

HACIA UNA TIPOLOGÍA DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD: ALCANCES, DISPUTAS Y RETOS

Ana Rita Castro*

RESUMEN. Con el objetivo de ofrecer insumos teóricos-conceptuales se analiza el término de interculturalidad a un nivel general y de forma amplia, siguiendo de cerca la propuesta de las perspectivas que plantea la autora Catherine Walsh. A partir de este análisis y de la revisión bibliográfica disponible sobre salud intercultural en la región de América Latina se construyen tres enfoques sobre la interculturalidad en salud y se precisa por cada uno, sus alcances y limitaciones. Por último, se concluye que es la interculturalidad crítica en salud, la postura más esperanzadora, que plantea una superación entre interculturalidad y desigualdad social y que permite transitar hacia horizontes de acción y transformación en las condiciones de vida de los pueblos y comunidades indígenas.

PALABRAS CLAVE. Interculturalidad, salud, desigualdad, inequidad, indígenas.

TOWARDS A TYPOLOGY OF INTERCULTURALITY IN HEALTH: SCOPE, DISPUTES AND CHALLENGES

ABSTRACT. With the goal to provide theoretical and conceptual inputs the term “interculturality” is analyzed on a general level and in broad manner, closely following the proposed perspec-

* Profesora y responsable del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la UNAM. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la UAM-Xochimilco. Correo electrónico: castroanarita@gmail.com

tives of the author Catherine Walsh. Parting from this analysis and the bibliographic revision of different intercultural health experiences in the region of Latinamerica, three approaches on interculturality in health are constructed, specifying for each one of them it's scope and limitations. Lastly, concepts like poverty, inequality and exclusion are applied and it is noted that there must be a relationship between interculturality and social inequality in the health field, which will allow the transition to the possibilities of action and transformation of the living conditions of indigenous people and communities.

KEY WORDS. Interculturality, health, inequality, indigenous people.

El análisis de la interculturalidad y sus repercusiones en el área de la salud pública aún está lejos de agotar su debate. Dentro del complejo campo de la salud¹ es una tarea que con frecuencia suele convocar a quienes trabajan diferentes fenómenos de salud y enfermedad en territorios con presencia de pueblos y comunidades indígenas.

El discurso y prácticas en torno a la interculturalidad en salud o más bien cómo suele llamársele “salud intercultural” no surge espontáneamente o de forma fortuita. Parece existir un consenso en este sentido, que forma parte del modelo neoliberal, que desde las últimas 5 décadas se emplazó en algunos países de América Latina.

No obstante, justamente para repensar el concepto de interculturalidad en salud es importante analizar desde la propia realidad, mirar las experiencias que se reconocen como tal (Ramírez, 2011). Desde este marco las acciones y programas que se han desarrollado bajo esta perspectiva, resulta urgente analizar qué tanto se ha avanzado en términos de salud para estos pueblos y comunidades indígenas, que suelen tener los peores índices de morbilidad y mortalidad (Menéndez, 2011). Ade-

¹ Para este trabajo 'campo de la salud' será el espacio e interrelación de fuerzas sociales, institucionales y políticas, en el que convergen los diversos actores en relación a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, en un sentido amplio.

más, es importante identificar si estos han sido procesos acompañados desde y con los propios pueblos y comunidades indígenas.

Es por ello, que resulta una imperiosa necesidad reflexionar sobre lo que se ha denominado “salud intercultural”, un concepto tan de moda y que no puede faltar en los planes y programas que se desarrollan desde diferentes instancias, ya sean gubernamentales o de otro tipo. Existen muchas imprecisiones al respecto, por ello una primera tarea es revisar algunas perspectivas en cuanto a la interculturalidad, de manera general.

Con la bandera de la interculturalidad, se ha solapado la ineficacia de los actuales sistemas públicos de salud en los países de América Latina. La exigencia a estos sistemas con respecto a su accesibilidad y prestación de una atención digna pareciera haber desaparecido y estar enfocada en la salud intercultural (Ramírez, 2011) que apunta más bien a una esencialización de la cultura y creer que unos cuantos carteles en idioma indígena resolverían el problema.

