

Revisión

La salud pública en contextos pluriculturales. Avances y retrocesos

Public health in pluricultural contexts. Advances and setbacks

<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.614.002>

María Isabel Fong Betancourt^{1,*}

<https://orcid.org/0000-0001-7087-5679>

Delia Marlene López Domínguez¹

<https://orcid.org/0000-0001-6876-9551>

Juan Viteri Rodríguez¹

<https://orcid.org/0000-0003-1432-552X>

Alberto Sánchez Garrido¹

<https://orcid.org/0000-0002-2418-7020>

Recibido: 01/08/2021

Aceptado: 14/10/2021

RESUMEN

La cultura constituye un complejo dinámico de conocimientos, creencias, conductas aprendidas y transmitidas por generaciones, a través del lenguaje y la vida cotidiana. El concepto de cultura se relaciona con el proceso salud-enfermedad puesto que el bienestar social, espiritual, psicológico y biológico de individuos y comunidades es expresión del medio ambiente, estilo de vida, vivienda, alimentación, educación y acceso adecuado a bienes y servicios. En el campo de salud se identifican la medicina tradicional desarrollada por pueblos indígenas; la medicina popular basada en creencias de la familia y la comunidad y la medicina profesional, basada en el estudio científico. La medicina indígena se caracteriza por la atención holística del sujeto, asequibilidad y acceso en poblaciones donde los sistemas de salud oficiales no tienen presencia, no obstante, presenta bajo reconocimiento por parte de los gobiernos. Con el presente estudio se pretende reflexionar acerca de la importancia de fomentar la interculturalidad en salud con base en las necesidades, organización y visión del mundo de los pueblos indígenas a partir del enfoque intercultural. Se expone una panorámica que aborda con mirada actual, las particularidades de la interculturalidad y la multiculturalidad en el contexto pluricultural, que contribuye a un mejor entendimiento de la necesidad de redimensionamiento de los sistemas de salud a partir de los elementos que aporta el enfoque intercultural como modelo de franca concepción humanista, en contraposición con el modelo hegemónico de salud actual, que favorece las desigualdades en salud.

Palabras clave: pueblos indígenas, interculturalidad, multiculturalidad, pluriculturalidad, modelo de salud

ABSTRACT

Culture constitutes a dynamic complex of knowledge, beliefs, behaviors learned and transmitted through generations, through language and everyday life. The concept of culture is related to the health-disease process since the social, spiritual, psychological and biological well-being of individuals and communities is an expression of the environment, lifestyle, housing, food, education and adequate access to goods and services. In the field of health, traditional medicine developed by indigenous peoples is identified; folk medicine based on family and community beliefs; and professional medicine, based on scientific study. Indigenous medicine is characterized by the holistic care of the subject, affordability and access in populations where the official health systems do not have a presence, however, it is under recognition by governments. This study aims to reflect on the importance of promoting interculturality in health based on the needs, organization and worldview of indigenous peoples from the intercultural approach. A panorama is presented that addresses with a current perspective, the particularities of interculturality and multiculturalism in the multicultural context, which contributes to a better understanding of the need to resize health systems based on the elements provided by the intercultural approach such as model of frank humanist conception, in contrast to the current hegemonic model of health, which favors inequalities in health.

Keywords: indigenous peoples, interculturality, multiculturalism, cultural pluralism, health model.

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato Ecuador.

*Autor de Correspondencia: ua.mariafong@uniandes.edu.ec

Introducción

El análisis de los factores sociales imbricados con el proceso salud – enfermedad se ve signado por la cultura en toda su magnitud conceptual, en tanto se aplique en el campo de la salud (OPS/OMS, 2015). Mediante la identificación o conocimiento de las similitudes y diferencias en elementos culturales inherentes a usuarios y proveedores, se hace posible profundizar en aspectos tales como la comprensión de la percepción de salud y enfermedad en la esfera médico-paciente; la naturaleza de las expectativas que cada individuo tiene relación a los procesos; los diferentes cánones de evaluación de los resultados de acciones terapéuticas y la calidad de los servicios,



así como de las conductas y actitudes que se asumen ante el proceso de enfermedad (Comelles, 2004; Espinosa Brito, 2013; Bordes, 2018).

