

Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales

Migration and mestizajes: concepts and debates for the theoretical approach to health in intercultural contexts

Alejandra Carreño¹
Báltica Cabieses²
Alexandra Obach³
Claudia Pérez⁴

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, dadas las transformaciones de la sociedad, existe acuerdo sobre la necesidad de generar un diálogo interdisciplinario sobre las problemáticas sociales que atraviesan distintos ámbitos de la salud. Objetivo: el presente artículo pretende discutir los principales conceptos, conflictos y debates que configuran la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales, considerando que la transformación de las sociedades debido a la globalización pone en discusión, en los espacios institucionales, las medidas a tomar para enfrentar los nuevos desafíos en la atención del proceso salud/enfermedad.

Metodología: A partir de una revisión de literatura científica, el ensayo busca describir los principales conceptos que subyacen a la relación entre salud y cultura, y los desafíos que imponen a la salud pública en América Latina, buscando ser una herramienta de apoyo para los equipos que se aproximan a la migración, así como para quienes perciban la necesidad de incluir el debate sobre la cultura en el cumplimiento de sus propósitos sanitarios.

Resultados: Se realiza una aproximación a los principales conceptos y desarrollos teóricos surgidos desde la irrupción de la cultura en el ámbito sanitario, tanto para abordar las problemáticas de pueblos indígenas como para los nuevos desafíos que ponen las migraciones. Se conectan estos debates con los compromisos asumidos por la salud pública.

Conclusiones: Los procesos de mestizaje, se traducen hoy en día en la configuración de sociedades siempre más habituadas a una composición heterogénea, marcada por los procesos migratorios y por las hibridaciones de prácticas y saberes “autóctonos” como la de los pueblos indígenas, con prácticas y saberes “alóctonos” como la propia biomedicina. Las consecuencias de este proceso presentan importantes desafíos para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública, en las que resulta siempre preponderante integrar los conceptos y debates ligados a la cultura, y no sólo cuando se enfrenta a grupos étnicos específicos como grupos indígenas o comunidades migrantes.

Recibido el 9 de octubre de 2018. Aceptado el 08 de noviembre de 2018.

1 Antropóloga, PhD. Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

2 Epidemióloga Social, PhD. Directora Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

3 Antropóloga, PhD. Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

4 Enfermera, Mg. Directora Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correspondencia a: a.carreno@udd.cl

Palabras Clave: Salud – Latinoamérica- Origen étnico y salud- Migración Internacional - Cultura Indígena- Política Pública (Fuente DeCS)

SUMMARY

Introduction: Nowadays, there is agreement on the need to generate an interdisciplinary dialogue on the social problems that cross different areas of health. Objective: this article aims to discuss the main concepts, conflicts and debates that shape the theoretical approach to health in intercultural contexts, considering that the transformation of societies through globalization puts into discussion in institutional spaces, the measures to be taken to face the new challenges in the care of the health / disease process.

Methodology: Based on a review of scientific literature, the essay seeks to describe the main concepts underlying the relationship between health and culture and the challenges they impose on public health in Latin America, seeking to be a support tool for the teams that they approach migration, as well as for those who perceive the need to include the debate on culture in the fulfillment of their health purposes.

Results: An approximation is made to the main concepts and theoretical developments arising from the emergence of culture in the health field, both to address the problems of indigenous peoples, as well as the new challenges posed by migrations. These debates are connected with the commitments assumed by public health.

Conclusions: Miscegenation processes are translated today in the configuration of societies that are always more accustomed to a heterogeneous composition, marked by migratory processes and by the hybridization of practices and knowledge. “Indigenous” as that of indigenous peoples, with “allochthonous” practices and knowledge such as biomedicine itself. The consequences of this process present important challenges for the fulfillment of the essential functions of public health, in which it is preponderant to integrate the concepts and debates linked to culture, always and not only when faced with specific ethnic groups such as indigenous groups or migrant communities.

Key words: Health – Latin America– Ethnicity and Health- International Migration - Indigenous culture – Public Policy (Based on DeCS, BIREME)

Cuadro 1: Glosario resumido de conceptos principales en salud intercultural

Interculturalidad	Modo de acción en el que las personas, grupos e instituciones conviven y se relacionan desde su diversidad, desde su historia y sus posiciones de poder, de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial (7).
Cultura	“complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad” (15).
Globalización/ Mundialización	Proceso de integración mundial en los ámbitos político, económico, social, cultural y tecnológico, que ha convertido al mundo en un lugar cada vez más interconectado, una aldea global (19).
Sociedad Multicultural	Grupos en los que se reconoce la existencia de diferencias culturales internas, que, sin embargo, no necesariamente atienden a la interacción entre estos grupos socio-culturales diversos, ni ejercen un reconocimiento explícito a cómo estas interacciones pueden ir modificándolos en el tiempo (14).
Derecho a la Diferencia en Salud	Como la responsabilidad del Estado y de sus instituciones de reconocer, respetar y proteger las culturas indígenas y otras minorías étnicas, con el objetivo de revertir las evidentes desigualdades que éstas presentan en materias sanitarias respecto a la población no-indígena.
Competencias Culturales en Salud	Habilitaciones del equipo de salud para conseguir trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia, conocimientos, habilidades y deseos de encuentros culturales (26, 27).
Encuentro Intercultural en salud	Espacio de negociación intersubjetiva en el que se sientan las bases, límites y características de la atención entre personas de trayectorias culturales diversas. Además de las habilidades de flexibilidad y adaptación, se recuerda la importancia de considerar contexto, condiciones causales, condiciones intervinientes, propiedades, estrategias de acción interacción y sus consecuencias en la creación de este espacio negociado de encuentro con el otro (29).
Facilitador Lingüístico	Figura clave para la traducción y comunicación eficaz que facilita la comunicación desde el idioma nativo de la persona nativa al castellano, así como acompaña el proceso completo de atención del migrante y da acceso del equipo de salud a información fundamental sobre el paciente, para la resolución de su problema de salud (30).
Mediador Cultural	Figura profesional en proceso de definición, conocedora de la lengua y cultura tanto del paciente como del terapeuta, así como del funcionamiento del sistema de salud biomédico (31)
Funciones Esenciales Salud Pública	Condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública (33)