El llamado interculturalismo global ha impuesto una agenda a los estados nacionales, para incorporar la diferencia y el acomodo de las mismas dentro de tales estados, sin reconocer la compleja situación y las relaciones desiguales que históricamente han sido construidas entre los pueblos indígenas y el Estado.

Este trabajo parte de una mirada crítica en torno al concepto de interculturalidad. Una invitación a repensar el concepto desde lo empírico, pues no es un concepto neutro, cómo se asume y se construye teórica y en la práctica implica siempre un posicionamiento político. Por lo tanto, es importante identificar de qué tipo de interculturalidad estamos hablando, pues las consecuencias también serán significativamente diferentes desde una postura u otra.

Para fines prácticos, este artículo se dividió en dos partes. Una primera que trata sobre la interculturalidad en general y las perspectivas que propone Walsh (2010) acerca de la misma. La segunda parte discute propiamente la interculturalidad en salud, a partir de la tipología anterior traza a su vez, tres enfoques, precisando sus alcances y limitaciones. Una última parte, a manera de cierre, señalando la interculturalidad crítica en salud, como la más importante en cuanto a la reducción de las desigualdades sociales y en salud de estos pueblos.

PERSPECTIVAS DE LA INTERCULTURALIDAD, SEGÚN WALSH

La interculturalidad como ya he expresado anteriormente, no es un concepto neutro. Su definición e implementación implica siempre un posicionamiento de tipo político. De allí también se deriva posturas en cuanto a lo social y cultural. Este trabajo parte de considerar la interculturalidad desde una visión crítica, como parte de un proyecto sociopolítico, que en toda sociedad y en procesos de refundación del Estado se debería apuntar a construir, especialmente donde las sociedades son diversas culturalmente, con idiomas propios y cosmovisiones y con grandes brechas de desigualdades.

Es por ello, que la interculturalidad como proyecto político implica necesariamente una distribución del poder político, lo que hoy podemos llamar interculturalidad asimétrica, que se da entre los distintos grupos étnicos y sociales y colectividades que existen dentro de los Estados, pero carentes de respetar sus diferencias, y apenas considerados iguales ante la ley. Esto significa que la interculturalidad es una forma de organizar políticamente la diversidad real y a través de ella avanzar hacia una transformación profunda de las estructuras de desigualdad y dominación de las sociedades.

Para ahondar más en la interculturalidad, considero pertinente revisar las perspectivas que plantea Walsh (2010) en torno de la misma.

Interculturalidad relacional

La primera de estas perspectivas es la *relacional*, la más básica. Ésta asume que la interculturalidad es algo que siempre ha existido, pues supone el contacto e intercambio entre personas y grupos de distintas culturas. Como su nombre lo indica, se refiere a la relación entre culturas, haciendo énfasis más a nivel individual, pero sin cuestionar el contexto histórico-social en el cual se produce esa aproximación.

Por otro lado, tampoco se cuestiona las condiciones de desigualdad en la que se desarrolla o se da esa proximidad entre culturas. No hay mención ni cuestionamiento a las relaciones de poder, que son casi siempre de dominación, en términos de hegemonía y subalternidad.²

² Menéndez, en varias de sus obras recorre análisis con esta idea.

Interculturalidad funcional

La *funcional* vendría a constituir la segunda perspectiva, que plantea Walsh. En ésta, “la perspectiva de interculturalidad se enraíza en el reconocimiento de la diversidad y diferencias culturales, con miras a la inclusión de la misma al interior de la estructura social establecida” (Walsh, 2010, p. 77). Desde este planteamiento, se busca que la interculturalidad sea funcional al sistema y orden dominante, sin cuestionar las relaciones de poder tremendamente asimétricas y las desigualdades sociales y económicas.