Desde la reconocida visión biomédica se conceptualiza a la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, de modo que no se trata de la ausencia de enfermedad. El bienestar se traduce en lo social, espiritual, psicológico y biológico de un individuo o de la comunidad, lo que representa a su vez la expresión de la calidad de vida. De ahí la importancia que se concede a los determinantes de salud, entendidos como el medio ambiente, la vivienda, la alimentación, el saneamiento básico, la educación y el acceso a bienes y servicios, entre otros (Mariscal San Martín & Rodríguez Medrano, 2015; Bordes, 2018; Espinosa Brito, 2018).

Por otra parte, la visión que de la salud tienen los pueblos originarios consecuentemente con su cultura ancestral, la establece en armonía con el entorno visible e invisible en justo equilibrio dinámico con el bienestar, incluyendo un accionar interrelacionado con las leyes que rigen la vida en el planeta, la totalidad de los seres vivos y la comprensión espiritual (Caramés García, 2004; Comelles, 2004; Bartolomé, 2010; Cornejo Valle & Blazquez Rodríguez, 2013; Bordes, 2015). Afrodescendientes, europeos, asiáticos, europeos y africanos originan una rica y compleja multiplicidad, que se distingue por la visión cosmogónica propia, que no puede encasillarse o clasificarse en un mundo en el que resulta no válido todo lo que no sea oficial. Vista así, la salud de las poblaciones indígenas resulta de la integración de elementos fundamentales como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en cuanto a alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y salud.

Se precisa del respeto a la diversidad y ello es aún más necesario en aquellos países con altas tasas de inmigración, o aquellos que han servido de escenario al desarrollo de los pueblos originarios como un sector importante de la población. En consecuencia, estas naciones sirven de escenarios a complejos contextos caracterizados por su riqueza cultural y étnica, que demandan un espacio en materia de salud basados en la comprensión y la socialización de conocimientos en salud que poseen y de las que se deriva la indispensabilidad de desarrollar sistemas y equipos de salud con un enfoque intercultural, paralelamente al desarrollo de estrategias que contribuyan a mejorar la relación médico paciente.

La interculturalidad en salud es un criterio relativamente reciente abordado en la literatura científica desde un diverso prisma de enfoques y cuyo desarrollo en la región, responde a las justas reivindicaciones y demandas de los pueblos indígenas, fundamentalmente en lo relacionado con la defensa del derecho de la identidad cultural. Ello puede además ser valorado a escala global como el derecho a la diferencia, que caracteriza a la convivencia entre diferentes grupos humanos (Walsh *et al.*, 2006; García Fernández & Gonzalo San Nicolás, 2014). De ahí que resulte urgente repensar en una dirección desarrollada y ampliada hacia la necesidad de dimensionar la concepción de salud desde un enfoque intercultural, que ante todo toma en cuenta el modo en que, desde su diversidad, estos pueblos interpretan la vida y cuya concepción encuentra su más fuerte sustento en el reconocimiento de la salud como un derecho. El abordaje teórico conceptual del presente estudio conduce a reflexionar acerca de la importancia de fomentar la interculturalidad en salud con base en las necesidades, organización y visión del mundo de los pueblos, a partir del enfoque intercultural.

Desarrollo

Desde un enfoque transdisciplinar, la literatura científica ha tratado el complejo tema de la pertinencia cultural en la dinámica de la atención en salud, transitando un largo camino en la exploración del ámbito salud-enfermedad en los diversos grupos étnicos minoritarios y abordando los aspectos que explican las limitaciones en el accionar sanitario. Resulta pobre la comprensión del tema y se evidencia la confusión del profesional de salud, cuya formación académica tradicional en el campo de la biomedicina, no incluye el enfoque de las ciencias sociales, al no incluirse como una cuestión esencial, la diversidad cultural existente, sino que se homogeniza y hegemoniza el saber desde una sola visión; la científica. La pertinencia cultural del proceso de atención trasciende la dimensión étnica al significar la valoración de la diversidad social, biológica y cultural del ser humano como factor esencial del proceso salud-enfermedad, pero las carencias en el dominio del tema por parte de los equipos de salud, aun en pleno ejercicio de la profesión médica, los priva de la necesaria trama conceptual como herramienta para implementar la incorporación de los aspectos culturales en la práctica sanitaria (Walsh *et al.*, 2006; Bordes, 2015; Pérez Huenteeo, 2015).

