

Diversidad cultural y salud. Representaciones del personal sanitario

**Sacchi Mónica
Carrizo Karina
Bergagna, Alejandra
Universidad Nacional de Salta**

monica.sacchi@yahoo.com.ar ; karinacar19@yahoo.com.ar, alejandrabergagna@hotmail.com

Eje 4: Estado Ciudadanía y Salud

El Sistema de Salud en Salta está organizado en Áreas Operativas, muchas de las cuales cuentan con una presencia significativa de población originaria, especialmente en el norte de la provincia.

Para comprender y poder analizar la interacción del Sistema de Salud y las comunidades originarias, es necesario develar cómo se produce la construcción de identidad de ese “otro” que demanda, utiliza o forma parte de la población cubierta por la oferta pública sanitaria. Esta construcción de la “otredad” moldea las prácticas y re significa la representación social de los sujetos en procesos que generan relaciones y determinan modos de trabajo, que pueden obturar la posibilidad de generar canales de comunicación capaces de validar a la persona desde sus propias categorías, haciendo visibles otros modos de ser, vivir y saber, en un plano de respeto y legitimidad.

El indagar acerca de estas miradas y valoraciones, resultado de procesos socio históricos, posibilita el considerar a las comunidades indígenas como productoras de saberes y prácticas en salud y no solo como consumidoras de servicios.

El propósito del trabajo es interpretar las representaciones sociales del personal de salud que labora con pueblos originarios.

El diseño metodológico es cualitativo, a través de entrevistas a personal de salud que trabaja con contextos pluriculturales siendo los ejes de indagación las percepciones, imágenes, valoraciones y construcciones de identidad respecto a la población originaria.

En referencia a los indicadores sociodemográficos y perfil epidemiológico de la población originaria de la provincia, se tomarán como referencia los datos aportados por el Informe del Programa Sanitario de Relaciones Interculturales del Ministerio de Salud Pública de la provincia (2014).

La Provincia de Salta para el Sector Salud, se divide en 4 Zonas Sanitarias y 47 Áreas Operativas. La población se encuentra cubierta, por la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), en un porcentaje cercano al 60% (655.857 habitantes asistidos por 1400 Agentes Sanitarios), quedando sin cobertura las zonas más urbanas de la capital y de otras ciudades de la provincia.

El 48.7% de la población originaria se concentra en zonas urbanas, la Tasa de Natalidad de la población originaria asciende a un 3.1% y entre un 16% a 21% de las familias cubiertas se registra analfabetismo materno.

A partir de estos datos, se observa que menos de la mitad de las familias originarias de la provincia cuenta con agua segura en domicilio, factor central en la prevención de patologías diarreicas, parasitosis, y otras hidrotransmisibles. La situación de mayor vulnerabilidad, se encuentra en la zona del departamento de Rivadavia, lo que impacta en el estado general de los niños.

La mortalidad infantil en Salta, tiene un alto componente neonatal, que ronda un 62% del total de las defunciones, en su mayoría relacionadas con problemas en embarazo y parto. En la mortalidad posneonatal predominan las causas reducibles, observándose entre ellas las relacionadas con patologías del medio ambiente: Respiratorias, Diarreas y otras infecciones, en un 38.1%, las relacionadas con problemas en el embarazo/parto, con un 16.2% anomalías congénitas, en un 17.1%, con un importante porcentaje de mal definidas /Desconocidas: 24.8%. Del total de las muertes de menores de 5 años, el 25% corresponden a niños mayores de 1 año, por causas relacionadas con enfermedades prevalentes en la infancia y desnutrición, situación que aparece casi exclusivamente en la población originaria de la zona norte, especialmente en las zonas con población chaqueña. Profundizando en esta situación, es posible observar que del total de niños originarios fallecidos en 2013, el 63% pertenece a Pueblos Originarios.

En relación a los derechos de los pueblos originarios, en el plano Internacional el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (1966), el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo de 1989 y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del año 2007, establecen el marco de referencial de reconocimiento y tratamiento hacia los pueblos Indígenas. En Argentina la reforma de la Constitución de 1994, incorpora el reconocimiento de los pueblos indígenas argentinos como sujetos de derecho en el artículo 75. Asimismo, la reforma de la Constitución Provincial en 1986 y la Ley N° 7121 del año 2000, legislan idéntico reconocimiento de los pueblos, estableciendo la adecuación de las políticas en educación, salud, vivienda y seguridad social y económica.