INTRODUCCIÓN

En torno al informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2005 sobre la necesidad de abordar la salud desde la perspectiva de las determinantes sociales, a nivel mundial se ha generado una reconocida urgencia por aclarar la forma en la que diversos factores se relacionan y generan desigualdades sociales en salud (1). A pesar de que se han observado diferencias en la forma de abordar estos determinantes sociales entre países, es posible afirmar que en América Latina reducir las inequidades en salud ha sido una prioridad asumida por Estados e Instituciones mediante políticas y programas, uno de cuyos focos históricos ha sido la población indígena. Como sabemos, los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: “son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población” (2,3).

Con el objetivo de actuar sobre las desigualdades sociales en salud que afectan a esta población y que se consideran prevenibles, modificables e injustas, se han instalado planes y programas en todo el continente (4), que desde distintas perspectivas intentan reducir barreras culturales que están detrás de algunas de las vulnerabilidades que presentan múltiples comunidades indígenas (5). Si bien llevan más de dos décadas desde su instalación, los modelos de salud intercultural en América Latina, con foco prioritario en pueblos indígenas, sólo recientemente están discutiendo respecto a los retos que implican los flujos migratorios internacionales. Este fenómeno está transformando el perfil demográfico de países tradicionalmente fuente de emigración, que hoy se configuran con fuerza como destinos de inmigración sur-sur, como sucede en el caso de Chile.

Frente a la transformación de los flujos migratorios en América Latina, resulta urgente superar la comprensión de la interculturalidad en salud desde una perspectiva exclusivamente concentrada en la diversidad indígena, ampliándola hacia una visión global, que permita garantizar su ejercicio en los diversos contextos marcados por distintos orígenes y expresiones de la diversidad cultural. La interculturalidad en salud, en consecuencia, pasa de ser un modelo de acción focalizado principalmente en las necesidades de los pueblos indígenas, a una forma de hacer en salud en contextos en los que se reconoce la presencia de diversidades, marcadas por relaciones históricas y

políticas que se traducen en relaciones específicas con la medicina oficial del Estado. Partir de este sustrato, permite comprender la interculturalidad desde la necesidad de reconocimiento del otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial, en el ámbito específico de la salud, y en dimensiones adicionales a la pertenencia étnica como son el estatus migratorio, la diversidad de género y sexual, socioeconómica, intergeneracional, entre muchas otras (6,7). En este documento desarrollaremos la propuesta de ampliar la mirada de interculturalidad en salud para la inclusión explícita de migrantes internacionales, como punto de partida necesario de una eventual re-significación del concepto y su marco de referencia en salud a futuro.

ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Al enfrentar una situación en salud que pueda develarse conflictiva por la presencia de “factores culturales” (8) que resultan incomprensibles para los equipos médicos, es importante recordar dos aspectos que nos hablan de la historicidad que está implícita en estos contextos: a) La pretendida neutralidad y universalidad las cuales el conocimiento biomédico se construye a partir de su nacimiento como ciencia; b) las consecuencias que tal postura ha generado en la relación entre usuarios y sistemas médicos.

Respecto al primer tema los historiadores de la medicina recuerdan que el nacimiento de ésta como ciencia surge a partir de un distanciamiento de los factores sociales asociados al proceso salud/enfermedad (9). La medicina refuerza su proceso de institucionalización desde una “minusvaloración de una visión social de la salud, la enfermedad y la atención” (10). Desprendida del sujeto, la medicina occidental articula su acción a partir de la noción de la enfermedad como entidad natural y universal, en la que los factores sociales e históricos que la construyen quedan remitidos a variables que sólo hoy se revalorizan en salud pública, a partir por ejemplo del modelo de determinantes sociales en salud (1). La pretendida universalidad y neutralidad del modelo médico occidental repercute en los conflictos que emergen cuando, a partir de las transformaciones que sufren las sociedades, se evidencian las contradicciones históricas y políticas que subyacen a su expansión a nivel global.

