

SUMÁRIO

Capa

Interculturalidad en salud:
formando para el diálogo 8

Entrevista - Ineke Dibbits

‘La interculturalidad debe apuntar a la
actitud de asumir postivamente el
estado de la diversidad cultural’ 2

Relato de experiencia

Salud para los pueblos indígenas,
con respeto a la diversidad 13

Para prestar atención 16

Glosario 18

Noticias de la red 5

editorial

La sexta edición de la Revista RETS, que sale extraordinariamente con 20 páginas en lugar de las tradicionales 16 tiene como tema central la interculturalidad. En todo el mundo, la gente de diferentes culturas y lenguas necesitan convivir y comunicarse, y eso no siempre ocurre de manera constructiva. Por lo tanto, la idea es tratar de presentar al menos algunos aspectos del concepto de interculturalidad, contribuyendo a su comprensión y para el fortalecimiento de una discusión que está atrayendo el interés cada vez mayor entre los profesionales de salud y educación.

¿Cómo las relaciones culturales afectan al resultado de las acciones de salud? ¿Cómo pensar políticas de salud y educación en contextos multiculturales? ¿Cómo formar a profesionales de salud capaces de lidiar con las diferencias culturales respetando otras formas de conocimiento y otras creencias? Estas son sólo algunas de las muchas preguntas que el tema despierta y que veremos en nuestro artículo de portada en la entrevista con la investigadora holandesa Ineke Dibbitts radicada en Bolivia y en el relato de una experiencia de formación intercultural realizada por los profesionales del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) de Colombia.

En la sección “Glosario”, cerramos las discusiones sobre el término “Educación de Técnicos en Salud” con una breve reseña de las teorías críticas de los educadores brasileños Paulo Freire y Demerval Saviani.

En “Noticias de la Red”, se destaca el progreso logrados por la Red de Escuelas Técnicas de Salud de UNASUR (RETS-UNASUR), cuya creación fue reconocida oficialmente en la última reunión de UNASUR-Salud, y la

CPLP (RETS-CPLP) que recién ha definido la realización de un curso dirigido a la formación docente y la reestructuración de las instituciones de formación en los países africanos de la Comunidad. Unos pequeños cambios implementados en nuestra página web también son noticia, pues el objetivo en la medida de lo posible es cumplir con algunas sugerencias y demandas planteadas por la 2ª Reunión General de la Red mientras que quedamos a la espera de la oportunidad para formular un diseño nuevo de sitio web que mejor se adapte a nuestras necesidades.

¡Les deseamos una buena lectura!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

expediente

Año 2 - nº 06 - abr/may/jun 2010

La Revista RETS es publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

Conselho Editorial

Ana Maria Almeida (ESTeSL – Portugal)
Carlos Einisman (AATMN – Argentina)
Isabel Duré (MS-Argentina)
Julio Portal (Fatesa/ISCM-H – Cuba)
Olinda Yáringaño Quispe (MS – Peru)

Periodismo

Editora: Ana Beatriz de Noronha - MTB25014/RJ
Aprendices: Carolina Pêsoa y Marianna Brito

Producción gráfica

Diseñador: Zé Luiz Fonseca
Diagramador: Marcelo Paixão

Traducción:

‘Espaço sem fronteiras’ (Jean-Pierre Barakat)

Tirada

2 mil ejemplares

SECRETARÍA EJECUTIVA DE LA RETS

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Directora

Isabel Brasil

Coordinadora de Cooperación Internacional

Anamaria D’Andrea Corbo

Equipo de la Coordinación de Cooperación Internacional

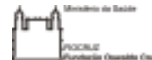
Anakeila Stauffer
Christiane Rocha

Dirección

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 303
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - 21040-360.
Telefone: 55(21)3865-9730 - E-mail: cci@epsjv.fiocruz.br

Apoyo

TC41 - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/
Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil



“La interculturalidad debe apuntar a la actitud de asumir positivamente el estado de la diversidad cultural”



En 1974, una mujer holandesa de 21 años llegó a Bolivia para permanecer cerca de un año. Sin embargo, el amor por un boliviano y por la cultura del país le hizo renunciar a regresar a Holanda. “Me gusta mucho vivir aquí. Yo me crié muy estricto, con la idea de que sólo hay una manera de ‘vivir bien’ y en Bolivia pude conocer y disfrutar de la diversidad de formas de ver la vida”, dice.

Hoy día, Ineke Dibbits pedagogo, directora de la ONG boliviana Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU) – que trabaja por los derechos de las mujeres, especialmente los relacionadas con la salud –, hace una importante reflexión sobre la cuestión de la interculturalidad en el ámbito de la salud y la capacitación de trabajadores para el área, que es sin duda relacionada con su propia experiencia del “mundo de la vida”.

¿Cómo usted definiría el concepto de “interculturalidad”?

Muchos hablan indistintamente de inter-, multi- y pluriculturalidad. Sin embargo, Miguel Rodrigo Alsina dice que los términos multi- y pluriculturalidad señalan el estado de una sociedad en la que coexisten varias comunidades culturales con identidades diferenciadas, mientras que la interculturalidad se refiere a la dinámica establecida entre ellas.

Diana De Vallescar, a su vez, dice que la diferencia entre las perspectivas multicultural e intercultural es que la primera pretende garantizar el respeto, el reconocimiento y la tolerancia mientras que la segunda va más allá,

dando a cada uno de sus miembros la opción de contribuir para dicha sociedad con su aporte particular.

Estas referencias nos obligan a explorar las características de la dinámica de la interacción cultural observadas en los contextos locales, nacionales y regionales y que pueden ser armónicas y complementarias, pero también conflictivas y asimétricas, de forma abierta o “encubierta”.

En mi mente, la interculturalidad debería apuntar a la transformación de las relaciones sociales, a la actitud de asumir positivamente la situación de la diversidad cultural. Y es esta idea que prevalece en la literatura sobre el tema.

¿Se puede decir que la interculturalidad tiene que ver con la comunicación?

La interculturalidad enfoca la necesidad de privilegiar el diálogo, la voluntad de la interrelación y no de la dominación. Como lo ha señalado De Vallescar, la condición fundamental para que un diálogo sea intercultural es su diseño como un proceso elegido, permanente y todavía inacabado, en el cual el otro siempre entra en una relación dinámica e interpelante. Un diálogo cuyas reglas, según lo sugerido por Raimon Panikkar, no pueden ser afirmadas de manera unilateral y tampoco *a priori*, sino que deben ser establecidas en el transcurrir del mismo.

Yo añadiría otro obstáculo: la confianza mutua. La única desconfianza que puede haberse es la que se origina de la incertidumbre de que el diálogo se hará en un ambiente de respeto y verdadera voluntad de (re) conocerse. Como no hay una comunicación perfecta, ni entre los interlocutores de la misma cultura, incluso si el diálogo no dé lugar a acuerdos, hay pocas razones para perder la confianza.

¿Qué otra cosa consideras importante en un diálogo intercultural?

Para mí, la comprensión es un elemento central en la construcción de relaciones interculturales. Alsina sostiene que la comunicación sólo se hace efectiva cuando alcanza un nivel de comprensión “aceptable” a los interlocutores, es decir, la interculturalidad sólo se produce cuando un grupo empieza a entender y asumir el significado que las cosas y los objetos tienen para los “otros”.

Sin embargo, muchos dudan de la posibilidad de llegar a una plena comprensión de una cultura distinta a la propia. Por ejemplo, para Panikkar, nuestra apertura a la interculturalidad depende de la renuncia al ideal de una realidad totalmente comprensible, puesto que la interculturalidad no debe apartarse de la lógica, pero no puede reducirse a un problema lógico. Según él, la mayoría de los investigadores occidentales u occidentalizados proyectan un pensamiento causal y “lógico” sobre las manifestaciones de otras culturas que no corresponde a la autocomprensión de la población local. La interculturalidad se produce en un pie de igualdad y en ambas direcciones, mientras que el modelo del pensamiento científico es único y, aunque sea excelente en su propio campo, cuando se va más allá, causa la destrucción del universo simbólico de otras culturas. Debido a esto, introduce un nuevo elemento que precede a la intención de conocer y que permite realizar el esfuerzo necesario para entender al otro: la simpatía.

