

CONGRESO DE ATENCION PRIMARIA
MINSAL 2017

APS, enfoque intercultural y diálogo de
saberes

Ana María Oyarce
Escuela de Salud Pública
Dr. Salvador Allende G.
Universidad de Chile

Esquema

- ❖ I. Fundamentos, contexto y definiciones.
 - ❖ Modelo multicausal
 - ❖ Nuevos escenarios: reconocimiento a los derechos humanos y a la diversidad en salud

II. Enfoque intercultural y diálogo de saberes

III. Estudio de caso

IV. Desafíos

Perfil Epidemiológico Actual

- ❖ Aumento de enfermedades crónicas como Diabetes, Hipertensión, Obesidad (conducta y adherencia)
- ❖ Aumento de enfermedades complejas imbricadas en el **ambiente sociocultural**: Cáncer, Accidentes Cardiovasculares, Depresión y otras enfermedades mentales (soporte social, familia y comunidad).
- ❖ Aparición de nuevas enfermedades como SIDA, Anorexia Nerviosa (**conductas y modelos sociales**)
- ❖ Re-emergencia de enfermedades infecciosas: TBC

Modelo Unicausal y avances hacia uno multicausal

- ❖ Biomédico, unicausal y unilineal: enfermedades son un desbalance físico químico, basado en síntomas y con tratamientos biológicos individual insuficiente.
- ❖ Descubrimiento de que las enfermedades están completamente interconectados con el medio ambiente sociocultural
- ❖ No ha sido capaz de disminuir la inequidad en salud, y más aun ésta ha aumentado (OPS, 2005)



Modelo Multicausal


- ❖ Carga genética, pero la experiencia de vida, cultura, ambiente y posición socioeconómica pueden modificarla haciendo que la enfermedad se presente o no.
- ❖ La atención de salud y APS debe ser integral haciendo énfasis en la promoción y prevención a nivel de las familias y las comunidades
- ❖ Los sistemas de salud organizados y orientados en la comunidad logran mejores resultados, mas equitativos y eficientes, mejor satisfacción del usuario y más calidad (OPS, 2005) |

Nuevo escenario en América Latina: contexto socio político

• América Latina es una región multiétnica y multicultural: 26 países y más de 670 pueblos indígenas con una enorme diversidad cultural, socioeconómica y sanitaria.

- Pueblos indígenas: actores sociales: demandas de reconocimiento.
- Convenio 169 OIT y Declaración de Naciones Unidas (2007): cristalizado en un estándar mínimo de derechos colectivos
- Chile: 9 pueblos reconocidos, presentes en todos los Servicios de Salud.

- Migración internacional: complejidad del proceso en AL: aumento (90), otros flujos y países de destino
- Comunidades transnacionales
- Movilidad de pueblos
- Migrantes: grupos heterogéneos: nacionalidades, etnias, pueblos y comunidades
- Chile: 23 % de la población es inmigrante, de ellos un 80% se concentra en la RM, Tarapaca y Antofagasta.
- No se sabe cuántos provienen de pueblos indígenas



• Obligatoriedad para los estados/países de ampliar la titularidad de derechos y garantizar ciudadanía diferenciada de los pueblos indígenas (Convenio 169 OIT ratificado 2007 y Convención de los trabajadores migrantes y sus familias. ratificado 2007)

• Crecientes demandas de información capacitación del recursos humanos para atención pertinente de pueblos indígenas y migrantes

• **Confrontan a un Estado e instituciones monoculturales y monológicas**

Reconocimiento de la Diversidad en Salud

- ❖ Pluralismo médico
- ❖ Necesario fortalecer salud comunitaria, interculturalidad y diálogo de saberes
 - ❖ Participación activa de la comunidad organizada
 - ❖ Promoción de las medicinas indígenas, modelos locales de salud-enfermedad-curación.



- ❖ Reconocimiento de la diversidad en salud: necesidad de conocer y considerar:
 - ❖ Los mundos subjetivos de las poblaciones, pueblos, grupos y comunidades afectadas
 - ❖ Las prácticas locales en las cuales se producen el riesgo y la prevención
 - ❖ Los conceptos de salud-enfermedad-curación propios

Derechos individuales y colectivos Determinantes sociales



- ❖ Contexto sociopolítico
- ❖ Estratificación social: discriminación
 - Posición socioeconómica
 - Etnia
 - Género



Exposición
diferencial

Vulnerabilidad
diferencial

INEQUIDADES
EN SALUD

Determinantes sociales, perfil epidemiológico e inequidades

¿Qué sabemos?