Los marcos legales descriptos resultan suficientes para el reconocimiento de las diferentes cosmovisiones y la rica presencia de poblaciones originarias que habitan nuestro país, de la cual la provincia de Salta alberga la mayor diversidad. Pero su concreción efectiva mediante la aplicación de políticas públicas que permitan el cumplimiento de los derechos, es materia pendiente provocando conflictos diversos y específicamente en el plano de la salud, la inaccesibilidad geográfica, administrativa y cultural al sistema de atención, materializada en los abordajes casi exclusivamente biomédicos de las problemáticas.

La relación entre el personal de salud y la población está atravesada por la construcción que cada uno tiene del otro, proceso que configura los modos de atención y facilita u obstaculiza la utilización del Sistema Sanitario.

Pensamos las representaciones sociales, como la modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios (Moscovici, 1979). Desde esta perspectiva, puede visualizarse la complejidad de estos procesos que son necesarios deconstruir para comprender su dinámica y los efectos que produce en las relaciones sociales. Desde este enfoque nos permitimos indagar en la construcción de identidad de ese “otro” que es paciente, usuario, o pertenece a la población cubierta por la oferta pública sanitaria, moldea las prácticas de atención del personal de salud ya que están surcadas por mecanismos de clasificación y jerarquización, que ubican a las personas y a las colectividades al interior de las líneas de fuerzas sociales desplegadas en cada momento histórico (García Lineras, 2015).

Los pueblos originarios en nuestro país, ocupan un lugar de subalternidad socio histórico, expresado en la falta de reconocimiento de su identidad, la vulneración sistemática de sus derechos y las condiciones precarias de vida. Este posicionamiento atraviesa y a la vez configura las relaciones que se establecen entre las comunidades originarias y las instituciones públicas como los Municipios, la Salud y la Educación, entre otros.

La inclusión de una identidad determinada implica definir una frontera, a partir de la cual comienza la otredad establecida en relación a una serie de diferencias que están socialmente reconocidas e involucran una violencia constitutiva (Dussel, 2004).

El construir al “otro” como un otro diferente, conduce a la clasificación y a la atribución de una serie de características que llevan a la justificación de acciones de tutelaje, convirtiéndose en un “objeto de intervención”, al cual se le fijan los límites en lo que puede o no puede hacer, en un proceso de disciplinamiento desde una postura etnocéntrica que ignora y soslaya “otros” modos de ser y de vivir.

El concepto de “habitus” como sistemas de disposición duraderos y transferibles, estructuras que actúan como principios generadores y organizadores de las prácticas y representaciones, da cuenta de la génesis de estas construcciones (P. Bourdieu, 1993). Los modelos de atención se van configurando apoyándose en estas construcciones del otro, como sujeto que requiere normas y pautas a ser aprehendidas.

Por otra parte, como afirma el mismo autor, las relaciones sociales se juegan en “campos” que están mediados por el ejercicio del poder que se construye a partir de una compleja trama de dimensiones en las cuales, la percepción del *otro* (paciente, usuario, beneficiario) juega un papel determinante.

En el caso particular de poblaciones originarias, este proceso se potencia a partir de la percepción del otro como un individuo perteneciente a un grupo sociocultural diferente y en muchos casos, extraño.

Es así que, el poder comprender la construcción que realiza el personal de salud respecto al poblador originario, se torna imprescindible para develar los modos de relación, de trato y de comunicación que

se establecen, que muchas veces son fundamentales para explicar la accesibilidad y la utilización del Sistema Sanitario por parte de las comunidades indígenas

Los resultados muestran cómo la representación de ese “otro”, que se cimenta en la experiencia previa, en los conocimientos e informaciones elaborados desde el sentido común, va configurando un posicionamiento como agente de salud que condiciona los modos de relación.

Algunos miembros del personal de salud distinguen entre las comunidades originarias con las cuales trabajan, y afirman que los pacientes de la comunidad wichi tienen hábitos, que se alejan de los patrones considerados “normales” de comportamiento, manteniendo más que otros pueblos originarios sus costumbres, su lengua. Diferencian con otras comunidades, en las cuales consideran que ellos son los más pasivos y eso les produce mayor dificultad en el trabajo, diferenciando la relación con el blanco/criollo, con quienes se produce una mayor identificación y cercanía.