Humberto Maturana, a su vez, nos recuerda que la relación ética surge del interés, cuyo origen es emocional, que tenemos uno para el otro y no en nombre

de un argumento racional. Y termino con una cita de Fornet-Betancourt, para quien el diálogo intercultural tiene el carácter de un proyecto ético guiado por el valor de la aceptación del otro.

¿Qué se entiende por salud intercultural o interculturalidad en salud?

La enfermedad, el sufrimiento y la muerte, y la motivación para preservar la salud son hechos biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos crean un sistema médico capaz de recuperar la salud, promover el bienestar, mientras que explica de manera consistente el fenómeno de la enfermedad.

Todo sistema médico – un conjunto más o menos organizado y coherente de agentes terapéuticos, de modelos explicativos de enfermedad-salud, de prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual o colectiva – tiene como objetivo satisfacer las necesidades de un determinado contexto cultural y tiene una dimensión conceptual y de comportamiento específica, además de distinguir los medios de auto-legitimación y validación.

Por ejemplo, en biomedicina los experimentos y los ensayos clínicos son importantes fuentes de validación del pensamiento científico. Un médico rara vez acepta la intervención de un espíritu maligno como causa de diarrea. Sin embargo, en otras culturas, los sueños de un chamán, los signos en la naturaleza y las apariciones ciertamente serán aceptados como una fuente de legitimación.

La lógica que opera en la definición de la salud y la enfermedad puede ser la misma (busca causas, alternativas y consecuencias), no obstante, las premisas culturales y pruebas de validación son muy distintas. El resultado es que el mismo fenómeno puede generar diferentes explicaciones para la enfermedad.

Todos los procesos de interacción social que involucran a diferentes sistemas de creencias están sujetos a fricciones. Sin embargo, los conflictos entre los diferentes sistemas médicos no sólo son resultado de los diferentes modelos que los apoyan, sino también de la dominación social de un sistema sobre otro. La cultura biomédica, expresada por el sistema occidental, afirma ser

capaz de resolver casi todos los problemas de salud de la población, independientemente de los contextos sociales y culturales en que se producen. Entretanto, la experiencia muestra que muchos problemas se producen cuando no se considera la cultura de la población atendida, entre ellos el rechazo y la falta de adherencia a las prácticas médicas occidentales.

En nuestros países, la diversidad cultural casi siempre se ha considerado un obstáculo para llegar a las poblaciones más necesitadas. La solución vertical, basada en nuestras propias certezas de “educar” a estas personas para que asimilen los valores más “idóneos”, no dio resultados. La propuesta de la interculturalidad acaba con la idea de que los valores y las prácticas de atención en salud del sistema oficial son invariablemente más adecuados y menos propensos a errores.

Esto no es definir cuáles son las ideas o conocimientos más correctos, más “serios” o “científicos”, pero generar más conocimiento y fortalecer los elementos comunes a partir del diálogo intercultural. En resumen, se espera que el diálogo intercultural permita: (1) que el personal de salud conozca la manera de pensar, de hacer las cosas y los beneficios de las prácticas locales de atención en salud y que se apropien de aquellas que consideran benéficas, (2) que la población forme sus propios criterios sobre la base de una información amplia y sensible sobre las prácticas y los beneficios de la medicina occidental con el fin de cambiar sus puntos de vista y prácticas, si así lo consideran pertinente, y (3) que los servicios sean reorganizados para cumplir con las necesidades específicas de la población.

Por tanto, es necesario prestar más atención al desarrollo de habilidades de comunicación, porque, sobre todo en la atención primaria, la ciencia médica es práctica e interpretativa. El protagonismo no es de la tecnología sino de la comunicación.

¿La interculturalidad se puede reducir a la cuestión étnica o tiene también en cuenta otros aspectos?

Estoy de acuerdo con Patricio Guerrero cuando dice que interculturalidad va más allá del étnico, pues interpela a toda

la sociedad en su conjunto, envolviendo la interrelación y la interacción dialógica de diversos actores, representados por los grupos étnicos, las clases, los géneros, las regiones, las comunidades, las generaciones, etc., con diferentes representaciones y universos simbólicos.

Los principios ordenadores de la medicina occidental han emanado de un modelo androcéntrico y aunque el androcentrismo – enfoque unilateral que toma al hombre (hombre – andros) como medida de todas las cosas – haz referencia al sexismo, se habla poco de las relaciones de poder basadas en la desigualdad de género como un elemento a considerar cuando se trata de abrir espacios para el diálogo intercultural. El androcentrismo reduce la realidad en su tentativa de volver universales las ideas o los hechos que consideren sólo el punto de vista masculino. Como espacio de poder, construido en su mayoría por los hombres, se ha utilizado la ciencia médica de diversas maneras para perpetuar la condición subordinada de la mujer.

Entonces, es necesario deconstruir el proceso de domesticación que las mujeres sufrieron de este poder y del modelo de atención derivado de lo mismo, para recuperar el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, escuchando y analizando sus propias prioridades.

¿Qué se debe cambiar en la formación en salud para el establecimiento de una salud intercultural genuina?

La formación en salud se ha caracterizado por el verticalismo que trata a los estudiantes como simples receptores y repetidores, o sea, un objeto sometido a procesos de homogeneización enfocados en la cuestión de la “objetividad” científica. La idea de que la eficacia de la intervención médica depende de la “neutralidad afectiva” – la distancia emocional entre el terapeuta y la “realidad” que desea satisfacer – lleva, en el médico imaginario, a una relación de objeto con el paciente y el desprecio de su propia subjetividad.

La biomedicina, tal y como destacó Fernando Lolas Stepke, no estudia el cuerpo vivo y real del paciente sino un objeto construido por la teoría dominante y, aunque en la práctica la medicina se relaciona al cuerpo, esta relación se establece con el cuerpo inerte,

considerado como una máquina o un cadáver. Esto hace que, de acuerdo con Felipe Rilova Salazar, el específico de la condición humana se convierta en un término ajeno al discurso médico.

Cuando se le pregunta por qué decidieron trabajar en este campo, los trabajadores de salud a menudo citan ayudar a los otros y las poblaciones más necesitadas como motivación principal. Sin embargo, durante la formación y la práctica profesional, el interés se vuelve hacia la enfermedad. Para asimilar de manera sólida una creencia de que la enfermedad se entiende mejor a medida que se consiga anular las subjetividades, el estudiante pasa por un proceso de aprendizaje que cancela su creatividad y autonomía de pensamiento y sentimiento.

En el escenario de la atención en salud desde el punto de vista biomédico, la reclamación de la interculturalidad, lo que implica relación, vinculación y desarrollo de la capacidad afectiva, llega a ser una paradoja importante. Aunque el modelo biomédico – basado en la objetividad y la materialización de los involucrados – no se pueda vivirlo en su pura versión, la tarea de construir las relaciones interculturales de las subjetividades causa inevitablemente repudio, confusión e incluso conflicto.

¿Se puede invertir esta tendencia?

Paulo Freire decía que al “robar” la subjetividad se roba la palabra, la expresividad y la cultura de los sujetos. Bajo esta perspectiva, cualquier proceso educativo que desea apoyar el desarrollo de las habilidades y actitudes conducentes al establecimiento de la relación y el diálogo intercultural en los servicios de salud debe poner en duda todo lo que deshumaniza, educar para la expresión y facilitar así la deconstrucción del miedo a las subjetividades propias y ajenas. Y la aceptación de la subjetividad, como dice Habermas, pasa a través de un enfoque del “mundo de la vida”.