- Información limitada, dispersa, fragmentada, desactualizada



- Transición epidemiológica polarizada
- Sobre mortalidad indígena en todas las causas, aumento suicidio.
- Migrantes: datos estereotipados
- Migrantes en áreas de destino: tasas mas altas en países de orígenes TBC.



- Heterogeneidad territorial, étnica y socio cultural.

II. Modelos y enfoque intercultural en APS

- ❖ Modelo Intercultural en Salud Comunitaria: entender la enfermedad y promover la salud como el resultado de múltiples dimensiones biológicas, sociales, culturales y psicológicas interconectadas, en contextos locales particulares e insertos en determinadas estructuras de poder:
 - ❖ Fortalecer modos de vida y factores protectores
 - ❖ Enfrentar y disminuir estilos de vida y factores de riesgo
- ❖ Incluir otras perspectivas y actores en Salud Comunitaria (profesionales, sanadores tradicionales, agentes comunitarios, grupos de base, monitores, trabajadores de la salud, usuarios, familiares)
- ❖ Contribuir a un proyecto histórico de sociedad en un marco de **participación** social y reconocimiento de los **derechos** humanos que sea capaz de reducir la **inequidad** (Madariaga, 2004; OPS, 2005) con miras a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Enfoque intercultural: contexto

- Relaciones interculturales en un contexto de asimetría de poder y de inequidad de los grupos al acceso a los sistemas de atención en la salud entendida como bien público.
- Salud intercultural: reducción de los cultural a dimensiones simbólicas de los "otros"
- En salud en un contexto de hegemonía de la biomedicina sobre los sistemas y culturas de otros grupos marginales o subalternos.
-

Enfoque intercultural y diálogo de saberes

El diálogo de saberes es una oportunidad excepcional de entablar una relación fructífera entre sistemas de conocimiento diferentes. Es una invitación a generar nuevos campos de conocimientos y campos sociales de acción

- **Saber aprender**
 - Reflexión sobre las bases culturales de todos los sistemas de sanación incluida la biomedicina
 - Reflexión sobre modelo monocultural y poder hegemónico de la biomedicina
- **Desaprender**
 - Modelos monológicos
 - Las verdades "universales"; enfermedades y síntomas como universales
 -
- **Reaprender;**
 - Modelos dialógicos
 - Contexto y significado
 - Fomentar una cultura de la vida, la solidaridad y la diversidad humana

1. Aprender: Lo social en medicina y APS

Reconocer que todas las categorías de enfermedad y medicinas y las formas de abordarla son sociales y culturales

- Bases teóricas, métodos, conceptos: salud-enfermedad-curación, cuerpo, normal-anormal, están contruidos en el marco de la sociedad y cultura occidental que le otorga sentido. (Kleinman, 1989; Pedersen, 1989; Castillo, 1997).
- Como disciplina sus funciones son la construcción de la experiencia de la enfermedad, el manejo cognitivo (denominación, explicación, tipificación, clasificación) y manejo terapéutico (Kleinman, 1989; Castillo, 1997)
- Modelo epistemológico y cognitivo existen determinados conceptos de realidad, persona (ego) y cuerpo que deben ser estudiados y explicitados
- Relativizar su utilidad para distinguir la sanidad de la enfermedad en otras sociedades y culturas y la implicancia de ésto en los modelos y programas de salud intercultural
- La construcción cultural de la medicina y de la APS: reconocimiento de la sociedad científica al saber y participación de la comunidad ALMA ATA

2. Desaprender: La supuesta universalidad de los síntomas

- ❖ Modelo biomédico: sus principales vertientes son el positivismo (Descartes, siglo XVIII) que plantea un dualismo entre la mente racional y el cuerpo natural que sentó las bases de un tipo de pensamiento reduccionista con un concepto mecánico del cuerpo y sus funciones (Sheper-Hughes, 1990).
- ❖ Modelo positivista: las observaciones son directa representación de la realidad, las enfermedades y sus síntomas son realidades. .
- ❖ Contexto: Comprender que la experiencia y dolencia puede no corresponder a un modelo cognitivo occidental : Ejemplo: si occidente si un individuo siente que "alguien lo acompaña" o escucha voces separadas de sus propios pensamientos es suficiente para un diagnostico de Esquizofrenia
- ❖ Sin embargo el **significado** de un espíritu o fuerza y/o de escuchar voces no es el mismo a través de la culturas