De esta primera proposición, se desprende la

necesidad de recorrer la historia de los contextos en los que la biomedicina se ha instalado en el mundo. Si bien hoy en día este sistema médico se ha transformado en un modelo hegemónico a nivel global, es relevante destacar que su “condición cosmopolita” (11), se origina en un (des)encuentro que reproduce relaciones desiguales de poder entre países, así como conflictos étnicos y de clase arraigados al interior de la especificidad de cada sociedad. Como detallan autores de diversas latitudes, la expansión global de la biomedicina es el resultado de procesos cuyos orígenes se remontan al colonialismo (12), momento en el cual se sientan las bases de la expansión del sistema capitalista y del Estado-Nación como modelo de gobierno. En este contexto, la biomedicina establece una relación con las minorías étnicas que, desde sus orígenes gesta una contradicción: por una parte, es resultado de la ampliación de los derechos de acceso a salud al actuar específicamente en las zonas donde ésta no estaba asegurada, por otra parte, en este ejercicio de universalización reproduce las relaciones de hegemonía y subalternidad propias del proceso de colonización, pues a pesar de pretender ser un conocimiento neutro y universal, encarna los saberes y poderes que están en el corazón del proyecto colonizador de ciertas sociedades sobre otras (8).

En este cuadro histórico se instalan las primeras bases de los programas de cooperación internacional y de intervenciones locales desde los que surgen las primeras acciones en salud intercultural dedicada a pueblos indígenas (13). La dimensión aplicada de la intervención, así como la prevalencia de una visión de la población usuaria como victimizada y carente (11), instala barreras históricas a la horizontalidad, el diálogo y la complementariedad que están a la base del ejercicio de las relaciones interculturales.

Situación similar se ha observado respecto a la situación de salud de los migrantes en distintos contextos internacionales. En Chile, los indicadores estadísticos reflejan por una parte un menor auto-reporte de problemas de salud que la población local chilena (14), y por otra, la existencia de subgrupos de inmigrantes con bajo nivel económico, cuyos resultados de salud son peores que los demás grupos migrantes y muy similares a los resultados de la población local en Chile, pese a ser, en promedio, más jóvenes que los chilenos (15). Esto implica que, si bien se han realizado enormes avances en materia de acceso y uso a los servicios de salud por parte de migrantes internacionales en Chile, la falta de una perspectiva

intercultural con foco en la inclusión de las necesidades y potencialidades de estas poblaciones, puede transformarse en un factor que paraliza las acciones sanitarias en la medida que impone barreras entre equipos de salud y población usuaria, al reproducir relaciones de verticalidad en la que estos últimos siguen viviendo en realidades desconocidas e impensadas para los operadores biomédicos. Por este motivo, los conceptos teóricos que sustentan la interculturalidad en salud deben ser discutidos e incorporados en la práctica sanitaria con la conciencia de actuar en un espacio social altamente marcado por la historia y las dinámicas globales de poder.

CONCEPTOS CLAVE PARA EL EJERCICIO DE LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES

Del concepto de cultura a las sociedades multiculturales

Una vez comprendidas las variables históricas que determinan la creación de los contextos interculturales en los que hoy se ejerce la salud, es importante reflexionar respecto a la aplicación de conceptos clave, provenientes de las ciencias sociales, para el análisis de los problemas que surgen en los contextos interculturales en los que se aplica la salud. Muchas veces en los equipos de salud o en las políticas, planes y programas dedicados a este tema, se utiliza el concepto de cultura como fuente de explicación de los conflictos que surgen al atender a usuarios de orígenes diversos al propio. Por ejemplo, si un usuario de origen rural niega un diagnóstico y se demuestra reticente al tratamiento, es probable que el equipo médico llegue a la conclusión que su problema es de carácter cultural. Lo mismo podría suceder si tal paciente fuera de una clase social inferior a la del equipo médico, con menor nivel educativo o si fuera de origen indígena y/o migrante internacional. Esto da lugar a confusiones y abusos del concepto, por lo que urge recordar que cultura es un concepto sobre el cual la antropología ha generado las bases de su discusión como disciplina, diferenciándolo de otros conceptos asociados como raza y etnia.

A pesar de lo extendido del debate y de los distintos posicionamientos teóricos que la definición de cultura implica, es posible concebir la cultura como “un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad” (16,17). En este sentido, todos los sujetos y los sistemas médicos, incluida la medicina occidental y sus agentes de salud, son culturales, es

decir, pertenecen a un determinado grupo, con una historia específica y una forma propia de ver el mundo y entender la salud y la enfermedad (18). En consecuencia, las culturas no son identidades fijas, sino que buscan permanentemente poner al ser humano en la condición de poder actuar frente a sus necesidades, adaptándose a los ambientes naturales y a las transformaciones sociales que lo circundan. Esto implica, por ejemplo, que un usuario mapuche rural no tendrá las mismas necesidades ni miradas sobre su padecimiento que un usuario mapuche urbano, aunque ambos pertenezcan a un mismo grupo cultural (17). Lo mismo sucede respecto a la estratificación interna dentro de cada cultura que, dentro de una misma sociedad, tenderá a producir accesos diferenciados al poder y los recursos, con importantes consecuencias sobre las relaciones que se establecen entre los propios miembros de un grupo (19). Por lo tanto, un usuario pakistaní profesional no se relacionará del mismo modo con los servicios de salud británicos que una usuaria pakistaní con pocos años de escolarización (20). Igualmente, un cirujano no concebirá los problemas de su hospital del mismo modo que un paramédico o una enfermera, aunque estén formados en la misma cultura médica, debido a que entre ellos existen relaciones de poder estratificadas que se traducen también en relaciones de clase y de género.