Este tipo de perspectiva postula una postura conservadora al sistema, que se queda en el reconocimiento de la diversidad cultural, planteando el respeto hacia el otro, a través del diálogo y la tolerancia, para buscar esa inclusión del otro. Sin embargo, tal inclusión significaría asimilar a los pueblos indígenas al sistema, ya sea el político, social y económico. Pero, de igual manera, que la primera de estas perspectivas, no reconoce el contexto de conflictividad, en el cual se inscriben estas relaciones.

Esta perspectiva de interculturalidad *funcional*, es en gran medida la que se ha impulsado en las últimas décadas en varios de los países de América Latina, tras el reconocimiento constitucional de los derechos de los pueblos indígenas. Este reconocimiento es necesario, pero sigue siendo insuficiente. En el campo de la salud, es este tipo de interculturalidad la que ha predominado, acentuando discursos y prácticas en las diferencias culturales, y poco en las desigualdades sociales.

Interculturalidad crítica

La tercera y última perspectiva es la que se ha denominado interculturalidad crítica. El punto de partida de ésta es el problema estructural-colonial-racial y no el problema de la diversidad cultural en sí (Walsh, 2010, p. 78). Aquí se expresa que el reconocimiento de la diferencia se sigue haciendo desde y dentro de una estructura colonial de poder, racializado y jerarquizado, es decir, “con los blancos y ‘blanqueados’ en la cima y los pueblos indígenas y afrodescendientes en los peldaños inferiores” (Walsh, 2010. p. 78).

Este tipo de interculturalidad apunta a la transformación de las estructuras, a la modificación de las relaciones asimétricas y desigualdades entre pueblos indígenas y el resto de la sociedad. Viene siendo un proyecto y proceso, pues está en permanente construcción desde los propios pueblos y colectividades.

Walsh la concibe como un “proyecto político, social, ético y epistémico –de saberes y conocimientos–, que afirma la necesidad de cambiar no sólo las relaciones, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, inferiorización, racialización y discriminación” (Walsh, 2010, p. 79).

Bajo esta perspectiva no se trata sólo de reconocer e incorporar lo diferente al quehacer público. Más bien, desde la diferencia partir como una plataforma, que permita desde allí realizar planteamientos y cauces distintos a las estructuras y modos de pensar que están casi siempre desde la cultura dominante.

Es por ello, según esta perspectiva Rivera propone que el “foco problemático de la interculturalidad no reside solamente en las poblaciones indígenas y afrodescendientes, sino en todos los sectores de la sociedad, con inclusión de los blancos-mestizos occidentalizados” (Walsh, 2010, p. 79). Es una manera distinta de mirar al otro, apartando la visión folklórica y exótica que desde los blancos se tiene de los pueblos indígenas.

La postura de esta perspectiva de interculturalidad puede resultar más que radical, utópica, pues supone la superación del actual sistema de producción, que engendra relaciones de desigualdad.

Las relaciones sociales de negociación y de ir construyendo el proyecto de una sociedad distinta debe ir modificándose en términos –ahora sí– de respeto, equidad e igualdad. Y esto en el campo de la salud, puede constituirse en una piedra angular, que signifique garantizar el derecho a la salud de estos pueblos y comunidades. Para ello, se requiere una maniobra alerta y constante en cada instancia de la sociedad y del Estado y la articulación entre una y otra, cuando sea necesario.

Esta revisión sucinta de las diferentes perspectivas de la interculturalidad y las posturas que se desprenden de cada una, en cuanto a los procesos societales y estatales que generan, permite marcos de análisis de identificar si la interculturalidad será sólo de nombre, una moda, o

más de lo mismo. En reconocer la diversidad cultural, con unas cuantas acciones afirmativas, o por el contrario, apuntalar a la construcción constante de un propuesta política emancipadora de la sociedad en general y de la salud en particular.