Lo anteriormente referido genera situaciones de desarticulación de la estructura social de las comunidades, conflictos de poder entre médicos y agentes portadores de “otras” culturas, e insuficiente adhesión y rechazo a las prácticas médicas de Occidente, aspectos recurrentes como objetos de estudio de la literatura científica y muy en especial en aquellos países cuya población presenta altos índices de la presencia indígena. Mucha de esta producción alerta sobre la necesidad de reconocimiento de la cultura médica de los pueblos originarios, caracterizada por su propia cosmovisión, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y utilización de herbolaria tradicional (Walsh *et al.*, 2006; Cornejo Valle & Blazquez Rodríguez, 2013; Stivanello, 2013; García Fernández & Gonzalo San Nicolás, 2014; López Borbón, 2014; SdS, 2014; Pérez Huenteeo, 2015).

Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y pluriculturalidad

El término cultura y su derivado interculturalidad, suelen ser utilizados de forma vaga y se asume que los intentos en definirlos no resultan fáciles. La cultura como constructo representa una perspectiva teórica que direcciona una propuesta educativa para una definición operacional. Entre las múltiples formas de conceptualizarla, cabe reconocerla como un complejo dinámico de conocimientos, creencias, de valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. De este modo se entiende como entidad dinámica adquirida, transformada y reproducida mediante el proceso continuo de socialización y aprendizaje (Caramés García, 2004; Comelles, 2004; Walsh *et al.*, 2006; Stivanello, 2013; García Fernández & Gonzalo San Nicolás, 2014; SdS, 2014), lo que no contradice otra visión que la supone como un modo de interpretar la realidad, que comprende tanto prácticas, como ideas y creencias subyacentes a tales prácticas (Benalcázar Chicaiza, 2018), o lo que es lo mismo, un sistema de conocimientos, interiorizados durante el proceso de enculturación, a partir del cual el ser humano tamiza su interpretación de la realidad y de los datos de comportamiento social.

Debe establecerse como punto de partida el considerar la igualdad de las culturas, considerándolas igualmente dignas y merecedoras de respeto. Ello no presupone la desestimación de valoraciones críticas, sino la intención de juzgar con carácter etnocéntrico a las prácticas culturales ajenas a partir de referentes de la propia cultura.

Según apunta Stivanello (2013), los términos multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad, suelen ser empleados de forma indistinta a manera de sinónimos, aunque no son constructos similares, sino concepciones diferentes de la diversidad cultural, de modo que producen prácticas distintas, algunas más ligadas a la separación y rechazo entre culturas y otras más ligadas al diálogo e interacción entre las mismas. Este autor reconoce en la multiculturalidad la existencia de una multiplicidad de culturas dentro de un determinado espacio, sin que necesariamente tengan una relación entre ellas. Se entiende como un relativismo cultural; es decir, una separación o segregación entre culturas demarcadas y cerradas sobre sí mismas, sin que exista interacción.

De este modo la multiculturalidad describe la existencia de diferentes grupos culturales que se mantienen separadamente, divididos y opuestos en el ejercicio de la práctica social y política, en tanto que la pluriculturalidad apunta hacia una interrelación equitativa poco profunda entre culturas que conviven en el mismo territorio. Todo ello indica que el término describe una determinada realidad en la que no se promueven cambios ni intervención, ni se cuestiona la manera en que continúa o no operando la colonialidad, estableciendo jerarquías de subordinación y racialidad de personas, sistemas de vida, prácticas saberes y lógicas (Giménez Romero, 2003; Benalcázar Chicaiza, 2013; Cruz Rodríguez, 2013; Barabas, 2014).

Por su parte Giménez (2003), parte de considerar al multiculturalismo y la interculturalidad como dos modos de expresión del pluralismo cultural, indicando que el primero se refiere al reconocimiento de la diversidad cultural, destacando el respeto a la diferencia como la base de la convivencia de diferentes culturas, siendo esta la base de las primeras políticas socioculturales pluralistas.

La perspectiva multicultural en América Latina se asocia al modelo económico neoliberal, asumiendo como necesidad de salvaguardar los derechos del individuo y la manutención del orden social todo en función de valores y bases de la cultura mayoritaria. Así resulta privilegiada una convivencia de naturaleza funcional inmersa en la tolerancia que favorece el aprendizaje unidireccional (Cruz Rodríguez Pérez, 2013; Huenteo, 2015).

