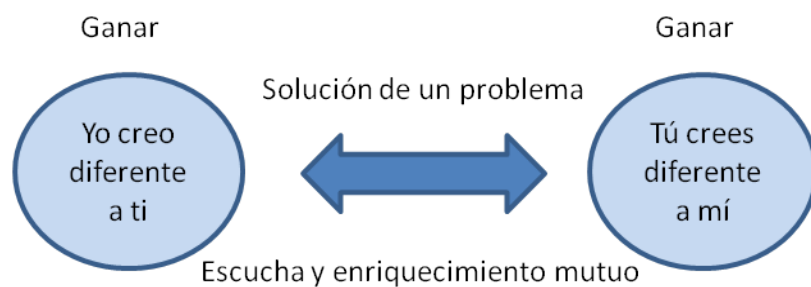
En el campo de la salud, esta técnica resulta de gran utilidad para saber qué piensan las personas sobre la enfermedad, los riesgos a la salud que identifican, las necesidades que expresan, la manera como resuelven sus problemas de salud; a partir de ello podemos comprender cómo se da el proceso salud-enfermedad-atención.

Vistas de esta forma, estas técnicas se convierten en instrumentos para desarrollar habilidades interculturales, pues a partir de la comprensión de estos aspectos culturales que hemos mencionado, se puede propiciar una mejor comunicación.

En el caso de los pueblos originarios, uno de los principales obstáculos culturales que diversos autores han señalado (Almaguer y Mas, 2009) entre los prestadores de servicios de salud y la población, es la lengua. Los profesionales de la salud no suelen ser originarios de las comunidades donde prestan sus servicios y por tanto, lo común es que no hablen la lengua materna local; gran parte de la población indígena usuaria suele ser monolingüe, de manera que unos y otros encuentran

problemas para comunicarse ya que no comparten el mismo código lingüístico, haciendo imposible la tarea diagnóstica y terapéutica.

Para enfrentar éste y otros obstáculos culturales que dificultan el encuentro entre la población y el profesional de la salud, es necesario ir más allá del solo reconocimiento de la diversidad cultural. Para hablar de habilidades interculturales, la sensibilidad frente a las diferencias es necesaria pero no suficiente, nos debe conducir a conocer más acerca del “otro” que se presenta distinto a “mi”, esta sensibilidad parte del reconocimiento de que “lo que yo creo, lo que yo conozco, lo que yo hago”, responde a mi percepción de la realidad en la que se definen mis valores sobre la vida, de manera que mi visión no es de ninguna manera la única posible; existen otros puntos de vista que debo tomar en cuenta cuando deseo establecer una relación con alguien y sobre todo, debo tomarlo en cuenta si deseo hacer algo que le ayude a sentirse mejor, con la actitud de que puedo aprender de esa interacción. Esta idea queda expresada en el modelo de negociación intercultural que presentan Almaguer y Mas, (2009), donde ambos actores se benefician (ganar-ganar) del intercambio, como se observa en el siguiente esquema:



Fuente: Almaguer, A., y Mas, J. (coord.). (2009). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México, D.F.: UNAM/SSA.

Esta es la esencia de la perspectiva intercultural y la sensibilidad de la que se habla aquí, es parte de lo que algunos autores han llamado “competencia cultural” (Betancourt, 2006; Kleinman y Benson, 2006), que es precisamente la habilidad de comprender actitudes, creencias, valores y comportamientos de los

pacientes, de manera que su integración en la práctica profesional se convierte en un medio para elevar la calidad de la atención. Esta competencia es la que todo profesional de la salud debe desarrollar para propiciar el encuentro y la comunicación, elementos por los que la perspectiva intercultural aboga. Si esto es cierto para la práctica clínica que tiene lugar en un espacio específico como son los servicios de salud, con mayor razón es una habilidad que se debería desarrollar para el trabajo en comunidad, ya que el contacto con la población es aún más estrecho en este último escenario.

Si partimos del hecho de que México es una nación multicultural, la interculturalidad en salud es una estrategia tan útil como necesaria para derribar las barreras culturales que sistemáticamente ha impedido el intercambio práctico y de saberes entre la medicina biomédica y la tradicional. El profesional de la salud cuyo ámbito de acción se centra en el trabajo comunitario, incluyendo la Atención Primaria de la Salud, debe desarrollar habilidades de acercamiento con la población desde un enfoque intercultural, para lograr la participación activa y responsable de ésta, en el marco del respeto mutuo, la confianza y la reciprocidad. Sólo así se vencen las distancias culturales que se erigen, además de otras, como barreras para lograr la equidad en salud.

REFERENCIAS

Almaguer, A., y Mas, J. (coord.). (2009). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México, D.F.: UNAM/SSA.

Betancourt, JR. (2006). Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med*, 81(6), 499-501.

Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. (2009). Consultado el 12 de noviembre de 2010, de <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=fr%C3%ADo-calor>

Carreazo, J. (2004). Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. *Paediatrica*, 6(2), 101-107.

Castañeda, X.; Langer, A. y García, C. (1995). Significados y significantes de la fertilidad. Pertinencias de la metodología cualitativa en salud pública. En G. Nigenda y A. Langer (eds.), *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Perspectivas en salud* N° 20. (pp. 79-98). México: INSP.

Cerqueira, MT, y Mato, D. (1998). Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud. En JA. Haro y B. de Keijzer. (comp.). *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. (pp. 21-63). México: El Colegio de Sonora.

Cunningham, M. (2002). Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua. OPS/OMS, Washington, DC.

De Keijzer, B. (1993). Participación popular en salud: logros, retos y perspectivas. En E. Menéndez y J. García de Alba. (comp.). *Prácticas populares, ideología médica y participación social*. (pp. 231-253). Guadalajara: U. de. G. y CIESAS.

Di Incola, P. (1994). Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud. En P. Donati. *Manual de sociología de la salud*. (pp. 33-47). Madrid: Díaz de Santos, S.A.

Díaz Mujica, A., Pérez Villalobos, MV.; González Parra, C. y Simón, JW. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental [versión electrónica]. *Cienc. enferm.*, 10(1), 9-16.

Fawcett, S.B., Paine, A.L., Francisco, V.T., y Vliet, M. (1993). *Promoting health through community development*. En D. Glenwick y L.A. Jason. (eds.). *Promoting health and mental health: Behavioral approaches to prevention*. (pp. 233-255). Nueva York: Haworth Press.

- González, L., y Hersch, P. (1993). Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Pública de México*, 35, 393-402.
- Guzmán, CE., y Camacho, R. (1990). El concepto del cuerpo en medicina tradicional. *Nematihuani. Revista de psicología y ciencias sociales*, 8, 23-26.
- Kleinman, A., Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med.*, 3(10), e294.
- Madariaga, C. (2008). Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico. *Reflexión* N° 36, ediciones CINTRAS. Santiago.
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino. (coord.) Estrategias de investigación cualitativa. (pp. 65-105). Barcelona: Gedisa.
- Mendoza, R., y Sassi, J. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, 17(4), 819-832.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma Ata 1978: Primary Health Care*. Ginebra: OMS.
- Salleras, L. (1995). La salud y sus determinantes. *Anthropos*, 118/119, 32-39.
- Schmelkes, S. (2001). Intercultura y educación de jóvenes y adultos. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*. Número especial de aniversario.
- Taylor, SJ. y Bogdan, R. (1986). La entrevista en profundidad. En SJ. Taylor y R. Bogdan. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. (pp. 100-132). España: Paidós.