INTERCULTURALIDAD EN SALUD: ENFOQUES, ALCANCES Y LIMITACIONES

Entre los cuestionamientos que este trabajo persigue, es plantear que el tema de la interculturalidad en el área sanitaria no se resuelve con unas cuantas medidas creativas de colorido en los hospitales, sino que implica una necesidad de repensar el concepto desde la práctica y con una real participación de los propios pueblos y comunidades y demás actores en la definición e implementación de las políticas y programas de salud en sus territorios.

Vertientes y enfoques de interculturalidad en salud

Del mismo modo, que la interculturalidad en un sentido general y amplio del término, se entiende bajo distintas perspectivas que generan a su vez diferentes posturas, y que influyen en el campo del diseño e implementación de las políticas públicas, ocurre de manera similar a la interculturalidad aplicada al campo de la salud. En este campo, las perspectivas hacen énfasis más bien en una reducción a las diferencias culturales.

Hace falta un debate crítico acerca de la interculturalidad aplicada a la salud y sus posibilidades de implementación. Lo primero que se observa es que no hay en este campo definiciones unívocas. Es por ello, que a partir de la revisión de la bibliografía disponible (Fernández, 2004)³ se ha sintetizado en tres enfoques, producto de las tendencias o vertientes que existen en cuanto a la interculturalidad en salud.

Por otra parte, también se considera que en las definiciones sobre interculturalidad en salud es frecuente que se deje por fuera las rela-

³ Jambi Huasi en Otavalo, Ecuador; Willaqkuna Un programa de salud intercultural en Bolivia; Promotores rurales de salud en el Oriente de Guatemala; Hospital Maquehue en el sur chileno; Proyecto hamacas en el hospital de Hecel-chakán en Campeche, México.

ciones de poder desiguales y asimétricas, en un espectro más amplio, restringiéndolas a la relación médico-paciente, como una mera cuestión de sujetos provenientes de diferentes culturas. Estos sujetos necesitan comunicarse de manera respetuosa, para lograr un entendimiento en ambas direcciones. Sin duda que esto es necesario, pero no puede convertirse en lo más importante.

A grandes rasgos, se podría señalar que el debate en la región ha estado orientado por tres vertientes. Una primera que tiende a favorecer definiciones que se acerquen más a una cuestión del equilibrio y diálogo entre sujetos que provienen de culturas diferentes, en las cuales existen sus propios sistemas médicos con sus respectivos agentes.

Una segunda vertiente coloca el énfasis en la equidad, entendiendo la interculturalidad en salud como un “ámbito que debe favorecer la desaparición de inequidades en los accesos a los servicios de salud en todo el Estado” (Fernández, 2009). Las inequidades se refieren a las diferencias que son injustas y evitables y que unos grupos poseen más en relación a otros grupos, en este caso los pueblos indígenas con el resto de la sociedad nacional. Por ello, en este sentido se habla de reducción de brechas de desigualdades.

Una tercera y última vertiente, quizá la menos común, es la que pone el énfasis en las desigualdades sociales, en las condiciones sociohistóricas que acompañan a los pueblos y comunidades indígenas, reconociendo el aumento de los procesos estructurales de riesgo (pobreza, reducción de empleo formal, entre otros) por lo que cuestiona el concepto de ‘salud intercultural’, ya que sirve para enmascarar ciertas deficiencias y no repercute en mejoras de la salud de estos pueblos.

Estas vertientes guardan relación con la propuesta de las perspectivas de interculturalidad elaboradas por Walsh (2010), que ya fueron desarrolladas en la primera parte de este trabajo. Con base a las mismas, se plantea a continuación tres enfoques sobre interculturalidad en salud.

Interculturalidad en salud como equilibrio

En este enfoque, predomina lo que comúnmente se entiende por interculturalidad en salud, basado en la bipolaridad entre el sistema

biomédico y el sistema médico tradicional. Se asumen como antagónicos y lo que se busca es el “equilibrio” entre los mismos. Entonces, la interculturalidad en este sentido buscaría armonizar las tensiones entre ambos sistemas médicos, a través de lograr un equilibrio entre ambos sistemas con sus saberes y prácticas.