Con relación a la pluriculturalidad, Stivanello (2013) y Pérez Huenteo (2015), se refieren a ella, como la convivencia de varias culturas en un mismo espacio territorial, las cuales juntas hacen una totalidad nacional. Parte de reconocer una realidad histórica de convivencia por siglos entre distintas culturas, aunque sin una profunda interrelación equitativa. Mientras que el concepto "pluricultural" sirve para caracterizar una situación, la interculturalidad describe una relación entre culturas. Aunque, de hecho, hablar de relación intercultural es una redundancia, quizás necesaria, porque la interculturalidad implica, por definición, interacción. Todo grupo es básicamente pluricultural. Es decir, se ha ido formando, y se sigue formando, a partir de los contactos entre distintas comunidades de vidas que aportan sus modos de pensar, sentir y actuar. Evidentemente los intercambios culturales no tendrán todas las mismas características y efectos. Pero es a partir de estos contactos que se produce el mestizaje cultural (Almeida Vera, 2014; Barabas, 2014; Benalcázar Chicaiza, 2016; Aillón Gómez, 2018).

La interculturalidad como tema goza de protagonismo en la actualidad al vincular nuevas miradas y procedimientos en las relaciones socio económicas y por la organización de la sociedad. Esta visión paradójicamente abarca posiciones diferentes: emancipadoras y reformistas (Benalcázar Chicaiza, 2016). Debe tomarse en cuenta además que este constructo cultural representa un concepto que se deriva de las ciencias sociales, en particular la antropología que se ha ido permeando a diversas disciplinas.

Walsh *et al.* (2006), por su parte la califica como "entre culturas" no aludiendo al contacto entre ellas, sino al intercambio equitativo que incluye intercambios en lo cultural, negociaciones y relaciones, el desarrollo de interacciones personales, conocimientos y prácticas diferentes. Es decir, que se trata de una interrelación que considera esencial las asimetrías sociales, políticas, económicas y de poder, así como de las condiciones institucionales que limitan la capacidad de actuar de "los otros". Como categoría, la interculturalidad se opone a la concepción de cultura

dominante y cultura subordinada, con una visión que fortalece las identidades comúnmente excluidas para sentar las bases de una convivencia en las que primen el respeto y rol legítimos de la totalidad de los grupos sociales. Se trata de una convivencia donde los grupos sociales conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. Siendo una propuesta de intercambio, indica armonización de las diferencias, pero no su eliminación. Por un amplio consenso se considera que en la interculturalidad se sintetiza la relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios.

La interculturalidad pretende el intercambio respetuoso de la complementariedad la comunicación, el diálogo, y el aprendizaje constante de conocimientos y tradiciones, así como también la primacía del sujeto sobre las diferencias culturales y sociales (SdS, 2014). Se reconocen 4 principios básicos en las relaciones interculturales: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo (Caramés García, 2004; Comelles, 2004; Walsh *et al.*, (2006); Bartolomé, 2010; Pérez Huenteo, 2015).

Interculturalidad en salud

Términos tales como interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y similares, son ya temas recurrentes en las prácticas de salud y en su discurso y quedan aún brechas en las intenciones de llegar a su caracterización o darles un significado definitivo. Ello no provoca un escaso tratamiento del tema en la literatura científica, que utiliza ampliamente dichos términos e implementa iniciativas, intervenciones y estrategias basadas en estos conceptos.

La conceptualización de interculturalidad en salud se configura como el conjunto de políticas y acciones que incluyen el conocimiento e incorporación de la cultura del usuario en el proceso de atención en salud (Ferrao, 2013; Juncosa, 2014). Con un enfoque más abarcador se entiende como la capacidad de actuar equilibradamente entre prácticas culturales diferentes, creencias, conocimientos respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos sociales, biológicos, y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud (Stivanello, 2013; SdS, 2014; Almaguer González & Vargas Vite Cardonas, 2014; Arias *et al.*, 2015).