La introducción de la cultura en la reflexión sobre las prácticas de salud de las poblaciones debe alejarse de la construcción de estereotipos rígidos acerca de lo que representan las distintas afiliaciones culturales que tienen los sujetos. Continuando con el ejemplo del párrafo anterior, no es necesariamente la ruralidad per se lo que define la falta de adherencia al tratamiento de un usuario, sino una compleja matriz histórica, política, económica y social que se establece entre ciertas comunidades y se vuelve visible en el tiempo. De esta forma, la suma de sistemas de saberes y prácticas van más allá de lo únicamente “rural” o “educacional” por mencionar algunas categorías, sino que deben ser observadas, cuestionadas y definidas en cada momento y para cada caso y contexto particular. Esta forma de abordaje abierta y multidimensional permite agregar nuevas formas de comprensión de la interculturalidad que superan lo definido por pertenencia a pueblo indígena, incluyendo por ejemplo a migrantes internacionales, así como permite cuestionar categorías predefinidas en su verdadero origen y significado, poniéndolas de frente a cada encuentro intercultural que tome lugar en contextos de salud.

Las culturas, como grupos humanos, están sometidas hoy en día a lo que se ha definido como

proceso de globalización, o en su versión francófona, mundialización. Parcialmente diferentes, ambos conceptos aducen al proceso de integración mundial en los ámbitos político, económico, social, cultural y tecnológico, que ha convertido al mundo en un lugar cada vez más interconectado y que se ha considerado una aldea global (21). Las transformaciones que se generan a partir de la globalización dan lugar a sociedades multiculturales, entendidas como grupos en los que se reconoce la existencia de diferencias culturales internas. Frente a la multiculturalidad se puede generar multiculturalismo, entendido como una expresión del derecho a la diferencia, a la diversidad y al fortalecimiento de lo propio (22). Como modelo opuesto al multiculturalismo y la interculturalidad surge el asimilacionismo, que prevaleció en las políticas migratorias de fines de la II Guerra Mundial, principalmente en Europa. Es un modelo que busca la integración a partir de la afirmación hegemónica de la cultura del país de acogida, entendiendo que, en el acto de migrar, los sujetos asumen la obligación de comportarse según los parámetros de la sociedad receptora, prescindiendo o anulando su cultura de origen (23). Las consecuencias de este tipo de enfoques en las políticas migratorias han sido evidenciadas en el ámbito de la salud: la doble presión que un enfoque asimilacionista ejerce sobre los migrantes los pone en la situación de asumir incondicionalmente pautas culturales que les son foráneas e incluso contradictorias (por ejemplo, asumir conceptos de feminidad occidentales para jóvenes provenientes de contextos musulmanes) y al mismo tiempo renunciar a sus propias pertenencias culturales, llegando incluso a desvalorizarlas considerándolas inferiores. El costo que el asimilacionismo tiene sobre aspectos de la salud física y mental han sido abordados por autores como Malmusi y colaboradores, quienes constataron que los inmigrantes reportan significativamente más síntomas depresivos que los no migrantes y que la brecha aumenta en los países cuyas políticas sanitarias son de tipo asimilacionista (24).

Por lo mismo, la importancia del dinamismo y la flexibilidad en la comprensión de la cultura y de las sociedades multiculturales tiene consecuencias sobre su forma concreta de operar en el campo médico (25). Frente a una sociedad cada vez más compleja y sometida a crecientes movimientos migratorios cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿cómo es posible operacionalizar la categoría indígena o migrante para investigaciones médicas, por ejemplo? (26). En los mecanismos de cuantificación establecidos por los Estados Latinoamericanos ha prevalecido la autodescripción o el uso de las lenguas indígenas para

adherir a estas categorías identitarias (27). Sin embargo, estudios recientes (28) han demostrado que los aportes genéticos de los grupos continentales que contribuyeron a conformar la población chilena actual indican que el aporte genético americano promedio (ponderado) general para Chile es de $44.34\% \pm 3.96\%$, llegando hasta un 78% en personas que presentan dos apellidos indígenas. ¿Cómo deben ser estos datos interpretados a la luz del dinamismo de las identidades en las sociedades multiculturales? Una situación similar la presenta Knipper en el caso de Alemania (26), donde el aumento de población migrante, pasó del 9% al 19% entre 2004 y 2006 por el cambio en la forma de contar a los migrantes, incluyendo en esta categoría a personas nacidas en Alemania que tienen progenitores nacidos en el extranjero. Frente a esta complejidad, ¿cómo se aplica el concepto de cultura en el campo sanitario? Una vez más, el mundo globalizado contemporáneo nos desafía en nuestra concepción de lo que entendemos por interculturalidad en salud, ahora desde la forma de definir grupos sociales, considerando cómo dichas definiciones evolucionan en el tiempo. Las nuevas formas de definir a migrantes internacionales o a personas indígenas, desde sus heterogeneidades internas, inevitablemente modifican lo que hasta ese momento se conoce como parámetro “normal” de frecuencia de grupos socialmente diversos dentro una nación o continente. Nuevas definiciones de interculturalidad, nuevas categorías internas y nuevas formas de medición impactan directamente en nuestra forma de observar la realidad y de producir conocimiento en torno a ella.