La conexión del mundo de la vida con el desarrollo de la relación intercultural, a su vez, se establece por Joseph Esquirol, para quien el mundo de la vida cotidiana constituye la base del mundo ordinario y que sólo en este contexto podemos ser entendidos por nuestros pares y actuar con ellos. La interculturalidad es comunicación entre los individuos que

saben que son semejantes, únicos y diferentes.

Al trabajar el enfoque intercultural de la hipótesis de las barreras culturales se empieza con una visión estática y pesimista de conflicto entre las culturas. Por otro lado, la perspectiva de “la vida misma” permite visualizar las experiencias interculturales en las que todos participan en alguna medida, pero al no ser reconocida, ni valorada e incluso despreciada por el sistema de salud oficial, es silenciada por los sujetos.

Fornet-Betancourt también utiliza el enfoque de la vida diaria para minimizar las dificultades del diálogo intercultural. Para él, la interculturalidad no es sólo una cuestión teórica sino una experiencia vivida en nuestro mundo de vida cotidiana y en la que, a través de un conocimiento práctico, compartimos la vida y la historia con los otros. Por lo tanto, la cuestión sería cultivar este conocimiento en una forma reflexiva para que la interculturalidad se convierta realmente en una calidad activa en todas nuestras culturas.

Eso, para mí, es un punto de partida para proponer una metodología de enseñanza capaz de deconstruir la imagen de la barrera y la dificultad, y repensar la auto-representación inequívoca que niega las ambigüedades y los matices de las identificaciones culturales.

La ciencia concede gran importancia a la seguridad, y la mera expresión de duda puede conducir a la censura y la estigmatización. Como la identificación con los valores de la cultura “subalterna” puede interpretarse como un cuestionamiento de la cultura biomédica y de la fidelidad a su sistema, se elige el ocultamiento. Así es como el sistema y su cultura institucional ayuda a construir las barreras culturales y fortalecen la idea de que el precio de la ascensión social se paga por la adecuación cultural al pensamiento único, occidental.

En mi perspectiva, el proceso educativo para la construcción de relaciones en el marco de la interculturalidad debe fomentar la libre expresión de ideas, conocimientos y experiencias e incentivar el auto-entendimiento y la auto-aceptación porque la intolerancia a sí mismo es inevitablemente el fundamento a la intolerancia a los otros. 📌

Todas las referencias en el texto se analizan en el sitio web de la RETS (<http://www.rets.epsvj.fiocruz.br>) en “Biblioteca” > “Temas de interés” > “Salud e interculturalidad”, junto con la entrevista completa.

Red de Escuelas Técnicas de Salud de la CPLP: reunión en Portugal define el curso de formación de los docentes

La Red de Escuelas Técnicas de Salud de la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP) ha realizado una reunión entre el 21 y 23 de abril en la cual han participado representantes siete de los ocho países miembros de la Comunidad – Angola, Brasil, Cabo Verde, Guinea Bissau, Mozambique, Portugal y Santo Tomé y Príncipe.

El evento ocurrido en la Escuela Superior de Tecnología de la Salud de Lisboa (ESTeSL) continuó el trabajo iniciado en la 1ª Reunión de la Red de Escuelas Técnicas de Salud de la CPLP que se produjo durante la 2ª Reunión General de la RETS en Rio de Janeiro en diciembre de 2009.

El encuentro se inserta en el Eje Estratégico de Formación y Desarrollo de la Fuerza Laboral en Salud del Plan Estratégico de Cooperación para la Salud de la CPLP (Pecs-CPLP 2009-2012), cuyo objetivo es contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud de los Estados miembros de la Comunidad para que se asegure el acceso universal a la atención de salud de

Fórum multilateral, creado en 1996, cuyo objetivo es de profundizar la amistad mutua y la cooperación entre los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP) – Angola, Cabo Verde, Guinea Bissau, Mozambique y Santo Tomé y Príncipe –, Timor Oriental, Portugal y Brasil.



calidad. La estructuración de la Red de Escuelas Técnicas de Salud se considera un proyecto prioritario en Pecs.

La formación docente es una prioridad

El objetivo de la reunión fue presentar y discutir la organización de un curso especializado *lato sensu* en la educación profesional en salud dirigido a los docentes y los líderes de los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP) y Timor Oriental que actúan en el área.

El proyecto propuesto por la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) tendrá una duración de 416 horas en un total de 34 semanas y tendrá un papel importante en el proceso de estructuración y fortalecimiento de las instituciones de formación de técnicos en salud en los países involucrados.

“En primer lugar, se ha creado un grupo de trabajo con los docentes de postgrado de la EPSJV en el cual se ha desarrollado la propuesta del curso. La experiencia de la Escuela ha sido fundamental para esta construcción. El proyecto fue presentado en la reunión y la evaluación fue muy

positiva y con importantes contribuciones. Una de las principales sugerencias fue la inclusión de profesionales de la salud y la educación de los países participantes del curso en algunos de sus módulos, con el fin de representar mejor las realidades y especificidades de cada lugar”, dice Ana Maria D’Andrea Corbo, Coordinadora de la Cooperación Internacional de la ESPJV y de la

secretaría ejecutiva de la RETS, y señaló: “Esta iniciativa es parte de una serie de acciones del plan de trabajo de la Red, que trabajan de forma complementaria”.

Con carácter itinerante y con actividades previstas para los distintos países, el curso se dividirá en tres partes. En la primera, se impartirán siete disciplinas con carácter teórico y metodológico más general. En la segunda, se hará un seminario sobre la integración de las disciplinas anteriores, cuyo objetivo es analizar y discutir las políticas públicas en educación y salud de cada país. En la tercera y última parte, se realizarán tres talleres de análisis y elaboración del Proyecto Político Pedagógico (PPP), el análisis y la elaboración curricular y la producción y el análisis de los materiales didácticos. La expectativa es que las clases empiezan en septiembre u octubre.

Se ofrecerán 30 cupos, distribuidos entre los países participantes que deben indicar los candidatos. El proceso de selección será coordinado por la EPSJV que también será responsable de la certificación de los formandos.

Nuevo miembro de la RETS: Asociación Portuguesa de Técnicos de Anatomía Patológica



La Asociación Portuguesa de Técnicos de Anatomía Patológica (APTAP - <http://www.aptap.pt>) ubicada en Lisboa es el más nuevo integrante de la RETS, en la cual ha ingresado en febrero. Su objetivo prin-

cipal es fomentar y defender los intereses de los técnicos en Anatomía Patológica, Citológica y Tanatológica. Además, promueve individualmente o en aparcería con otras organizaciones, la constante actualización de sus miembros a través del incentivo en la formación y la valoración científica, cultural y profesional.

La Anatomía Patológica es una ciencia cuya

función es analizar las alteraciones producidas en el organismo en los distintos niveles, como moléculas, células y tejidos, determinando la etiología de la enfermedad y la terapia adecuada. Corresponde al técnico de esa área realizar y evaluar el tratamiento de tejidos biológicos y leer e interpretar los exámenes de células exfoliadas, así como hacer las necropsias.

EPSJV conmemora 25 años

La Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) celebra 25 años en el mes de agosto. Entre las actividades conmemorativas a la fecha son los “Coloquios de ciencia y política – 25 años de educación politécnica en la salud”: una serie de charlas y debates mensuales con especialistas que actúan en los campos del conocimiento y la intervención político-social.

El objetivo de los encuentros que están siendo realizados desde abril es proporcionar momentos de reflexión conjunta acerca de los retos teóricos y políticos que se presentan en el escenario actual de la sociedad brasileña y mundial. Los asuntos abordados son distintos, como la criminalización de



los movimientos sociales; la relación entre democracia, capitalismo y posibilidades de transformación social; el papel de las instituciones públicas en la constitución de la relación Estado y sociedad; el balance de los movimientos sociales rurales y urbanos; la relación entre la ciencia y la expropiación del medio ambiente en el marco del sistema capitalista; y la historia de Manguinhos como territorio de vida y lucha. Las charlas se transmiten en vivo en el sitio web de la Escuela.