Esta mirada que clasifica y jerarquiza, coloca a la población criolla en otro lugar, en el cual el profesional se siente más cómodo para poder trabajar.

Sin embargo, en los testimonios de otros profesionales se desprende una mirada diferente, que evita la jerarquización y valoración, sino que busca una actitud empática, de comprensión de su situación social, económica y cultural, en la cual identifican la dificultad de la población originaria de estar fuera de su comunidad cuando son derivados a un Hospital de mayor complejidad en la ciudad.

En esta misma perspectiva, hay profesionales que cuestionan el modelo de atención desde una visión única, homogeneizadora, poniendo en cuestión la mirada monocultural y dominante, ejercida desde los servicios de salud.

Desde una perspectiva de género, algunos profesionales “interpretan” el silencio de algunas mujeres, como un comportamiento de mujer sumisa y sometida, ya que no se “comunica”. Esta situación obedece a procesos muchos más complejos, en los cuales el limitado manejo del castellano especialmente en las mujeres wichis, contribuye a esa comunicación restringida.

La posibilidad de cuestionar y deconstruir estas representaciones del poblador originario posibilita cambios actitudinales que favorecen no solo a la persona que recibe atención, sino también al profesional ya que se posiciona en otro lugar, evitando o morigerando algunas situaciones de incomodidad, ancladas en el prejuicio o estereotipo.

Si bien hay testimonios de profesionales de la salud no indígenas que indagan y valoran la cultura de las comunidades originarias, la presencia de enfermeros/as o agentes sanitarios provenientes de las comunidades son los que facilitan la relaciones con el sistema de salud. Diversos testimonios dan cuenta de esta mirada que contribuye a crear puentes de acercamiento y no de diferenciación.

La posibilidad de comprender al *otro*, de poder relacionarse está fuertemente atravesada por la necesidad de tener respeto a sus tiempos, que suelen ser diferentes a los que se manejan en las instituciones de salud. El atributo que los caracteriza como “cerrados”, obtura la oportunidad de establecer un vínculo.

Ante situaciones de vulneración de derechos, muchos de los indígenas son conscientes de los derechos que los asisten y en ese sentido reaccionan.

Esta afirmación sobre sus derechos no implica necesariamente un reconocimiento del otro como igual, resulta en algunos casos un mecanismo de protección personal e institucional ante posibles denuncias.

De acuerdo a los testimonios de los agentes de salud, el trabajar en el Primer Nivel de Atención, pareciera ser un factor que contribuye a establecer un vínculo más cercano. La cercanía espacial, así como la cobertura a un número más restringido de familias permite un trato diferente y la posibilidad de conocer la situación de las personas.

Se genera un reconocimiento que produce un sentimiento de satisfacción por el hecho de haber contribuido a la mejora de un paciente, a la escucha de un problema, a la confesión de una preocupación. Esta situación está presente especialmente en el personal de enfermería, que se apropia de la representación social de la Enfermería como vocación. Este contacto más cotidiano con la gente, facilita una relación de mayor cercanía, en la que los mismos agentes de salud reconocen la importancia que cobra en la relación con los pueblos originarios la comunicación y el buen trato.

Se constata en los testimonios, que cuando el agente de salud es de un pueblo originario tiene otro modo de acercamiento por tener otra representación de su paciente indígena.

Se refuerza la importancia de las relaciones personales que se establecen con la población originaria para el logro de una mejor accesibilidad al Sistema Sanitario, así como la necesidad de una mayor flexibilización de las instituciones, con instancias de participación y autogestión ligadas con el derecho

a la participación y administración de los servicios de salud, particularmente los que se asientan en comunidades con población originaria.

Se observa una generalización sobre las actitudes del “otro” paciente como “desobedientes” a las prescripciones que se realizan, sin poder contextualizarlas culturalmente.

La accesibilidad al sistema de salud, depende más de la buena voluntad de los agentes de salud que de políticas públicas sostenidas.

Cuando el personal de salud es de pueblos originarios, los procesos de atención tienen en cuenta las características del poblador, sus creencias, costumbres y en algunos casos su idioma. Estos factores constituyen prácticas que contribuyen a una mejor accesibilidad y utilización del sistema sanitario y a la vez propician cambios institucionales, que si bien son incipientes y no se constituyen como un diálogo de saberes, crean espacios de respeto y entendimiento.