En este enfoque podemos ubicar la perspectiva de la interculturalidad relacional, pues apunta al simple encuentro entre sujetos que pertenecen a diferentes culturas, buscando que el mismo sea armonioso. La interculturalidad más allá que se estudie o se le califique como una forma técnica, existe en la realidad social, es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura (Menéndez citado por Fernández, 2006; Albó citado por Fernández, 2004).

Albó señala que, por extensión, se pueden llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a los elementos de otra cultura (Fernández, 2004). Es decir, la interculturalidad como proceso ha existido siempre, lo relacional es inherente al propio término. Este autor hace una distinción entre interculturalidad positiva e interculturalidad negativa. Aunque la visión de Albó, en este sentido, queda un poco reducida, creo que esta primera distinción aporta elementos para el análisis de las formas de cómo ha operado la interculturalidad en la realidad.

En este sentido, distingue como actitudes negativas aquellas que llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto, a través de un proceso de asimilación e integración. Sin embargo, también las relaciones interculturales pueden ser actitudes positivas si al aceptar al que es culturalmente distinto, hay un enriquecimiento mutuo (Albó citado por Fernández, 2004, p. 65).

Básicamente esta noción considera la interculturalidad en términos culturales. Asumiendo que, en esa interrelación, hay sujetos culturalmente distintos, con códigos, representaciones y prácticas que, de alguna manera, imposibilitan una relación complementaria entre las partes. Las diferencias se asumen contrapuestas, y se resuelven creando una mejor comunicación entre las partes. Aquí se parte de una interculturalidad negativa que según la teoría se corregiría con mayor información y educación, para mejorar la comunicación entre los sujetos culturalmente distintos.

Se asume que, a través de la información a la población, y especialmente al personal de salud, se pueden modificar sus concepciones y así favorecer la interacción y la eficacia médica. Este tipo de actividades pueden resultar de gran utilidad, adecuándose a contextos específicos, con referentes prácticos y sobre todo siendo continuas en las políticas de salud, por nombrar un campo (Menéndez citado por Fernández 2006, p. 58).

No obstante, el informar/educar no basta para resolver las relaciones interculturales personal de salud-persona usuaria. El proceso de sensibilización (a través del informar/educar) constituye un paso importante, pero debe estar acompañado de otro conjunto de acciones y sobre todo ser sostenible en el tiempo. De lo contrario, incide muy poco en el comportamiento del personal de salud y mucho menos en el de las instituciones.

Una de las definiciones que se emplea muy frecuentemente dentro de esta vertiente, es la que entiende a la interculturalidad en salud como “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional” (Oyarce, citado por Campos, 2004, p. 129).

Asimismo, encontramos la definición por el mismo orden, de medicina intercultural, propuesta por Campos como: “la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes” (Campos, citado en Fernández, 2004, p. 129).

En síntesis, la interculturalidad en salud como una búsqueda de equilibrio entre creencias, conocimientos y saberes en el intercambio de la relación entre personal de salud-persona usuaria es importante, pero no puede ser ese equilibrio la búsqueda en sí, obviando otros procesos que están influyendo en una relación tan poco horizontal y de tanta subordinación (y en casos hasta de discriminación) por parte del personal de salud hacia la persona que está siendo atendida en su problema de salud.

Interculturalidad en salud y equidad

Esta interrelación entre interculturalidad e inequidad quizá se deba en parte también, a que ambos conceptos, adquieren fuerza en los años 90. La interculturalidad viene a equipararse al concepto de equidad, pues precisamente han sido los pueblos indígenas (y en muchos casos, sigue sucediendo) sujetos de las diferencias más injustas e inaceptables en términos de acceso y atención en salud.

La desigualdad es diferente a la inequidad. Aunque ambos conceptos se refieren a la comparación entre grupos humanos. “La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores” (Hernández, 2011, p. 169). Por lo tanto, lo que para una sociedad es justo puede no serlo para otra, es producto de una construcción sociohistórica que los grupos humanos dentro de ésta realizan.