En el mes de agosto se realizarán también seminarios y eventos culturales. Para asistir a los coloquios y saber más sobre la conmemoración de los 25 años de la EPSJV/Fiocruz, acceda a: <http://www.epsjv.fiocruz.br>

Unasur-Salud oficializa la Red de Escuelas de Suramérica

Durante la IIª Reunión Ordinaria del Consejo de Salud Suramericano (UNASUR-Salud) realizada en los días 29 y 30 de abril en Cuenca, Ecuador, la Red de Escuelas Técnicas de Salud (RETS/UNASUR), que funcionará como una sub-red de la RETS, y la Red de Institutos Nacionales de Salud (RINS/UNASUR) fueron oficialmente reconocidas por el Consejo, debiendo a partir de ese momento asumir las prerrogativas y las obligaciones definidas en los marcos legales de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).

Esta medida se basó en una resolución del Consejo de Ministros firmada en la reunión celebrada en noviembre de 2009 en Guayaquil, Ecuador, que definió el establecimiento de redes de entidades de estructuración de los sistemas nacionales de salud. También se consideraron los documentos aprobados por los representantes de las Escuelas Técnicas de Salud de Suramérica durante la 2ª Reunión de la RETS en diciembre de 2009 en Río de Janeiro, Brasil, y el documento que estableció la



Red de Institutos de Salud de Suramérica, en la Reunión de los Institutos Nacionales de Salud de Suramérica realizada en marzo de este año en Lima, Perú.

En la reunión de Cuenca, los ministros y representantes de los países participantes reiteraron la importancia de la planificación estratégica de formación de los recursos humanos para el sector, además de discutir medidas relacionadas con el control de dengue y el combate a la falsificación de medicamentos, la desnutrición y la Influenza A. Asimismo, fueron definidos planes de ayuda a Haití y Chile, países víctimas de grandes terremotos este año.

Más informaciones:

- **UNASUR-Salud:** <http://www.unasur-salud.org>
- **Plan de Trabajo de la RETS/UNASUR:** Sitio web de la RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>) > Presentación o Biblioteca > Eventos (presentaciones, documentos, informes, etc.) > 2ª Reunión General de la RETS

Mudanzas en el sitio de la RETS se destinan para la mejora del acceso y la calidad de las informaciones

El sitio web de la RETS está pasando por un proceso de reformulación basado en lo que fue discutido durante la 2ª Reunión General en diciembre de 2009 y según las posibilidades técnicas corrientes de la herramienta. El objetivo de esta iniciativa es facilitar el acceso y mejorar la calidad de las informaciones proporcionadas a los lectores al paso que se va desarrollando un nuevo diseño para el sitio web.

¿Qué es lo que muda?

1. En el menú lateral, la sección ‘Publicaciones’ fue alterada para ‘Biblioteca’ que es una denominación que representa de una manera más apropiada la variedad de materiales disponibles para consultas y búsquedas.

Inserción de las siguientes opciones en la Biblioteca:



- ‘Legislación’, que antes era accedida directamente desde el menú;
 - ‘Hotsites, vídeos y multimedia’; y
 - ‘Temas de interés’, en la cual estarán relacionados los textos utilizados por los periodistas de la Red en la elaboración de las materias para la revista y eventualmente para el sitio web según los asuntos abordados, por ejemplo: interculturalidad, migración, etc.
2. Creación, en el menú lateral de la sección ‘Países’ que reunirá las informaciones

generales sobre los países miembros de la RETS y sobre la Educación de Técnicos en Salud en estos países. La idea es insertar gradualmente y con la colaboración de los representantes de las instituciones integrantes datos que puedan facilitar y potencializar las acciones de cooperación practicadas en el ámbito de la Red.

Libros discuten la interculturalidad en salud en América Latina

El tema interculturalidad ha sido cada vez más valorizado por los estudios de salud. Se intenta a través de la investigación sobre ese asunto comprender las dificultades en la relación entre las distintas culturas en la atención de salud, facilitando políticas y otras medidas que mejoren ese contacto.

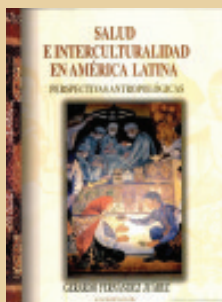
Para divulgar iniciativas en ese campo fueron lanzados en 2004 e 2006 respectivamente los libros “Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas” y “Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la Salud y Crítica Cultural”. Las dos obras publicadas por la editora Abya-Yala de Ecuador poseen la coordinación del antropólogo español Gerardo Fernández Juárez, autor de varios artículos y libros referentes al tema de la salud en las comunidades andinas.

Sobre el tema, Gerardo Juárez escribió, entre otros “Diversidad frente al Espejo: La Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio” y “Salud e Interculturalidad en América Latina: Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios”, de la misma editora.

Las obras pueden visualizarse parcialmente en el Google Books (<http://books.google.com.br>) o pedidas directamente a la editora (<http://www.abayala.org>).



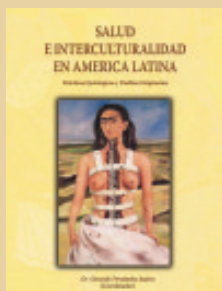
“Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas” es una recopilación de artículos de veinte autores que ponderan sobre los problemas teóricos y metodológicos que se enfrentan en el proceso intercultural de atención de salud e informan sobre las experiencias interculturales en distintos países y exponen investigaciones sobre los modelos conceptuales de enfermedades y sistemas terapéuticos.



La segunda publicación, “Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la Salud y Crítica Cultural” es también una recopilación de textos de distintos autores que tiene la intención de continuar la reflexión sobre la perspectiva intercultural en salud en el plano teórico y principalmente práctico. La obra se divide en tres partes, las cuales se analizan teóricamente la interculturalidad aplicada a la salud, la cuestión de las prácticas interculturales derivadas de procesos migratorios en España y los conceptos indígenas de salud y enfermedad, particularmente en Bolivia, México, Perú y Ecuador.



Publicado en 2008, el libro “La Diversidad Frente al Espejo: Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio” habla acerca de cómo diferentes personas ven a sí mismas y a sus cuerpos bajo el signo de la salud y la enfermedad: personas de otros países y que no se identifican con las imágenes proyectadas por los sistemas de salud de los países de acogida. La publicación pretende contribuir, a través de varias discusiones, a la formación de los profesionales de salud, los especialistas y voluntarios de la cooperación internacional, los mediadores interculturales y todos los interesados en las cuestiones relacionadas con la salud de los migrantes.



Ninguna especialidad de la medicina trae tantos problemas de aceptación por parte de los pueblos indígenas como la cirugía, que afecta muy fuertemente elementos muy significativos del bagaje cultural de los pacientes. El objetivo del libro “Salud e Interculturalidad en América Latina: Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios”, publicado en 2009, es concientizar acerca de los conceptos que las cirugías hacen surgir en los pacientes, sus familias y su ambiente comunitario.

Interculturalidad en salud: formando para el diálogo

En la presentación del libro “Salud e Interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas” (Ediciones Abya-Yala, 2004), su organizador, el español Gerardo Fernández Juárez, recuerda el disgusto que la auxiliar aymara Cleo Alaru del puesto de salud de Qurpa [Bolivia] sentía cuando algún paciente llegaba a la estación y preguntaba por si el médico estaba, y que ante de su respuesta de que el médico estaba y que le serviría rápidamente el paciente replicaba enfáticamente: “No. Mejor me regreso cuando él no esté.”