La respuesta a las demandas y reivindicaciones de los pueblos originarios y la defensa de su cultura, han sido factores determinantes para el desarrollo de la interculturalidad en salud como concepto, sin desestimar entre otros, a la tendencia global que sustenta el derecho a la diversidad y que también diferencia y coadyuva a la convivencia de diferentes grupos culturales (Stivanello, 2013; Almeida Vera, 2014; SdS, 2014; Alarcón *et al.*, 2018). De este modo la interculturalidad en salud constituye un elemento que conduce a los profesionales de la salud a un abordaje del tema sustentada en la competencia cultural.

En las naciones latinoamericanas se evidencia la necesidad de desarrollar políticas públicas de salud de carácter intercultural, dadas por razones de índole epidemiológica, histórica y sociopolítica, que motivan iniciativas encaminadas a evitar que la identidad cultural y étnica.

Bartolomé (2010) y Pérez Huenteo (2015) ven en la interculturalidad a la representación del componente dinámico del pluralismo cultural, enfatizando en la interacción entre grupos e individuos pertenecientes a diferentes grupos culturales y yendo, según Cruz Rodríguez (2013), hacia las relaciones equitativas y de mutuo aprendizaje, más allá de la tolerancia, pues aborda las situaciones que conducen a tensiones, desigualdad y conflictos, mediante la distribución del poder político y otras transformaciones, de modo que se propicie la igualdad entre culturas diferentes. La política de salud basada en la interculturalidad se fortalece ante las concepciones de una visión multiculturalista (Giménez Romero, 2003).

Enfoque intercultural

Se identifican tres sistemas de atención en el campo de salud, a saber: la medicina tradicional sustentada en creencias y principios culturales, desarrollada por los pueblos indígenas; la medicina popular, formada por las creencias y percepciones acerca de la salud, que encuentran su escenario en la familia y la comunidad y la medicina profesional o biomedicina, basada en lo biológico, autodefinida como sistema racional (Comelles, 2004; Bartolomé, 2010; Espinosa Brito, 2013; García Fernández & Gonzalo San Nicolás, 2014; Pérez Huenteo, 2015).

La medicina biomédica al decir de Stivanello (2013) y Menéndez (2016), representa un modelo hegemónico, que se caracteriza por elementos negativos tales como biologicismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica.

Por su parte, Caramés García (2004) y Pérez Huenteo (2015), sustentan la idea de que el modelo biomédico no incluye la importancia del componente sociocultural del proceso salud-enfermedad, al que enfrenta mediante la medicalización de los ciclos de vida de las personas tales como la vejez, muerte, crianza, sexualidad y nacimientos. Estos autores consideran que el modelo se reproduce mediante pautas del proceso formativo de los profesionales de las

ciencias de la salud y ello condiciona el modo de tratar los problemas y situaciones de salud, centrada únicamente en lo biológico.

Las limitaciones o desventajas de la medicina indígena ante las que se encuentran la falta de equipos y de inversión en tecnología, ausencia de evidencia sobre algunas terapias utilizadas, bajo reconocimiento por parte de los gobiernos y protección excesiva de los conocimientos que tienen los indígenas sobre la medicina tradicional- pueden ser vistas como fortalezas de la biomedicina, que no posee tales carencias, de ahí es que se hable de complementariedad. A la medicina indígena se le reconocen en la actualidad elementos positivos entre los que resaltan la concepción y atención holística del sujeto, diversidad de recursos terapéuticos, asequibilidad y aceptación de la población, bajo costo y acceso en poblaciones donde los sistemas de salud occidentales no tienen presencia (Comelles, 2004; Espinosa Brito, 2013; Bordes, 2018).

A pesar del avance indiscutible de la salud en el siglo XX, continúan las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud y en particular a las comunidades indígenas lo que se muestra en sistemas de salud carentes de la perspectiva intercultural y no reconocen elementos esenciales en la atención del proceso salud-enfermedad, tales como la diversidad cultural, la cosmovisión y las prácticas medicinales (Stivanello, 2013). La coexistencia legal o no de sistemas de salud científicos con aquellos de raíces indígenas en la sociedad actual, hace necesario activar los procesos de creación de modelos de salud que se correspondan plenamente con las necesidades materiales y culturales de las comunidades, garantizando el respeto y el derecho de la salud, posicionados desde un enfoque de interculturalidad en salud. Ello garantiza el mutuo enriquecimiento de ambas culturas en relación dialéctico-participativa, equitativa de la práctica médica orientada en la interculturalidad.