La preocupación por la inequidad en el sector salud, “se restringe a medir patrones de distribución de indicadores y a plantear la reducción de brechas en aquellas diferencias consideradas injustas y evitables, tanto para los daños como para la atención” (López, s/f, p. 6). Es decir, puede ser inequidad en los resultados (indicadores de daño, de discapacidad, de vida saludable, etc.), o inequidad de la atención médico-sanitaria (indicadores de coberturas, disponibilidad, de acceso, de calidad) (López, s/f, p. 6).

No obstante, en el caso de los pueblos indígenas, se mira el problema en términos de igualdad de saberes, que se han desfasado al paso de los años por ciertos procesos históricos de desigualdad social y asociados al desarrollo científico y los recursos con que ha contado la medicina occidental. Es decir, remite nuevamente al equilibrio de saberes, creencias y conocimientos entre personal de salud y la persona usuaria, aunque se mencione la desigualdad social.

Bajo este enfoque, referirse a que una determinada política pública en salud es intercultural, está expresando principalmente que el acceso a los servicios de salud públicos se ha logrado por parte de los grupos menos favorecidos, como en este caso son las comunidades indígenas y también los indígenas considerados individualmente.

Asimismo, en este enfoque, otra preocupación sería la formación del personal de salud, basada únicamente en contenidos biomédicos (tanto en pregrado como en postgrado). En este aspecto, se debería focalizar una buena parte de los esfuerzos. Examinar con detenimiento esos contenidos biomédicos y encontrar los puntos donde se pueden tender puentes para un reconocimiento de la diversidad y aceptación de otros saberes y prácticas curativas.

Ahora bien, es un abordaje que no cuestiona el orden social dominante, y por ello se habla de “reducir brechas” en cuanto a la inequidad existente en salud. Este concepto de inequidad, tiene un impacto más sectorial, más restringido, puede justificar ciertas acciones, muy necesarias, pero que guardaría más relación con la perspectiva de *interculturalidad funcional*, ya descrita.

El horizonte debe ser erradicar con las desigualdades (CEPAL, 2005) sociales en salud, más que el de equidad, que ha sido utilizado como un criterio que se refiere principalmente al logro del acceso de la población a los servicios públicos de salud. Quizá falta en que se profundice más en los mecanismos que producen tal inequidad. Desigualdad social y económica implica un pronunciamiento político más fuerte de denuncia y de acción, de dejar sentado que las desigualdades no son naturales y que pueden ser técnica y financieramente reversibles y sobre todo para apuntalar a una justicia social y sanitaria.

Interculturalidad en salud y desigualdad social

En el campo de la salud con pueblos y comunidades indígenas, tal como expone Albó, “el principal bloqueo de fondo es la misma estructura de la sociedad, que refuerza las desigualdades de su composición socio económica con la persistencia de discriminaciones culturales. Seguimos siendo neocoloniales en lo económico, político, social y cultural” (Fernández, 2004, p. 71). Por ello, la categoría central para discutir la interculturalidad en salud es la de desigualdad.

Como ya se ha mencionado, la desigualdad es diferente a la inequidad, lo cual resulta importante para las políticas públicas, porque a veces se evidencia que no existe mucha claridad a nivel conceptual y las consecuencias suelen ser diferentes en adoptar una u otra.

Para este trabajo, las causas estructurales de la desigualdad social y económica son producto de la organización social y de la distribución inequitativa de la riqueza, aunado a la apropiación de la misma por parte de un pequeño grupo, para su acumulación económica, política y hasta cultural. Por lo tanto, “la diferencia es injusta, es inaceptable y se requiere transformar las causas que están en el origen de la desigualdad y garantizar derechos universales” (López, s/f, p. 5).

Hay otra noción o línea que reconoce la interculturalidad también en la dimensión simbólica, pero necesariamente articulada con la dimensión económico/política, de tal manera que la situación de pobreza y desigualdad social constituyen parte central de las relaciones interculturales. Esta línea, como la denomina Menéndez, no sólo reconoce la diversidad y el pluralismo cultural, sino también conflictos de poder entre los grupos (Fernández, 2006, p. 60).