El pasaje, que parece un chiste, retrata el mismo sentimiento de desconfianza que llevó a un grupo de indígenas de los sectores quechuas de Cochabamba y Potosí a apedrear al vehículo del equipo de un proyecto de salud desarrollado a mediados de los años 90 por una ONG española en algunas comunidades indígenas bolivianas. El hecho, como destaca Juárez, puede indicar que las poblaciones indígenas, aparentemente involucradas en el proyecto no sólo no se sentían aliviadas por la presencia de aquellos profesionales de salud, sino que también profundamente perturbadas y amenazadas por ellos. “¿Cómo pueden los proyectos de salud muy bien pensados y provistos de fondos entrar en conflicto con la airada reacción de quienes se supone que serían sus beneficiarios?”, el autor pregunta, llevándonos a pensar en cómo las cuestiones culturales – en sus diversos aspectos – pueden directamente influenciar los resultados de las acciones de salud.

Y si hoy día, en un contexto de construcción de sistemas universales y equitativos de salud, ya existe un consenso sobre la necesidad de evitar que la identidad étnica y cultural de los usuarios constituya un obstáculo para el acceso y la oportunidad de una atención de salud de calidad, la gran pregunta es: ¿Cómo hacer que esto sea posible?

Interculturalidad: el intercambio de conocimientos con un enriquecimiento recíproco

Para el teólogo, filósofo y antropólogo español naturalizado boliviano Xavier Albó, la interculturalidad se puede definir como cualquier relación entre individuos o grupos sociales de diferentes culturas. La interculturalidad, dijo, puede ser negativa – cuando la relación termina por destruir o reducir lo que es culturalmente distinto (etnicidio cultural) o incluso cuando no es más que la asimilación de la cultura dominante por la cultura dominada – o positivo – si tiene como resultado la aceptación de lo que es culturalmente diferenciado y el intercambio de conocimientos, con un enriquecimiento mutuo.

“La mera tolerancia de lo que es culturalmente diferente, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no es una interculturalidad positiva”, destaca Albó, en el texto “Interculturalidad y Salud”¹, y completa: “Las relaciones de alteridad son positivas cuando los dos polos – la propia identidad y “el otro” – se fortalecen, se enriquecen y se transforman mutuamente, sin embargo, sin dejar de ser lo que son.”

Por supuesto, para que estos mecanismos funcionen en ambas direcciones, con alguna forma de reciprocidad mutua, las relaciones deben basarse en una cierta simetría, lograda a menudo a través de largos, pacientes y a veces dolorosos procesos desarrollados en los planos interpersonal, grupal y estructural, alerta Albó.

Según él, aunque la raíz fundamental de la interculturalidad positiva se quedan en las relaciones interpersonales – entre los individuos de forma aislada o en grupos

–, no es posible trabajar sólo a ese nivel. Hay que transformar las instituciones y estructuras que constituyen el cuerpo social – el sistema educativo, medios de comunicación, sistema judicial, policía, iglesias, entre otros, pero sobre todo el sistema económico – para que reflexionen y faciliten las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas. “Establecer relaciones interculturales positivas”, señala, “es mucho más fácil cuando hay culturas diferentes, pero con la misma posición y prestigio social”.

Sin embargo, él lamenta que las relaciones interculturales asimétricas sean mucho más comunes en un mundo cada vez más globalizado e injusto. “Los que se consideran la cultura dominante difícilmente aceptan como iguales a los que ellos consideran “inferiores”. Estos, a su vez, tienden a subestimar su propia cultura y adoptar la cultura dominante tan sólo para no ser discriminadas”, señala.

Salud intercultural: la cultura del paciente en el proceso de la atención

Si la interculturalidad está presente en casi todos los contextos del mundo moderno, poniendo en juego a las buenas relaciones sociales y la convivencia pacífica entre los diferentes grupos culturales, ella se va más allá en el ámbito de la salud con consecuencias sobre la calidad de vida e incluso sobre la supervivencia de los pacientes.

En todos los países, excepto las debidas particularidades, cuando los profesionales y las instituciones de salud están insertados en una cultura, o incluso una clase social, y sus pacientes y sus familias en otra, los

bloqueos de comunicación tienden a aumentar.

Una de las dificultades, tal vez la más notable, es la ignorancia de la lengua del otro, que generalmente requiere la existencia de intérpretes, no siempre disponibles y confiables. Sin embargo, el problema no se agota en la cuestión del idioma. También es debido, como señala Xavier Albó, a la ignorancia o el desprecio por los profesionales de las creencias y expectativas de sus pacientes sobre el proceso salud-enfermedad, así como el importante papel que la familia y otros miembros del grupo pueden desempeñar en estos procesos.

También surgen en los pacientes bloqueos basados sobre todo en sus experiencias anteriores. Según Albó, en muchas comunidades rurales, los profesionales de salud no se quedan el tiempo suficiente para establecer una relación de confianza con la gente. Por causa de eso, cuando por alguna razón este médico determina la transferencia de un paciente de estas comunidades a un hospital, la reacción del paciente y sus familias es a menudo negativa por debido a los temores y las dudas que la situación trae consigo.

Para completar el cuadro, hay dificultades derivadas de la dimensión institucional y la estructura de la sociedad que a menudo refuerza las desigualdades de su composición socio-económica con la persistencia de la discriminación cultural. Para Xavier Albó, las estructuras y el ambiente de los centros de salud tienen mucho que ver con la aceptación o el rechazo por los pacientes de otro origen cultural. "¿Qué idiomas se escuchan? ¿Existe un lugar adecuado para los familiares visitantes, especialmente cuando los pacientes vienen de zonas alejadas y no tienen amigos o parientes en el local de la atención? ¿Siempre hay una capilla en los hospitales donde un capellán católico o un pastor evangélico puede alojar a sus fieles, pero hay algún espacio adecuado para que otros especialistas religiosos puedan llevar a cabo rituales religiosos propios de la cultura o la religión de los pacientes?",

Cultura: cambio y preservación

Según el informe de la Unesco en 2010 [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura] – “Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural” –, la cuestión de la diversidad cultural está atrayendo la atención en la medida en que el mundo se globaliza, tanto por sus aspectos positivos – el intercambio de la riqueza inherente a cada cultura – como por los numerosos conflictos que se establecen en las relaciones interculturales.

Definida en la Declaración de México sobre las Políticas Culturales de la UNESCO (1982), “el conjunto de trazos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan una sociedad o un grupo social y que comprende además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales de los seres humanos, los sistemas de valores, tradiciones y creencias”, la cultura no puede ser percibida como una entidad estática y cerrada transmitida de generación en generación. De hecho, cada una de las culturas existentes está en constante proceso de cambio a pesar de tener la capacidad de preservar su identidad.

En la base de este concepto, que une las ideas de permanencia y cambio es que debe pensarse la cuestión del diálogo intercultural, como algo capaz de preservar las diferencias culturales y fomentar la diversidad de las expresiones culturales a través de procesos de interacción mutua, apoyo y fortalecimiento de la autonomía.

Por lo tanto, según la UNESCO, el diálogo intercultural dependería en gran medida de las competencias interculturales, definidas como “un conjunto de habilidades necesarias para relacionarse con aquellos que son diferentes a nosotros”. Estas capacidades son fundamentalmente de naturaleza comunicativa, pero implican, mucho más allá de las cuestiones de comprensión lingüística, la reconfiguración de nuestras actitudes, puntos de vista y conceptos sobre el mundo.

se pregunta el investigador que también sugiere una política institucional de cuotas de trabajadores de salud (incluidos médicos) que puedan comunicarse correctamente con los pacientes de diferentes culturas proporcionalmente al número de pacientes de cada cultura que utiliza los servicios.

El médico mexicano Roberto Campos Navarro¹, a su vez, define a la medicina intercultural como el ejercicio de la práctica médica académica (de origen occidental) con la gente de una cultura diferente que consiste en establecer un diálogo en la búsqueda de consenso. “En otras palabras, la medicina intercultural se puede definir como la práctica y el proceso relacional que se establece entre los profesionales de salud y los pacientes en las diferentes culturas, donde se requiere un mutuo entendimiento para que los resultados del contacto – consulta, intervención o aconsejamiento, entre otros – sean satisfactorios para ambas partes”, explica, agregando que la medicina intercultural constituye un proceso continuo de transacciones con una gran cantidad de adaptaciones, adecuaciones e intercambios a niveles técnico, teórico e ideológico.