El enfoque intercultural, constituye un enfoque de gestión que se sustenta a partir de la defensa de la igualdad entre las personas y el respeto a la diferencia además de propiciar al avance hacia una sociedad que privilegie lo compartido, el diálogo y la mediación. Así es que supera otros modelos que tratan la diversidad y que son el asimilacionista, que minimiza las diferencias y presiona a las personas a aceptar el modelo que sustenta la sociedad receptora y el modelo multiculturalista, que, aunque valora las diferencias culturales, evita la interacción entre diferentes culturas y favorece la formación de grupos cerrados. El enfoque intercultural, realmente implica un cambio de actitud y cultural en el sistema de salud, que amplía la perspectiva de abordaje de salud y permite establecer redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural.

El enfoque intercultural en salud cuenta con dos tiene al menos dos niveles de expresión, uno que representa las acciones y actividades necesarias en la interacción entre medicinas, y el otro el de la cultura de los modelos médicos interactuantes. Este nivel, significa el paso desde la acción médica hacia un modelo pluricultural de salud y sociedad, por lo que se requiere de la participación del Estado conjuntamente con la comunidad indígena para la implementación de un proyecto multicultural de sociedad (Almaguer & Vargas, 2014; Lasso López, 2016; Menéndez, 2016; Monroy Gaitán, 2017).

Las políticas de salud cuando del bienestar de las comunidades indígenas se trata, deben trabajar basadas en el enfoque intercultural de salud, visión que solo cobra sentido en el grado en que los equipos de salud reconocen y toman en cuenta los aportes y conocimientos de otras culturas convivientes, lo cual significa valorar positivamente los aportes de las culturas existentes en el territorio, así como sus percepciones y prácticas en la atención al proceso salud-enfermedad. El contexto institucional de la salud pública debe contemplar una propuesta de carácter plural en materia de salud intercultural, basada en el reconocimiento de que la biomedicina no es capaz de satisfacer y abarcar por sí sola todas las necesidades de bienestar-salud de la población, y que además reconozca la necesidad de promover y dar espacios a la participación activa de todos los agentes implicados, desde el diálogo y, fundamentalmente, desde la práctica.

Existen dificultades a superar cuando se desestima la cultura de los usuarios en la atención del proceso salud-enfermedad, en especial en países con altos índices de población indígena. Entre ellas se encuentran los conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales (Giménez Romero, 2003; Stivanello, 2013; Almaguer González & Vargas Vite, 2014; Almeida Vera, 2014; Pérez Huenteo, 2015; Alarcón *et al.*, 2018). Las situaciones de tensión resultan minimizadas cuando desde el enfoque de salud se toman en cuenta la calidad y acceso a los servicios de salud; la capacitación de los equipos de salud atendiendo a los aspectos interculturales; participación que garantice los diálogos interculturales y permita un rol decisor en las políticas de salud y la transversalización de saberes y sistemas de modo que se promueva la prevención, rehabilitación y curación de las personas sobre la complementariedad de los saberes médicos indígenas y no indígenas (Aillón Gómez, 2015; Almaguer González & Vargas Vite, 2014; Juncosa, 2014; Monroy Gaitán, 2017). En el marco de estos desencuentros, en ocasiones se logran efectos contrarios en la salud de los pacientes, al no tomarse en cuenta los recursos medicinales naturales para enfrentar la enfermedad.

Menéndez (2016), analiza los factores causales del fracaso de las propuestas de salud intercultural y señala entre ellos, la continuación del rol de subordinación de la cultura indígena, la no participación de los grupos étnicos en el diseño de las políticas interculturales en salud. Otro problema lo constituyó una visión inadecuada de la interculturalidad que desconoció o ignoró la relación de las desigualdades económicas con los procesos de salud-

enfermedad y su prevención. Muchos de los decisores desestimaron los hábitos y aspectos cotidianos de los pueblos indígenas y la magnitud e importancia de la autoatención. Otro aspecto a considerar lo es que en la mayor parte de los casos los equipos de salud no conocen la cultura de la población que atienden, ni sus representaciones, ni el idioma, así como tampoco los elementos que sustentan la medicina tradicional y la concepción del proceso salud-enfermedad dentro de esa cultura.