Es por ello, que el campo de la salud en general y en particular con pueblos y comunidades indígenas no puede desvincularse de estos supuestos. Estos debieran ser sus anclajes. Por ejemplo, las políticas públicas de salud, través de la implementación de programas específicos, como sería el caso de reducir la mortalidad infantil, supone más bien una distribución sectorial de recursos, y sí la misma no tomara en cuenta los determinantes estructurales, condiciones de vida, condiciones de trabajo (López, s/f, p. 8), entonces su impacto sería limitado e igual que su horizonte de acción y transformación.

Llamar la atención sobre el problema de las desigualdades sociales y económicas en salud, no puede limitarse a un problema distributivo. No se trata sólo de “repartir recursos” ni que la relación personal de salud-persona usuaria sea en respeto, horizontal, en equilibrio e igualdad. Se trata que estos programas puntuales puedan articularse con otros que formen parte de políticas sociales amplias, con horizontes políticos de mayor margen de acción, y que sean instancias de participación de los propios sujetos y colectividades, estos considerados como sujeto de derechos y no como simples receptores de beneficencias del Estado.

Desde este enfoque se postula que la biomedicina directa o indirectamente ha favorecido procesos de hegemonía/subalternidad en sus interacciones con los diferentes grupos sociales (Menéndez citado por Fernández, 2006, p. 60).

La biomedicina es el paradigma dominante de la visión sanitaria pública y según esta la salud, o más bien la ausencia de ésta, es un problema exclusivamente médico, que se basa en causalidad y cuando analiza factores sociales, los despoja de su dimensión de procesos sociohistóricos o imbricados en estos.

En este trabajo, “el desarrollo de la salud es un problema político que se materializa en la condición de los cuerpos biológicos y de la capacidad del entorno material para seguir participando en la vida humana” (López, et al, 2011, p. 21). Es por ello, coherente preferir y asumir la categoría de las desigualdades sociales y económicas y como éstas a su vez generan las desigualdades en salud. Siguiendo de cerca esta idea, la inequidad vendría a ser una expresión observable de esas desigualdades.

Mucho de lo que apuntan las políticas de salud a través de sus diferentes programas es hacia una reducción de la interculturalidad en términos, casi exclusivamente, de sus aspectos culturales. De esta forma, se tiende a excluir los procesos socioeconómicos que influyen de gran manera en las relaciones interculturales que se dan en salud en los distintos ámbitos y actores.

No obstante, si se contextualizan algunas de las acciones y programas en salud que apuntan a una interculturalidad principalmente en términos culturales, en sí mismo representaría un “avance” con relación a los pueblos y comunidades indígenas, puesto que antes prácticamente tenían muy poca accesibilidad a los servicios de salud, por mencionar sólo un ejemplo. Resultan necesarias, pero aún son insuficientes.

La cuestión nuevamente aquí es mirar que el logro no está tanto en la pertinencia cultural en la atención, sino más bien en la consecución de la accesibilidad a los servicios públicos de salud con una atención de calidad, que comprenda un personal de salud bien formado, atento y que preste servicio con profundo respeto por el otro y partiendo de sus condiciones de vida, para el diagnóstico y cuidado.

Es por ello, que un componente o dimensión fundamental es la participación de las propias comunidades indígenas y las organizaciones indígenas, tratando de revertir la contrastante asimetría en las relaciones de poder, y que ya no sean los llamados “expertos”, los que dirijan las acciones y programas en salud en las comunidades. Este enfoque apuntaría a la perspectiva de *interculturalidad crítica* ya expuesta.

A MANERA DE CIERRE

Este trabajo asume como definición de interculturalidad en salud “las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención⁴ que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y cuidado a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos” (Lerín, 2010 citado por Haro).