3. Reaprender: Contexto y significado cultural

- ❖ Delusiones y alucinaciones no existen en el vacío, sino ocurren en un contexto sociocultural
- ❖ Escuchar voces y ver cosas no ordinarias tienen importantes implicancias como experiencias subjetivas e idiomas de la aflicción, tratamientos (resiliencia) y resultados. Ejemplo, las voces pueden ser parte de la experiencia psicológica o de "trabajo de la cultura" en el caso de un duelo.
- ❖ Oír voces o ver espíritus no son patológicos per se, si ellos son practicados en el contexto de instituciones culturales como religión y ceremonias terapéuticas proveen confort al enfermo o deudo y mantienen la salud y la vida (Castillo, 1997)
- ❖ Shamanes y sanadores son altamente diestros en esos estados, y se mueven en un mundo psicológico peligroso, una situación que una persona mentalmente enferma no puede enfrentar

3. Reaprender

Concepto de persona:

- ❖ Muchas de las definiciones de enfermedad están basados en la noción de una persona única y delimitable
- ❖ Sin embargo , estudios transculturales de personalidad han demostrado que en la mayor parte del mundo existen concepciones colectivas - socio céntricas de la persona,
- ❖ En esas sociedades lo importante es el bienestar de la colectividad por sobre el individuo
- ❖ Che: gente, no existe concepto de persona individual
- ❖ Che: kalil, rakiduum, am, pullu, piwke
- ❖ En el occidente hay solo explicaciones patologizadas cuando una persona experimenta mas de una personalidad
- ❖ En muchas sociedades y culturas el individuo puede experimentar múltiples personalidades través de la práctica de la posesión.
- ❖ tales experiencias ritualizadas y controladas son muchas veces normativas y valiosas formas de experiencias religiosas y conductas terapéuticas en esos contexto

- ❖ Caso de A. espíritu de kawa kawa

3. Reaprender: Concepto de cuerpo

- ❖ Tema central en salud intercultural
- ❖ Producto de contexto social, cultural e histórico (biomédico dualismo cartesiano)
- ❖ El cuerpo como entidad discreta y el yo único es una más de las epistemologías en relación a la mente, cuerpo, cultura, naturaleza y sociedad (Kleinman, 1998)
- ❖ Relaciones entre el cuerpo individual, social y político (Sheper-hughes 1991)
- ❖ Cuerpo puede ser usado para expresar un sentimiento de pertenencia, afirmación y también para expresar alienación, frustración, pérdida, resentimiento, resistencia
- ❖ Un aspecto central es cómo el cuerpo biomédico definido como universal contrasta con la experiencia de vida y el conocimiento local y global (Nichter, 1991)
- ❖ Posesión y trance pueden ser idiomas de la aflicción A. étnica, género y socioeconómica

Concepto de persona y cuerpo

Mapuche: Che sociocéntrico

Concepto de
persona-cuerpo
social

Cuerpo abierto al
equilibrio o
ruptura

Enfermedad causada por
una ruptura de códigos
morales

Terapias colectivas y/o
grupales

Trabajo de la cultura

3. Reaprender: modelos dialógicos

Monológico

- Unidimensionalidad
- Unidireccional.
- Jerarquía y el problema del poder .

Dialógico

- Multidimensionalidad
 - (biomedicina es tb un sistema etno medico)
- Bireccional
 - (Hacia y desde) y .
- Jerarquía y el problema del poder
 - Participación de la comunidad organizada



- Ejemplo
 - Depresión
 - TBC
 - IRA



- Competencia Intencultural

Competencia incultural

- No existen sujetos aculturales
- Habilidad requerida para tratar personas y establecer lazos terapéuticos efectivos y recíprocos **dialogando** con otros mundos de significado y comportamiento, no solo aquellos que tienen que ver con salud-enfermedad-curación sino con lo que tiene sentido en ese mundo cultural local en el cual está inmerso el paciente, familia, comunidad.
- Atención, intervención, gestión como un **Diálogo** entre interpretaciones de realidad, entre equipos y pacientes y sus familias, entre el conocimiento /cultura profesional y local.
- Seres humanos que **dialogan** para aliviar situaciones de sufrimiento, dolencia, pérdidas

Estudio de Caso : Depresión-Inakon-idioma de la dolencia

Joven mapuche de 22 años, estudiante universitario. Empieza con dolores de cabeza, tristeza, falta de energía, preocupación, le cuesta concentrarse, siente *“que alguien anda al lado, como que una sombra lo sigue”*.

Consulta en la clínica de la universidad, lo derivan a un psicólogo, quien diagnostica *“principio de depresión”*, le sugiere congelar el semestre y volver a la comunidad rural por un tiempo.

El joven vuelve al campo a casa de sus padres quienes sospechan de un *“ kalkutun, mal por envidia ”* y lo llevan a una *machi* de otra comunidad. Mediante un *ulutun* y la orina, la *machi* diagnostica que no es mal, sino que el joven tiene un *inakon* (espíritu que lo acompaña), posiblemente por *“debilidad”*. Le prepara unas botellas de remedio en base a yerbas y le aconseja: *que piense en las personas que mas lo aprecian y trate de pasar la mayor parte del tiempo con ellas*, también le recuerda *que sus padres lo quieren, que es muy valioso para la familia y comunidad*, finalmente le aconseja descansar.