Esta perspectiva, según Navarro, va al encuentro de la definición de “interculturalidad en salud” de Ana María Oyarce: “capacidad de moverse equilibradamente entre los conocimientos, las creencias y las prácticas culturales relacionadas con la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. “

Por lo tanto, interculturalidad en salud o salud intercultural acaban siendo conceptos utilizados en relación a todas las prácticas y políticas que abogan por el conocimiento y la incorporación de la cultura de los pacientes en el proceso de atención de salud.

El cambio debe comenzar en la formación

Las diferentes culturas construyen distintos sistemas de atención a partir de sus propias concepciones del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, no hay el

reconocimiento legítimo de todos estos sistemas y, a pesar de la actual hegemonía del modelo biomédico, con la apreciación de la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad, el uso de tecnologías en el diagnóstico y la medicalización de los diferentes problemas de salud y de la vida en general, están en constante disputa. Por consiguiente, el desafío

es descubrir cómo se puede modificar la relación entre la biomedicina y otras formas de atención que ella siempre ha negado o marginado.

A lo largo de la historia, en el mundo occidental, se ha considerado a la cultura europea el modelo de la cultura universal y los conflictos culturales pasaran a ser resueltos por imposición bajo una visión

etnocéntrica que a menudo ha eliminado las distintas culturas.

En el proceso, como explica la investigadora Ana Lúcia Puentes de la EPSJV/Fiocruz, en su anteproyecto de tesis “Intercultura y modelos de atención: temas para la educación profesional en salud”, la escuela ha desempeñado un papel clave en la diseminación de conocimientos que

Información en salud con enfoque étnico: ¿problema o solución?

El porcentaje de población indígena en Brasil está por debajo del 1% de la población total; en Chile, alcanza casi el 5% (Censo 2002) y Bolivia (Censo 2001) y Ecuador, más del 50%. A pesar de las peculiaridades nacionales, el tema de la interculturalidad en salud en América Latina se relaciona profundamente con estos pueblos culturalmente discriminados y sometidos a todo tipo de opresión socioeconómica.

En 1994, un estudio del Banco Mundial revelaba que en Guatemala, donde el 64% de la población vivía por debajo del umbral de pobreza, 86,6% de la población indígena se encontraban en esta situación. En Perú, a su vez, la población en situación de pobreza fue de alrededor de 50%, pero alcanzaba casi el 80% entre los indígenas. En México, las diferencias fueron aún más llamativas, con 20% de la población total y el 80% de la población indígena viviendo en la pobreza. En todos los países, el estudio reveló mayores tasas de mortalidad infantil, analfabetismo y desempleo y los peores indicadores de salud en este segmento de la población, señalando la necesidad de reducir la marginación de estas poblaciones cultural y económicamente más vulnerables, promoviendo la equidad en la distribución de bienes y servicios públicos, entre ellos los de la salud.

Sin embargo, los procesos de reducción de las inequidades en salud según el origen étnico dependen de la información epidemiológica y sociodemográfica válida y actualizada, que no siempre es así. En este contexto, se desarrolló en 2006, con el apoyo de varias instituciones, el proyecto “Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadísticas de salud”, en el que se hizo un diagnóstico de los avances del enfoque étnico referentes a los pueblos indígenas – específicamente los Mapuche de la Región de la Araucanía (Chile) y la Provincia de Neuquén (Argentina) – en las estadísticas vitales y fuentes de datos en salud. “El objetivo era comprender, desde la perspectiva de los propios actores sociales involucrados en el tema, los aspectos positivos, las debilidades, los conceptos y los fundamentos de las experiencias existentes y conocer sus percepciones y propuestas sobre el tema”, explica el investigador principal, Ana María Oyarce¹.

Ella dijo que el diagnóstico revela una situación paradójica. En Chile, donde la Constitución no reconoce el carácter pluriétnico y pluricultural del país y, por lo tanto, no hay un marco constitucional y legislativo para el ejercicio de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas, muchas experiencias de salud intercultural y de inclusión del enfoque étnico fueron encontradas en las fuentes de datos de salud. El plano cualitativo, a su vez, mostró un contexto favorable para la consolidación de estos procesos, incluso cuando el tipo de relación que estos pueblos tienen con el Estado vuelve la cuestión más delicada.

Por el contrario, en Argentina, donde se reconoce la diversidad étnica y cultural por la Constitución y ratificada por varias leyes provinciales, el estudio no identificó a las experiencias de salud intercultural en la provincia de Neuquén y la inclusión del enfoque étnico en las fuentes de datos se limita a los censos nacionales, a la investigación



Machi: curanderas tradicionales Mapuche (generalmente mujeres)

complementar y el censo de aborígenes. La percepción de los actores entrevistados acerca de la cuestión, a su vez, es bastante compleja. Los que no son mapuches creen que esta medida pueda representar una forma de discriminación. Los representantes mapuches, a su vez, resultan sospechosos debido a su situación de subordinación. “En este sentido, la estrategia sería producir la información, manteniendo, sin embargo, el control social sobre ella”, subraya Ana María.

Según ella, en la vista de los actores sociales, el gran reto es la construcción colectiva de los sistemas de información con y para los pueblos indígenas, con su participación libre e informada en todas las etapas de la producción de información. Estos sistemas que, mediante la incorporación del medio ambiente, del territorio, de la participación política, de la autonomía, etc., responden a los modelos de salud integral de estas poblaciones.

¹ *La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina.* Ana María Oyarce (Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2008)

En África, la medicina tradicional entre la integración y los prejuicios



Publicada en el blog ma-schamba (<http://www.ma-schamba.com>), em 01/09/2005.

Definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “todas las prácticas, los conocimientos y las creencias de salud que incorporan diversos medicamentos basados en plantas, animales y minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados aisladamente o en combinación para mantener el bienestar, tratar, diagnosticar y prevenir las

Sin embargo, las expectativas de integración de hecho no llegan a ser completamente animadoras. En el texto “Salud y enfermedad en Mozambique”, el investigador Paulo Granjo, de la Universidad de Lisboa, señala que el principal obstáculo para el diálogo entre la biomedicina y la “medicina tradicional” es el desconocimiento y la devaluación de las ideas locales sobre la enfermedad y sus consecuencias para la el concepto y el proceso de cura. Según él, es fácil de aceptar que la mayoría de las plantas usadas por tinyanga (curanderos) posee el “principio activo” con una eficacia curativa. Es también un consenso de que estos conocimientos botánicos deben ser estudiados y que representan un importante capital “nacional”. El problema, dijo, es la aceptación de otros procedimientos y conceptos involucrados en las prácticas de los curanderos, que tienden a verse como una mezcla de superstición, magia y brujería, las que la medicina difícilmente podrá aprobar y aún menos reconocer.

“Para un médico académicamente reconocido, el aparcerero “tradicional” realmente aceptable sería un nyangarume – curandero con reconocida capacidad de cura botánica – que dejase de hacer la adivinación y de creer ser poseído por los espíritus, es decir, un farmacéutico autorizado para prescribir medicamentos, incluso utilizando un capulana – tela con modelos específicos para cada tipo de espíritu incorporado – en lugar de una bata (jaleco)”, dice el investigador.

enfermedades”, la medicina tradicional empieza a ganar visibilidad en la escena mundial en 1978, cuando la Declaración de Alma-Ata reconoce su importante papel en la estrategia de salud para todos.