Consideraciones finales

La pertinencia cultural en el proceso de atención salud-enfermedad, constituye un punto álgido en el tratamiento actual de las diversas situaciones de salud características del mundo contemporáneo, en tanto es tema que debe trascender lo étnico, para adentrarse en la valoración justa de la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud. En consecuencia, constituye un enfoque que abarca lo político y lo teórico y que debe centrarse en considerar a la diversidad no como una problemática sino como campo de resolución de problemáticas humanas y ambientales.

No supone solo reconocer la diversidad, sino fomentarla para multiplicar las líneas de problematización-resolución cultural, que sirva como núcleo para un diálogo intercultural en la mejora de las condiciones de existencia de los seres humanos y su entorno, de modo que desarrolle programas de intervención/participación, al tiempo que propicie la formación en la equidad cognitiva y el reconocimiento de principios de autoridad crítica.

Un modelo de atención intercultural debe aplicar la interculturalidad en salud de modo que permita sensibilizar y capacitar al personal de los servicios de salud en el modelo de atención intercultural, lograr el respeto a los conocimientos y prácticas que la población posee sobre el proceso salud-enfermedad, validar los programas de atención con la población organizada, adecuar los servicios de salud a las características culturales del usuario, incorporar elementos interculturales en los programas y servicios de salud, trabajar con agentes comunitarios de salud y reconocer y estimular el desarrollo de la medicina tradicional.

Se precisa de una investigación científica multidisciplinar, capaz de incorporar nuevas dimensiones de análisis de la problemática de salud indígena, puesto que ésta es un eje que atraviesa los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, así como, la identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una nueva aproximación a la historia.

En el proceso de construcción de modelos de salud bajo el enfoque intercultural, las comunidades y organizaciones indígenas deben ganar espacios de participación que los sistemas de salud deben ceder, solo así los sujetos podrán ser verdaderos actores y decisores de sus propios procesos de salud enfermedad y de las políticas sociales necesarias para garantizar este reconocimiento. Es en estos espacios, donde se deben generar intercambios, negociaciones, consensos y aprendizajes mutuos, y así impulsar un verdadero mejoramiento en la atención de la salud de las comunidades indígenas que tengan en cuenta la diversidad cultural.

Conflictos de intereses

Ninguno que los autores manifestemos.

Agradecimientos

A UNIANDES y su gentilicio.

Referencias

- Aillón Gómez, T. (2015). Posibilidades de producción de conocimiento desde la epistemología pluricultural en Bolivia. *Práxis Educativa*, 10(2), 415-431. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.10i2.0008>.
- Alarcón, M., Ana, M., Vidal, H. A., & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131 (9), 1061-1065. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
- Almaguer González, J.A., & Vargas Vite, V. (2014). Interculturalidad en Salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. D.F. México: Secretaría de Salud. 281 P. México. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Almeida Vera, L. (2014). Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *MEDISAN*, 18(8), 1170-1183. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019. (Acceso junio 2021).