A los tres meses el joven vuelve a Temuco y luego retoma sus estudios sin mayores problemas.

APS y Depresión: Aspectos Claves

Separación mente-cuerpo

- ❖ El cuerpo como una entidad separada de la mente (dualismo cartesiano) es un concepto occidental (Kleinman, 1998)
- ❖ La mayoría de las culturas no occidentales consideran el cuerpo-mente-espíritu como una sola entidad (Shepherd-hughes, 1991).



- ❖ Interrelación entre mente-cuerpo-espíritu y emociones,
- ❖ Cuerpo "abierto": lo que sucede en el medio natural, social y religioso penetra en el cuerpo físico y produce enfermedad (síntoma) *me enferme de pena, pura pena*
- ❖ Concepto de enfermedad y órganos sin límites exactos: se enferma "todo el cuerpo", o la enfermedad "se pasa de una parte del cuerpo a otra" (Oyarce, 2002)

APS y Depresión: Aspectos Claves

Orientación del yo

Las concepciones de emoción están basadas en las nociones del yo, que han sido caracterizadas a lo largo de un continuum entre ego-céntricas y socio-céntricas. (Castillo, 1997).

Individuos con un yo más auto-referido (egocéntrico)

se ven a sí mismos como más o menos únicos, como entidades e individuos separados.

asociado con las naciones industrializadas

Individuos con un yo mas socio-céntrico

se consideran más relacionados con otros, como partes de un colectivo

asociado con culturas no occidentales y/o tradicionales



Orientación sociocéntrica

Mapuche: valor puesto en lo colectivo sobre lo individual

Che: gente -persona

Factor de protección: (Schieffelin, 1985)

APS y Depresión: Aspectos Claves

Lenguaje de las Emociones

- ❖ En muchas sociedades la expresión de las emociones es privada
- ❖ Estas reglas, diferentes conceptos del yo y de las emociones, mas la ausencia de términos linguisticos lleva a variaciones cualitativas en la expresión de la depresión (Kleinman y Good, 1985)

En muchos pueblos las emociones son del ámbito privado: se recomienda no contar los sentimientos, especialmente los hombres pues se les enseña a soportar las cosas (Perez y Kidel, 1996)

“ el mapuche no llora, no debe mostrar sus sentimientos, debemos ser fuertes, cuando ya el corazon se rebasa, entonces le salen las lágrimas ”



La depresión se vive desde y con el cuerpo: los síntomas guías son siempre somáticos: implicancias para APS

Hacia modelos interculturales dialógicos salud

Proceso de construcción colectiva entre diferentes actores sociales

Negociación de significados culturales

Bienestar de pueblos

Espacio de mediación: territorial, sociopolítico, cultural y terapéutico contrahegemónico

- Epistemologías y modelos de realidad:
- Concepciones sobre:
 - Vida y muerte
 - Cuerpo, persona, tiempo y espacio (territorio)
 - Etapas y ciclos de vida
 - Salud-enfermedad-sanación



En síntesis

- Fortalecer los derechos y la diversidad cultural
- Desarrollar conocimientos y habilidades teóricas, cognitivas y afectivas para conocer y aceptar culturas médicas distintas y construir sentidos compartidos redistribuyendo las cuotas de poder.



Desafío:

- ❖ formular una perspectiva interdisciplinaria, holística efectiva en la comprensión, promoción y atención de las dolencias/enfermedades.
- ❖ Desarrollar políticas y organizar los servicios de salud de manera dialógica que aseguren la pertinencia cultural (territorios), reconozcan los sistemas médicos y saberes locales y el acceso a una salud entendida como bien social
- ❖ Requisito: biomedicina reconozca y reflexiones críticamente sobre sus bases culturales NO universales y sobre su estructura de poder.

Objetivo final: Contribuir a un proyecto histórico de sociedad en un marco de participación social y reconocimiento de los derechos humanos que fomente la solidaridad, equidad, inclusión social, centrado en las personas, comunidades y territorios donde la salud es promovida y protegida.

¿Cuál es el valor social de la APS?

- Que es social
- Que se construye entre varios actores sociales: comunidad y sanadores y equipos de salud.
- Que necesariamente implica diálogo comunicación y acuerdo entre personas familias y grupos en distintos contextos sanitarios y socioculturales
- Que promueve una sociedad solidaria, equitativa y recupera el sentido de lo humano: la relación significativa con pares que en algunas culturas incluye fuerzas y seres espirituales.