En 1984, el Comité Regional de la OMS para África, publicó una resolución instando a los países a desarrollar un esfuerzo para regular el ejercicio de la medicina tradicional, introduciéndolo en sus sistemas nacionales de salud y promoviendo su desarrollo. En 2000, el Consejo de Ministros de Salud en África finalmente adopta una estrategia regional para integrar la medicina tradicional en los sistemas formales de atención de salud, ya que en la mayoría de los países africanos el porcentaje de ciudadanos que utilizan la medicina tradicional supera a los que tienen acceso al sistema oficial de salud, especialmente en los áreas rurales. La Unión Africana, a su vez, define 2001-2010 como el Decenio de la Medicina Tradicional Africana, y la OMS establece el día 31 de agosto como el Día Africano de la Medicina Tradicional.

En ese momento, el entonces director de la OMS-AFRO, Ebrahim Malick Samba, conmemoró la decisión. “La celebración de este día sirve para enfatizar la importancia de este recurso para mejorar la vida de nuestro pueblo. La medicina tradicional es nuestra cultura y patrimonio. Ocupa un lugar destacado en el continente ya que es fácilmente accesible, sino también socialmente sancionado y culturalmente aceptable” dijo, e indicó que los países podrían tratar de abordar las cuestiones de seguridad, calidad, eficiencia, la estandarización y los derechos de propiedad intelectual.

Muchos avances se han logrado desde entonces, como dijo la presidenta de la ONG mozambiqueña “Foro de la Medicina Tradicional”, Fátima Mangore, en una entrevista a Radio ONU en septiembre de 2009: “Hoy día, ya se entiende que en el ámbito del sistema, la medicina tradicional funciona como un complemento a la medicina moderna y viceversa.”

se consideran más fuertes y en la descalificación de otras formas culturales como menos importante y dando lugar a sociedades racializadas, sexistas y clasistas.

Sin embargo, Ana Lúcia señala que aunque la escuela ha siempre trabajado como un poderoso instrumento de sometimiento a la cultura dominante, también puede tener un papel clave en la

reorganización de la compañía frente al nuevo contexto histórico, contribuyendo así a la constitución de sujetos más adecuados a los nuevos procesos de relación intercultural.

Para M^a Teresa Caramés García¹, de la Universidad de Castilla-La Mancha – España, el modelo biomédico sigue siendo la referencia principal de la formación en ciencias de la salud. Según ella,

independientemente de las particularidades de cada carrera, el proceso de capacitación ha sido desarrollado para permitir la internalización y la reproducción posterior, a través de la práctica, del modelo biomédico – un modelo de práctica e intervención científica que se caracteriza por sus pretensiones de objetividad y su enfoque eminentemente biológico y técnico.

Migración y Salud Intercultural

En la mayoría de los países desarrollados, tradicionalmente receptores de emigrantes, los debates actuales acerca de la interculturalidad en salud reflejan principalmente las preocupaciones y dificultades que enfrenta el sistema oficial de servicios a los emigrantes recientes o usuarios de grupos minoritarios que resulten de los procesos migratorios anteriores.

En 2001, el Departamento de Salud de EE.UU. publicó una norma de acreditación cultural para los hospitales públicos, con el objetivo de mejorar el servicio a los usuarios de las minorías y, por lo tanto, hacer que el sistema de salud se vuelva más equitativo. Según el informe, los hospitales están obligados a prestar un servicio de competencia cultural y lingüística que pueda aliviar los problemas de comunicación entre médicos y pacientes.

Una iniciativa similar se ha adoptado en Portugal, en el marco del Proyecto de Mediación Intercultural en los Servicios Públicos del Alto Comisionado para la Inmigración y el Diálogo Intercultural (ACIDI). Iniciado en 2009, el objetivo del proyecto es reducir al mínimo los problemas que enfrentan los inmigrantes y los extranjeros que tienen



dificultad para la comprensión y la habla portuguesa en el uso de diversos servicios, incluyendo en algunos hospitales, donde el papel del mediador es ayudar a los usuarios y facilitar la comunicación con los profesionales, especialmente a nivel de la interpretación simultánea y la lectura de los informes y documentos clínicos escritos en otro idioma. En este sentido, los profesionales de instituciones que adhirieron al proyecto tienen instrucciones de solicitar la presencia del mediador en caso necesario. La demanda por los usuarios es todavía pequeña, ya que el servicio, por ser reciente, no es suficientemente conocido todavía.

La cuestión aquí es que, según los expertos, la mera introducción de las competencias lingüísticas en el proceso no se corresponde con la intención y por sí misma no permite un cambio cultural efectivo en el modelo médico actual o incluso la conciencia

creciente entre los profesionales de salud en relación con la diversidad cultural de los usuarios del sistema.

Para el español Josep M. Español Comelles*, de la Universitat Rovira i Virgili – España, la creciente presencia de inmigrantes en los países desarrollados acaba produciendo, sin embargo, algunos otros efectos que desafían la racionalidad del modelo médico. Estos efectos, dijo, no se originan de la atención recibida en los servicios de emergencia de hospitales, sino que de los tratamientos que

requieren un seguimiento y en los que la comunicación intercultural, la intersubjetividad y la coproducción del conocimiento es tan importante cuanto en los servicios a los demás ciudadanos, sin haberse la misma la complicidad entre médicos y pacientes construida durante años de convivencia.

“El efecto de la inmigración llama la atención sobre la necesidad de coproducirse y gestionarse las variables culturales, ya que las culturas en torno a la salud parecían tan disueltas en el concepto de ciudadanía que no merecían una atención especial”, explica, y añade: “La diversidad cultural asociada con inmigración es un reto para la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, desafiando a la cultura de las organizaciones profesionales e institucionales y requiere un cambio y nuevas estrategias de formación.”

Ella también señala que el proceso de formación en ciencias de la salud también supone un proceso de construcción ideológico-cultural y no sólo para adquirir habilidades técnicas. Eso determina la forma cómo estos trabajadores ven y enfocan el fenómeno salud-enfermedad-atención, entre otros: la enfermedad misma, el individuo enfermo y su cuerpo, así como la relación entre el profesional de salud y el paciente y las relaciones. Al mismo tiempo, dicho proceso de construcción ideológica no se produce en el vacío, sino dentro de un determinado contexto histórico y social.

Xavier Albó está de acuerdo en que aún muchos problemas relacionados a la interculturalidad surgen de la formación del personal de salud. “Se justifica la especialización prematura y exclusiva en el área elegida por razones prácticas de recursos y tiempo, pero si la formación no se completa con una cualificación intercultural adecuada y otros correctivos, los efectos pueden ser fatales”, dice.

Él sugiere que, antes que nada, se incorpore en los currículos un análisis de los conceptos básicos vigentes en materia de salud y enfermedad en las culturas en las que el futuro profesional vaya a actuar. “Por ejemplo, si un paciente está convencido de que su malestar es el resultado de “mal de ojo”, no se puede curar con pastillas e inyecciones. Debe de estar convencido de que las “causas” de su enfermedad, que pueden parecer culturales a los otros, pero que son muy reales para él, están también

siendo combatidas”, dijo Albó, quien añade: “Además de formación cognitiva, lo que debería garantizarse en el ámbito de la educación intercultural es una actitud de apertura, aceptación y armonía con pacientes culturalmente diferentes, a pesar de que no se los pueda comprender.”

¹ *Salud e Interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Org. Gerardo Fernández Juárez (Ediciones Abya-Yala, 2004)
Obs: La relación completa de los materiales consultados para este artículo está disponible en el sitio de la RETS, en: Biblioteca>Temas de interés>Interculturalidad en la salud.

Salud para los pueblos indígenas, con respeto a la diversidad

Garantizar la atención de salud y el respeto de los derechos de los pueblos indígenas. Inspirado por estas determinaciones, expresadas en la **legislación de salud** de Colombia, se ha creado en enero de 2009 en el ámbito del Proyecto de Medicina Tradicional, el Curso de Formación de Técnicos en Salud Pública, cuyo objetivo es capacitar a los técnicos indígenas en el área y contribuir a la calidad de vida en estas comunidades.