Se marca como pendiente la formación y contratación de personal de salud de pueblos originarios como reclamo justo y necesario, que cuestiona los modelos actuales de formación actuales y son necesarios para marcar el cambio de paradigma en cuanto a los modelos de atención de salud.

El concepto de salud intercultural involucra el objetivo último de lograr un diálogo equilibrado entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud propios de las comunidades, respetando y manteniendo la diversidad, así como buscando formas de articulación capaces de garantizar los derechos individuales y colectivos que los asisten. Al decir de Tubino (2004) se trata de un tema de justicia cultural, estrechamente ligado a la búsqueda de la equidad social y la ciudadanía en un país pluricultural.

Así mismo, la posibilidad de comprender la lógica de su cosmovisión, con una actitud de apertura y respeto da lugar a la apreciación de hábitos y valores así como el cuestionamiento de la propia cultura. En ese sentido X. Albó (2004) plantea que uno de los mecanismos para lograr la interculturalidad en salud no es solo comprender y respetar la cultura del otro, sino también tener la capacidad de poner en cuestión la propia cultura.

La posibilidad de entender a ese *otro* genera canales de comunicación capaces de validar a la persona desde sus propias categorías haciendo visibles otros modos de ser, vivir y saber en un plano de respeto y legitimidad, bases de la interculturalidad.

La generación de espacios de problematización de los modelos actuales de atención, se vuelve imprescindible para poder desentrañar los valores, creencias y construcción del *otro* como paciente o usuario, que posibiliten visualizar estas construcciones y representaciones que atraviesan los procesos de atención y promoción de la salud.

Palabras claves: personal sanitario; representaciones; pueblos originarios

Bibliografía

- Albó, Xavier (2004): Interculturalidad y salud, en Fernández Juárez (coordinador) Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito, Ecuador.
- Bourdieu Pierre (1993): El Sentido Práctico. Turus Madrid.
- Bourdieu Pierre (1994): Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action Éditions du Seuil, París.
- Citarella, Lucas (2010): Algunas reflexiones sobre los sistemas médicos en YACHAI TINKUY, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina. Luca Citarella- Alessia Zangari Editores. Editorial Gente Común, Bolivia.
- Dussel, Inés (2004): Inclusión y exclusión en la escuela moderna argentina, una perspectiva pos estructuralista. En Cuadernos de Pesquisa Col.34 N° 122 pp.305-335 (mayo-agosto)
- García Lineras, Álvaro (2015): Identidad boliviana, Nación, Mestizaje y Plurinacionalidad. Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Jockers, Elfi (2014): Informe del Programa Sanitario de Relaciones Interculturales del Ministerio de Salud Pública, Salta.
- Leininger, Madelaine (1999): Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural, Editorial de *Revista Cultura de Cuidados*, 2.º Semestre 1999-Año 111-N.º 6
- Lorenzetti, Mariana (2011): Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la salud en el Chaco Salteño, *Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana*, Vol. 1, N°2, 2do. Semestre.

- Lorenzetti, Mariana (2012): Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social, CAS/IDES*. Vol. 2 - N° 1. Pp. 41-54. Disponible en: http://cas.ides.org.ar/files/2012/05/04_eas_v2_n1_loren.pdf
- Menéndez Eduardo (2005): El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, *Revista Salud Colectiva* v.1 n.1 Lanús ene./abr. 2005
- Moscovici Serge(1979:). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina, Huemul S.A.
- Organización Panamericana de la Salud (2008): Una visión de Salud Intercultural para Pueblos Indígenas en las Américas. Biblioteca Sede OPS ISBN: 927532607X
- Plaza, Fernando (2011: España ante la diversidad cultural construyamos una enfermería intercultural. *Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria, Enferm Comun* 2011; 7(1).
- Rodrigo, Miguel. *La comunicación intercultural* en Portal de la Comunicación: http://fsalud.unsa.edu.ar/moodle/pluginfile.php/18531/mod_resource/content/3/comintercultural%5B1%5D.pdf
- Torres Chamorro, Sol (2001): El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología*, 2001, 17, artículo 15.<http://hdl.handle.net/10481/7475>
- Tubino (2004): El interculturalismo latinoamericano y los Estados Nacionales. Conferencia Magistral Foro Latinoamericano sobre interculturalidad, Ciudadanía y Educación. FLAPE. México.
- Valverde Gefael, Clara (2007): “Comunicación terapéutica en enfermería”. Difusión avances de Enfermería. Madrid, Valencia. Introducción y Cap. 1