CONCEPTOS APLICADOS AL CAMPO DE LA SALUD INTERCULTURAL

La creación del campo de salud intercultural en América Latina (29), responde a una serie de lógicas gubernamentales puestas en acción para reconocer la diferencia étnica en el ámbito sanitario, a través de un grupo de normativas emitidas en el continente desde la declaración de Alma Ata (1978) hasta nuestros días. En ellas se promueve el Derecho a la Diferencia en Salud, entendido como la responsabilidad del Estado y de sus instituciones de reconocer, respetar y proteger las culturas indígenas y otras minorías étnicas con el objetivo de revertir las evidentes desigualdades que éstas presentan en materias sanitarias respecto a la población no-indígena. La elaboración de este tipo de propuestas ha generado un debate en torno a la necesidad de generar Sistemas de Salud Culturalmente Competentes, que reconocen e incorporan a todos los niveles, la

importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales, la vigilancia hacia las dinámicas de poder que resultan de las diferencias culturales, así como el conocimiento y la adaptación de los servicios para satisfacer las necesidades culturales únicas. Las Competencias Culturales en Salud (30) han sido concebidas como habilitaciones del equipo de salud para conseguir trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia, conocimientos, habilidades y deseos de encuentros culturales. Si bien es el ámbito clínico el espacio clásico de acción de la competencia cultural, también se reconocen en el debate otros niveles de acción más amplios, como lo son en el trabajo comunitario, intersectorial, de política pública, y de investigación, por mencionar algunos. La discusión en torno al tema recuerda que la competencia cultural no sólo debe supeditarse a habilidades exigibles en trabajadores de salud en atención directa a usuarios, sino también a la pertinencia con la que se redactan leyes, ejes programáticos, intervenciones de cualquier tipo, e incluso en la forma de abogar, defender y poner en la agenda pública la temática migratoria y sus efectos en salud poblacional en los diversos países de América Latina (31).

A partir del desarrollo de los conceptos de competencia cultural y su instalación en los Programas de Salud Intercultural, la Comunicación Intercultural se ha transformado en un componente fundamental para el logro y desarrollo de esta competencia (32). El espacio de la atención en salud está marcado por un encuentro intercultural, -concepto acuñado a partir de la experiencia psicoterapéutica con migrantes (33)-, generado por medio de una negociación intersubjetiva en el que se sientan las bases, límites y características de la atención entre personas de trayectorias culturales diversas. Además de las habilidades de flexibilidad y adaptación, este concepto recuerda la importancia de considerar contexto, condiciones causales, condiciones intervinientes, propiedades, estrategias de acción interacción y sus consecuencias en la creación de este espacio negociado de encuentro con el otro. Desde otra perspectiva, en el ámbito de los programas interculturales dedicados a la población indígena, las diferencias comunicativas entre paciente y proveedor de salud han sido abordadas mediante dos figuras similares pero diversas que han entrado en el campo médico: el mediador cultural/intercultural y el facilitador lingüístico. Presente también en otros contextos interculturales europeos (34,35), el mediador cultural en los espacios socio-sanitarios, se entiende como

una figura profesional en proceso de definición, conocedora de la lengua y cultura tanto del paciente como del terapeuta, así como del funcionamiento del sistema de salud biomédico y de los elementos de referencia desde los que se construye la cultura médica del usuario/a.

En Chile, se espera que estos profesionales, en el ejercicio de sus funciones, sean capaces de orientar a las personas pertenecientes a las culturas indígenas o migrantes internacionales desde el interior de los establecimientos, entregarles información sobre el sistema y servirles de nexo con el equipo de salud. Este rol de mediación, a menudo se sobrepone con las funciones del facilitador lingüístico (36) que se entiende como una figura clave para la traducción y comunicación eficaz, facilitando la interacción y el acompañamiento del proceso completo de atención del migrante. En su rol de traducción el facilitador da acceso del equipo de salud a información fundamental sobre aspectos claves del paciente para la resolución de su problema de salud. Desde las orientaciones técnicas de la nueva Política de Salud de Inmigrantes del Ministerio de Salud de Chile se ha establecido la importancia de esta figura profesional, sin embargo, aún no se realizan sistematizaciones sobre su labor y formación específica para el ámbito sanitario, y a menudo sus funciones son improvisadas por traductores espontáneos que se encuentran cumpliendo otros roles (acompañantes de usuarios, personal de limpieza, etc.) en el espacio sanitario.

LA SALUD INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN A MIGRANTES INTERNACIONALES EN CHILE

A partir de esta revisión conceptual, podemos ver que la incorporación de una perspectiva intercultural para atender las necesidades de salud de todas las personas, incluyendo migrantes, pueblos indígenas y heterogeneidades internas dentro de países mestizos, como lo es Chile, implica generar acciones en todos los niveles de planificación y ejecución de tareas sanitarias. En este sentido, es importante relevar las experiencias documentadas por la bibliografía científica que nos permitan orientar el quehacer de los equipos y agentes de salud, en vista de los nuevos desafíos que nos traen las transformaciones de la sociedad chilena.