A esta definición, se le puede agregar que es toda estrategia y proceso conjuntamente con los pueblos y comunidades indígenas y también los otros actores que hagan vida en el territorio, que toma en cuenta la importancia de los procesos sociales y económicos en la producción de la salud, de la enfermedad y la muerte. Toda interculturalidad en salud deberá incidir en aumentar los niveles de esperanza de vida de estos pueblos, así como su calidad de vida, que permita la reproducción social de estos grupos en las mejores condiciones objetivas y subjetivas de vida, con la mayor dignidad posible.

En este sentido, la perspectiva de la interculturalidad crítica de Walsh⁵ sería la más coherente, que promueve una salud de pueblos y comunidades indígenas como sujeto de derechos. Bajo una perspectiva ética que privilegie la reducción de las desigualdades y garantice el goce de derechos, no sólo el de la atención a la salud como sería el derecho a la protección de la salud, sino el de la salud, que es mucho más amplio y comprende a otros derechos. Por lo tanto, una interculturalidad en salud crítica, no debe encubrir los conflictos generados a partir de estos procesos, en favor de ciertas compensaciones “culturales”.⁶

⁴ Por proceso salud-enfermedad se entiende “el modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad” (Lau-rell, 1982).

⁵ Se incluye el diagrama 1 donde se esquematiza la propuesta de Walsh.

⁶ Esta investigación entiende cultura como un sistema (relativamente) integrado y de interrelación entre costumbres, instituciones, valores y creencias, con el cual los grupos sociales interpretan y significan la realidad. <http://es.slideshare.net/JESUSARMANDOHARO/interculturalidad-en-salud>.

DIAGRAMA 1 LA INTERCULTURALIDAD CRÍTICA EN SALUD



Fuente: elaboración propia.

FUENTES CONSULTADAS

- CAMPOS, N. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En Fernández, J. (coord.) (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas Antropológicas*. pp. 129-151. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA y Universidad de Castilla-La Mancha.
- DÍAZ-POLANCO, H. (2006). *Elogio de la diversidad: globalización, multiculturalismo y etnofagia*. Distrito Federal, México: Siglo XXI.
- ESCÁRZAGA, F. (2005). *Agotamiento del ciclo multicultural en México y América Latina*. México: Mimeo.

- FERNÁNDEZ, J. (coord.). (2009). *Salud e interculturalidad en América Latina IV. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- FERNÁNDEZ, J. (coord.). (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas Antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA y Universidad de Castilla-La Mancha.
- HERNÁNDEZ, A. (2011). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En Eibenschutz, C., Tamez, S. y González, R. (comp.), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* pp.169-194. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- LAURELL, A. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. En *Cuadernos Médico Sociales*. Núm. 19. pp. 1-11.
- LERÍN, S. (2010). *Seminario-Taller El Abordaje sociocultural de la salud de los pueblos indígenas*. Sonora, México: Centro de Salud y Sociedad, Colegio de Sonora. Recuperado en <http://es.slideshare.net/JESUSARMANDO HARO/interculturalidad-en-salud>.
- LÓPEZ, A. (s/f). *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. México: Mimeo.
- LÓPEZ, S., CHAPELA, M., HERNÁNDEZ, G., CERDA, A. Y OUTÓN, M. (2011). Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En Chapela, M., M. y Contreras, G. M., (coord.). *La salud en México. Pensar el futuro de México*. pp. 51-90. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- MENÉNDEZ, E. (2006). Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas. En Fernández, J. G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. pp. 51-65. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Distrito Federal, México: Cuadernos de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Secretaría de Educación Pública.
- RAMÍREZ, H. (2011). *Salud Intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz, Bolivia: ISEAT.

- TAPIA, L. (2006). *La invención del núcleo común*. La Paz, Bolivia: Editorial La muela del diablo.
- WALSH, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En Viaña, J. *et al. Construyendo Interculturalidad Crítica*. pp.75-96. La Paz, Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.

Fecha de recepción: 10 de diciembre de 2019
Fecha de aceptación: 1 de septiembre de 2020