- Barabas, A.M. (2014). Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Configurações Revista Ciências Sociais*, 14, 1-14. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2219>.
- Bartolomé, M.A. (2010). Interculturalidad y territorialidades confrontadas en América Latina. *RUNA*, archivo para las ciencias del hombre, 31(1), 9-29. <https://doi.org/10.34096/runa.v31i1.755>.
- Benalcázar Chicaiza, D. (2016). Formación de valores interculturales en las niñas y niños de 3 a 5 años de educación inicial, en un Ecuador pluricultural y multiétnico. Universidad Complutense de Madrid, 541P. Madrid, España. Disponible en: <http://www.eprints.ucm.es/40502/1/T38137.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Bordes, M. (2015). Esto de 'alternativo' no tiene nada. La construcción de la razonabilidad del uso de una medicina no-conventional desde la perspectiva de sus usuarios en Buenos Aires, Argentina. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, 25(4), 1229-1249. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01229.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Caramés García, M.T. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En: (Comp.) Fernández Juárez G (ed). *Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*, 65-74. Quito, Ecuador: Abya-Yala. Disponible en: <http://www.pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-409283>. (Acceso junio 2021).
- Cardonas Arias, J.A., Rivera Palomino, Y. & Carmona Fonseca, J. (2015). Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá- chamí de Colombia. *Rev Cubana Salud Pública*, 41(1). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100008. (Acceso junio 2021).
- Comelles J. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el s.XXI. En: (Comp.) Fernández Juárez G (ed). *Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*, 65-74. Disponible en: <http://www.pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-409283>. (Acceso junio 2021).
- Cornejo Valle, M., & Blazquez Rodríguez, M. (2018). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. *Revista de Antropología Experimental*, (13), 11-30. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1813>. (Acceso junio 2021).
- Cruz Rodríguez, E. (2013). Multiculturalismo e interculturalismo: una lectura comparada. *Cuadernos Interculturales*, 11(20), 45-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/552/55228138003.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Espinosa Brito, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Rev Cubana Salud Pública*, 39(1), 1-3. Disponible en: www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41101. (Acceso junio 2021).
- Estados Unidos Mexicanos SdS. (2014). Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. DF, México. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Ferrao, V.M. (2013). Educación intercultural crítica. Construyendo caminos. En: C. Walsh (coord.), editor. *Pedagogías decoloniales Prácticas insurgente de resistir, (re)existir y (re)vivir*. pp. 145-161. Tomo I. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.
- García Fernández, J.A., & Gonzalo San Nicolás, V. (2014). Una visión crítica de la diversidad lingüística y cultural. En: Moreno Gómez, editor. *Escuela, diversidad cultural e inclusión*. Madrid, España: Catarata. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/DIDA/article/download/52115/48122/>. (Acceso junio 2021).
- Giménez Romero, C. (2003). Pluralismo, multiculturalismo e interculturalidad. Propuesta de clarificación y apuntes educativos. *Educación y Futuro. Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, (8), 9-26. Disponible en: <http://www.red.pucp.edu.pe/ridei/wp-content/uploads/biblioteca/100416.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Juncosa, J. (2014). Buen Vivir, relacionalidad y disciplina desde el pensamiento de Lewis Gordon y Martin Nakata. *Alteridad*, 9(1), 19-34. Disponible en: https://lewisrgordon.com/selected-critiques/articles/alt_v9n1_juncosa.pdf. (Acceso junio 2021).
- Lasso López, R.A. (2016). Iniquidad y desigualdad: Las reformas de la salud en los estados plurinacionales de nuestra América. *Rev. de Salud Púb. y Nutr.*, 15(3), 35-43. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn163e.pdf>. (Acceso junio 2021).

- López Borbón, D. (2014). Relevancia de la incorporación de la perspectiva intercultural en el cuidado y la promoción de la Salud. *Rev Enfermería Actual de Costa Rica*, (26), 1-8. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/448/Resumenes/Resumen_44831277012_1.pdf. (Acceso junio 2021).
- Mariscal San Martín, L., & Rodríguez Medrano, V. (2015). El cuidado directo de salud y la ética como expresión de competencias profesionales específicas en el Técnico Superior en Enfermería en Ecuador (TSE). *Santiago*, (137), 571-588. Disponible en: <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/download/21/16>. (Acceso junio 2021).
- Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000100109&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. (Acceso junio 2021).
- Monroy Gaitán, J.F. (2017). La evaluación de los indicadores de interculturalidad en los programas de salud dirigidos a la población indígena y la importancia de la comunicación intercultural. *Revista de evaluación de programas y políticas públicas*, (8), 71-89. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/REPPP/article/download/15952/16471>. (Acceso junio 2021).
- OPS/OMS. (2015). Perfil de salud de los pueblos indígenas de Guatemala. OPS/OMS. Guatemala. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc_download. (Acceso junio 2021).
- Pérez Hunteo, C.A. (2015). Salud intercultural desde la visión de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa multiétnico. Universidad de Concepción, Concepción, Chile Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/2142>. (Acceso junio 2021).
- Secretaría de Salud (SSA). (2014). Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 3ª. Ed, D.F., México: Programa Editorial del Gobierno de la República. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Stivanello, M.B. (2013). Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen*, (76), 1-8. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>. (Acceso junio 2021).
- Walsh, C., García Linera, A., & Mignolom, W. (2006). Interculturalidad, descolonización del estado y del conocimiento. Buenos Aires, Argentina. Ediciones del Signo. 62 P. Disponible en: https://monoskop.org/images/c/ce/Walsh_Mignolo_Garcia_Linera_Interculturalidad_descolonizacion_del_Estado_y_del_conocimiento_2006.pdf. (Acceso junio 2021).