En términos internacionales existe una consolidada evidencia respecto a la necesidad de generar políticas interculturales capaces de garantizar el derecho a la salud a todas las personas presentes en el territorio, independiente de su condición migratoria (24). Excluir del acceso a la salud a personas por su

estatus migratorio, como sucedía en Chile hasta la modificación del decreto 67 (2015), genera brechas preocupantes como las que existen hasta hoy, como consecuencia del temor y la falta de información respecto al acceso universal a salud que garantiza la ley chilena (37). Respecto al tema, en Chile, se han reportado diferencias importantes respecto al acceso a cuidado prenatal y de infancia y hasta los 18 años por parte de algunos migrantes en situación irregular. Se ha descrito además en resoluciones exentas del Ministerio de Salud (2014) que existe dificultad para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de salud, lo que probablemente es aún más difícil en población migrante en situación irregular.

Otros temas preponderantes en la literatura internacional respecto a necesidades de salud de la población migrante internacional son los que atañen a salud mental, enfermedades infecciosas, condiciones crónicas, estilos de vida, condiciones laborales y espaciales y salud sexual y reproductiva (37). Frente a todos estos aspectos, los tipos de intervención han sido altamente heterogéneos y abordan tanto el ámbito de la prevención y tratamiento, como aspectos más intersectoriales que incluyen educación, trabajo y cohesión social. Sin embargo, a pesar de su heterogeneidad, la mayor parte de los que presentan resultados positivos destacan la urgencia de generar acciones orientadas a las necesidades específicas de los grupos sobre los que se quiere intervenir y de considerar su participación activa durante el proceso de planificación y ejecución de las intervenciones, usando las redes que se encuentran espontáneamente en el tramado social, para ponerlas a disposición de una construcción colectiva de la salud.

Con respecto a la situación chilena, realidades locales como las de las comunas de Quilicura, Santiago, Antofagasta, Independencia y Recoleta muestran que se han desarrollado diversas estrategias para instalar un modelo de salud intercultural dirigido al abordaje de todas las diversidades culturales presentes en su territorio, sin que éstas hayan sido sistematizadas hasta la fecha (37). Situación similar registramos respecto a la definición y uso de mediadores y facilitadores lingüísticos (36). Sin embargo, la evidencia nacional constata que aún hay un importante desafío en materia de previsión de salud, cuya falta de cobertura aumenta en el grupo 0-14 años (CASEN 2013). Igualmente, condiciones de vivienda y de trabajo parecen emerger como importantes determinantes sociales de la salud en migrantes internacionales si miramos las cifras de egresos hospitalarios. Por último, se transforma en un importante desafío la constatación ya existente de la

desaparición del “efecto del migrante sano” (población migrante en promedio con menor auto-reporte de problemas de salud que la población local chilena) en personas jóvenes que, a partir de un estancamiento en un nivel socioeconómico bajo y dadas las condiciones desarrollo de su proyecto migratorio en Chile, comienzan a reportar peores indicadores de salud que la población chilena de la misma edad (37).

APORTES DE LA SALUD INTERCULTURAL A LA SALUD PÚBLICA EN LATINOAMÉRICA

La necesidad de incorporar la interculturalidad en salud más allá de lo indígena (26) emerge como un denominador común en todos los estudios sobre salud en comunidades culturalmente heterogéneas. En este sentido, desde hace algunas décadas, se han realizado importantes esfuerzos para, por una parte, reconocer la mayor exposición a riesgos que tienen ciertas poblaciones sobre otras, sin estigmatizarlas y, por otra, enfrentar el desafío de fortalecer la función de la salud pública en América Latina, a través de la estandarización, promoción y medición de las que se han identificado como FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) (38). Sin embargo, es posible aún sostener que “en comparación con los avances en las ciencias básicas de la medicina, en las tecnologías, procedimientos y fármacos, el progreso con relación al acceso universal y reducción de inequidades ha sido escaso” (26).

Si bien en la caracterización de las once funciones de la salud pública en las que convergieron las diversas instituciones convocadas por Organización Panamericana de la Salud (OPS) (39), la operacionalización del factor cultural como indicador para los posibles riesgos asociados a la pertenencia a minorías étnicas no aparece explícitamente. No obstante, es posible identificar al menos cuatro funciones esenciales de la salud pública cuya implementación es difícil, sino imposible, sin considerar seriamente la perspectiva intercultural en salud. A continuación, se detalla cada una de ellas desde el marco de la interculturalidad en salud.

La primera función esencial de la salud pública con pertinencia intercultural corresponde a la número 3 (33), referida a Promoción de Salud. Las acciones de promoción de la salud en la comunidad y el desarrollo de los programas para reducir riesgos, así como el fortalecimiento de la intersectorialidad, el empoderamiento de los ciudadanos y el ejercicio de los derechos en salud, son imposibles de realizar sin el reconocimiento de las identidades socioculturales y de los procesos históricos que están al interior de

las comunidades en las que se promueve la salud. Conocer el origen, lengua materna o identidad étnica de los/as usuarios/as no es garantía de estar actuando en un campo de salud intercultural. Las miradas críticas a los procesos de construcción del campo intercultural en salud en Chile han alertado sobre los efectos del enfoque que ha primado en ellos al fijar las identidades de las culturas indígenas, por ejemplo, en la idea de “lo tradicional” en oposición a lo biomédico, desconociendo las complejas prácticas culturales que están detrás de las decisiones y trayectorias que estos sujetos trazan en su búsqueda de atención de salud (21). En este mismo sentido, la salud intercultural ha sido entendida principalmente desde una óptica “asimilacionista” que focaliza su acción en la adhesión de las “otras culturas” al modelo biomédico que tiende a afirmar la homogeneidad de la sociedad, en lugar de promover relaciones desde la diversidad de historias y posiciones de poder que están presentes en el encuentro intercultural. Estas acciones pueden potencialmente tener efectos iatrogénicos en la búsqueda de promoción de salud, aumentando las resistencias y distancias entre las comunidades y los servicios de salud.

La segunda función esencial de la salud pública que requiere de una mirada transversal sobre la diferencia intercultural está constituida por la participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud (FESP Número 4). Esta función requiere una mirada atenta a lo que hemos llamado encuentro intercultural, considerando los factores culturales de todos los actores implicados en el campo sanitario, incluida la propia cultura biomédica, que cuenta con su propia cultura institucional y detiene un poder específico adquirido a lo largo de la historia. En este contexto, es importante reconocer que la participación social no se logra a través del desarrollo de competencias culturales si éstas se entienden como meras habilidades personales del personal de salud. Las competencias culturales en salud implican, por el contrario, un reconocimiento de las trayectorias, los poderes, las historias y deseos que están en todos los agentes de salud y no sólo en los usuarios entendidos como población a intervenir. Un mal entendimiento de las competencias culturales en salud corre el riesgo de marginar al paciente dentro de un estereotipo que reduce su capacidad de acción, su poder de decisión y de participación en el campo sanitario.

El lugar de la cultura sobre la participación social se vincula estrechamente con la función esencial de la salud pública número 7, de promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios, función que se lleva a cabo sólo en la medida en que funciones como la comunicación

intercultural está garantizada a partir de un mediador cultural y/o un facilitador lingüístico. Estas figuras no pueden reducirse a meros traductores o administradores de información. Vasta literatura (34, 35) ha demostrado la importancia de definir el rol y la formación específica de los mediadores en el campo sanitario, a través de un ejercicio de doble dirección: donde el mediador afina su conocimiento lingüístico y adquiere competencias respecto al sistema de salud del país de llegada, de su organización institucional, de sus necesidades y del paradigma desde el que se define el proceso de salud/enfermedad; asimismo, el equipo médico es formado y sensibilizado por mediadores y facilitadores respecto a las necesidades específicas de la población que atienden junto a las principales tensiones y conflictos culturales que están a la base de las dificultades que ésta encuentra.

Por último, la cuarta de las funciones esenciales de la salud pública en la que existe aún un importante vacío respecto a la definición de un espacio concreto para la discusión en torno a los factores culturales de la salud, se refiere al desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud pública (FESP 8). Si bien diversas escuelas de salud y universidades han realizado esfuerzos notables por reforzar la importancia de la salud pública en sus carreras, aún no existe consenso respecto de la importancia que la educación y capacitación del personal de salud tienen frente a la implementación de un sistema de salud intercultural real y efectivo. Un enfoque no sistematizado ni consensuado a nivel de requerimiento para el ejercicio de funciones sanitarias, basado sobre la mera sensibilización ocasional del personal, corre el riesgo de responsabilizar individualmente al personal de salud de conflictos que son inevitables, si en el ámbito de la formación biomédica no se problematizan seriamente aspectos como los discutidos en el presente trabajo.

CONSIDERACIONES FINALES

En este artículo hemos intentado resumir los principales desafíos que implica la instalación de un modelo intercultural en salud, destacando los conceptos clave, conflictos y debates que configuran la aproximación teórica al tema. Igualmente hemos relevado cómo la experiencia de atención a minorías étnicas debe traducirse a la instalación de un modelo capaz de cubrir las necesidades y especificidades de una sociedad que se vuelve siempre más compleja y heterogénea. Estos desafíos se conectan directamente con los compromisos que en Chile y América Latina hemos asumido en términos de salud pública. Por lo tanto, creemos

que conocer estos conceptos, debates y conflictos junto con su aplicación en el campo sanitario resultan tareas fundamentales para todos los actores implicados en él. Entender los cruces entre la interculturalidad pensada para los pueblos indígenas y el modelo que se requiere para la atención de salud de migrantes internacionales, permite reconocer la importancia que los factores culturales tienen en la definición de las prácticas de salud, así como el sustrato histórico y político presente en las realidades epidemiológicas de nuestros países. Un sistema de salud apto a estas realidades es un sistema capaz de reconocer los mestizajes de su población y la heterogeneidad creciente de la misma, considerándola parte de sus potencialidades y riqueza. La creación de un sistema de salud intercultural está no sólo en manos de salubristas, médicos y equipos de salud de atención directa, tomadores de decisión y políticos, sino también en manos de la sociedad en su conjunto.

REFERENCIAS

1. Jadue L, Marin F. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Primera Edición. Santiago: Universidad del Desarrollo, MINSAL; 2005.
2. IWGIA, El mundo indígena, Copenhagen, Ministerio Relaciones Exteriores Dinamarca. 2006:10
3. Stephens C., Porter J., Nettleton C., Wilss R. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide. *The Lancet*, 2006; 367:2019-28
4. Mignone, J., Bartlett J., O'Neil J., Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2007; 3:31-41
5. Cabieses B., Bernaldes M., Obach A., Pedrero V. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Primera Edición. Santiago: Universidad del Desarrollo, MINSAL; 2005:351-363
6. Almaguer A., Vargas V., Garcia H., (Internet) Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud; 2009 (consultado 2017 Junio 16) disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf
7. Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2010; 27 (1):80-93.
8. Seppilli T., De qué hablamos cuando hablamos de factores sociales en salud. En Perdiguero E., Comelles J., Medicina y Cultura.

Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona:Ediciones Bellaterra, 2005. 33-45.

9. Fabrega, H., Jr. Disease and social behavior: An interdisciplinary perspective. Cambridge, Mass: M.I.T. Press, 1974.

10. Martínez A., Perdiguero E., Comelles J. 2015 Genealogía de la antropología médica en España. Rev de Dialectología y Tradiciones populares. 52(1):295-233

11. Bender Deborah Los sistemas cosmopolitas y tradicionales de salud: la mujer como nexos. Educ. Méd Salud, 1984, 18(4): 393-401.

12. Del Vecchio Good M.; Hyde S., Pinto S., Good B., Postcolonial disorders. California: University of California, 2008.

13. Menendez E. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. Nueva Antropología. 1985, 7(28):11-28.

14. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. BMC public health. 2012; 12:1013.

15. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? International journal of environmental research and public health. 2012; 9(12):4403-32.

16. Park A. Introducing Anthropology. An Integrated Approach. Mayfield Publishing Company. California. 2000.

17. Alarcón A. Vidal, H., Neira J., Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Med. Chile 2003, 131:1061-1065.

18. Kleinman A., Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Science Med. 1978; 12: 85-93.

19. Pizza, G. Gramsci y la antropología médica contemporánea. Revista de Antropología Social. 2005; 14: 15-32.

20. Helman C. Culture, Health, and Illness. Oxford: Arnold Publisher, 2000.

21. Sampredo J. El Mercado y la globalización. Segunda Edición, Madrid: Ed. Planeta, 2002.

22. Walsh C. Deconstruir la interculturalidad. Consideraciones críticas la colonialidad y movimientos indígenas en Ecuador. En: N.Füller Interculturalidad y Política. Desafíos y Posibilidades. Primera Edición; 2010.115-142.

23. Sales A, García R. Programas de educación intercultural Bilbao: Desclée de Brouwer,

1997.

24. Malmusi, Palència, Ikram, Kunst & Borrell, Social and Economic Policies Matter for Health Equity: Conclusions of the SOPHIE Project. International Journal of Health Services. 2017 48(3): 417 - 434

25. Gavilán V., Viguera P., Madariaga C., Parra, M., Interculturalidad, tradiciones y etnicidades. Tres nociones claves para comprender las políticas sanitarias en Chile. Chungara, 49(4):477-482.

26. Knipper, M., Mas allá de lo indígena. Salud e Intercultural a nivel global. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 2010, 27(1): 94-101.

27. Gundermann H., Vergara J., Foerster R., Contar a los indígenas en Chile: Autoadscripción étnica en la experiencia censal de 1992 y 2002. Estud. atacam. 2005, (30):91-115.

28. Fuentes M., Pulgar, I., Gallo C., Bortolini, M. Canizales S., Bedoya G., Gonzalez R., Ruiz A., Rothhammer F. Geografía génica de Chile: Distribución regional de los aportes genéticos americanos, europeos y africanos. Rev. méd. Chile 2014,142(3): 281-289.

29. Fernandez Juarez, G. Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito, La Paz, Madrid: Abya Yala, Agencia Bolhispana, Universidad de Castilla La Mancha, 2006.

30. Bernales, M., Pedrero V., Obach A., Perez C., Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. Rev. Med. Chile 2015 143(3):401-402

31. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLoS Med. 2006 3(10): e294

32. Cross T, Services to minority populations. Cultural Competence Continuum. Focal Point 1988, 3:1-9.

33. Becerra , M., Altimir, L. Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. Familias y Terapias. 2013, 22(35):101-118.

34. Angelelli C., Medical Interpreting and Cross-cultural Communication, Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

35. Bersani Berselli G., Mack G. & D. Zorzi (Ed.) Linguistica e Interpretazione. Bologna, CLUEB,2004.

36. Klenner-Loebel, M., Osses-Bustingorry, S. Competencia comunicativa intercultural: un desafío para los profesionales de la salud en Chile.

Rev. Méd. de Chile, 146(4): 539-540.

37. Cabieses, B; Bernales, M., Mc Intyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas, Santiago: UDD, 2017.

38. Muñoz, F, Lopez D, Halverson P, Guerra C., Hanna W, Larrieu M., Ubilla S,

Zeballos J. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panam Salud Publica. 2000, 8(1):126-134.

39. OPS La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington:OPS.