Lanzado en 2006, el Proyecto de Medicina Tradicional es el resultado de un acuerdo entre la **Asociación de Cabildos Indígenas (ASCAI)** y el Secretario de Salud de Bogotá. Su objetivo es crear su propio modelo de atención de salud y restaurar las prácticas de la medicina tradicional, reuniendo no sólo el tratamiento y la cura a través de las plantas, sino también rescatando el conocimiento, los usos, las costumbres, los rituales y otras formas de expresión de cada grupo étnico. En 2008, comenzó una nueva fase del proyecto, con el objetivo de fortalecer las propuestas anteriores y avanzar en la cuestión de la garantía de derechos a las comunidades indígenas.

El curso técnico, a cargo del **Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)** de Bogotá, se basa en la **norma de competencia laboral indígenas consolidada en 2006** entre esa institución y ASCAI. Los pueblos Kichwa, Muisca y Ambiká Pijao participan en la iniciativa. El principal objetivo de la formación es contribuir al fortalecimiento de sus propios conceptos de salud-enfermedad, permitiendo a las comunidades indígenas a participar activamente en el control de las enfermedades y la promoción de medidas para mejorar las condiciones de salubridad de sus poblaciones.

Edgar Uriel Otavo Tique, presidente de la Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá, destaca los avances generados por esta iniciativa para la salud indígena. “Por primera vez en Colombia, alcanzamos dos cosas en el campo de la educación técnica en salud: una clara participación de los gobernadores de ASCAI en el desarrollo de la formación en el espacio del SENA y el respeto de las autoridades a nuestras sugerencias. Hasta ahora, ninguna universidad o centro de formación diferente de ese ha alcanzado eso en nuestro país”, dijo, haciendo, sin embargo, una advertencia sobre el curso: “Creo que la formación actual de los técnicos en salud indígena no ha surgido como una iniciativa del SENA. Este es un proceso en el que se ha estado trabajando durante años en diferentes proyectos, con avances y fracasos. Nada es fácil en nuestro país, y menos aún para los indígenas. Sin embargo se reconoce que

El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA – www.sena.edu.co) fue establecido en junio de 1957 durante la Junta Militar de Gobierno, por el Decreto Ley 118, con el objetivo de ofrecer formación profesional a los trabajadores, jóvenes y adultos, de la industria, del comercio, de la agricultura y la ganadería y la minería. Su misión es cumplir la función de Estado de invertir en el desarrollo social y técnico de los trabajadores del gobierno y de la iniciativa privada, ofreciendo formación y realizando la formación profesional integral gratuita para la incorporación y el desarrollo de las personas en las actividades productivas que generen mejoras sociales, económicas y tecnológicas en el país.

Conjunto de normas para la labor indígena, expedidas desde hace 2006, junto con las autoridades de los varios pueblos. Define los resultados esperados en la formación de los indios, entre ellos: fortalecer sus propias formas de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y desarrollar acciones destinadas a alcanzar el equilibrio y la armonía entre los individuos, la comunidad y el territorio, de acuerdo con la cosmovisión (sistema de ideas y sentimientos sobre el universo y el mundo, el concepto del mundo) de cada pueblo o grupo étnico.

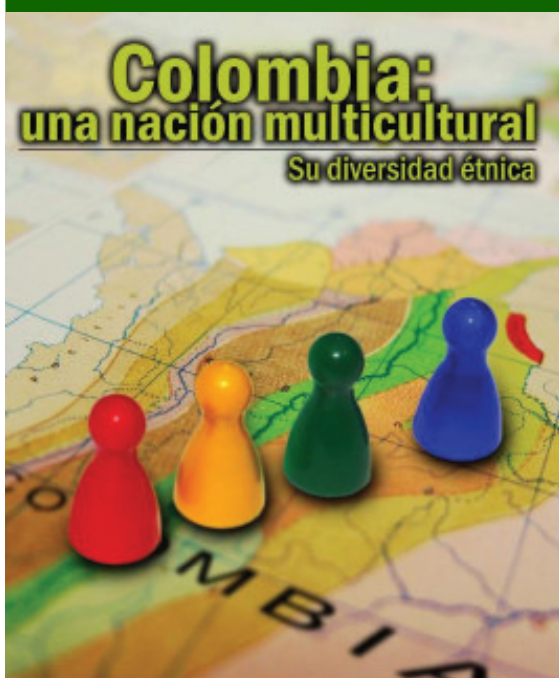
Establecida en 1993, la Ley 100 es la ley primaria del Sistema de Salud colombiano y es parte de la reforma del sistema de salud promovida por el gobierno federal. Esta ley, que crea el Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia, establece la cobertura universal subvencionada basada en los criterios de ingresos. De acuerdo con la ley, los gobiernos locales deben promover la salud y actuar en la prevención de enfermedades siempre de manera a responder a las necesidades populares.

La Asociación de Cabildos Indígenas de Bogotá (ASCAI) es una entidad pública de carácter especial, reconocida en 2006 por una resolución del Ministerio del Interior y de Justicia. La ASCAI consta de cuatro de los cinco cabildos (consejos) reconocidos en Bogotá en diciembre de 2005 como resultado de un proceso de integración de los pueblos indígenas. Los pueblos participantes son: Ambiká Pijao, Kichwa, Muisca de Suba y Muisca de Bosa.

- **Ambiká Pijao:** esta comunidad cuenta con 1200 miembros (320 familias), dispersos por toda la zona de la capital. Realizan actividades diferentes y tratan de mantener y fortalecer sus tradiciones, usos y costumbres.
- **Kichwas:** esta comunidad cuenta con aproximadamente 1700 miembros (345 familias) del pueblo Kichwa-Otavaleño, los cuales son políticamente organizados en un cabildo indígena, reconocido desde 2005.
- **Muisca:** los nativos de la sabana de Bacatá (hoy Bogotá). El Cabildo Muisca de Bosa, con 2500 miembros (700 hogares) y el de Suba, con 4000 habitantes (1200 familias) son los mayores registrados en la ASCAI de Bogotá. Hoy día, su mayor reto es mantener su lengua.

Fuente: SENA Intercultural. Disponible en <http://www.scribd.com>.

Colombia: un país marcado por la diversidad étnica y cultural



Colombia es un país fuertemente marcado por la diversidad étnica y cultural, con tradiciones y lenguas diferentes. Dicha mezcla se inició el 12 de octubre de 1492 con la llegada de Colón a América. Hasta la fecha, las poblaciones amerindias residentes se enfrentaron con la cultura hispana, por su vez formada por una mezcla de moros, gitanos y pueblos iberos. Posteriormente llegaron los negros africanos a trabajar como esclavos en el cultivo de la caña de azúcar y la minería. Todo esto se tradujo en un país que hoy día se supone constitucionalmente pluricultural y multilingüe en que viven los miembros de 87 grupos

étnicos indígenas (de los cuales seis se consideran extintos), tres grupos distintos de población afrocolombiana y la población ROM o gitanos, en la que, además del español, se hablan 64 lenguas amerindias además del bandé – la lengua hablada por los **raizales*** del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el palenquero – **lengua criolla**** de las comunidades San Basilio de Palenque, declarado por la UNESCO patrimonio oral e inmaterial de la humanidad – y el romaní, la lengua de los gitanos.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE), el censo de 2005 registró una población total de 41 millones de habitantes, de los cuales alrededor del 3.5% se han reconocido como indígena, 10% afrocolombianos y menos del 1% gitanos. Sin embargo, más del 85% de la población no se ha considerado que pertenezcan a cualquiera de esos tres grupos. (**Fuente/ilustración:** “Colombia: una nación multicultural – su diversidad étnica”, DANE,

mayo de 2007. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>).

* Los raizales son un grupo étnico protestante afro-caribeño reconocido por las autoridades, bajo la política multicultural que se realiza desde 1991, como uno de los grupos étnicos colombianos.

** El lenguaje natural, que es distinto del resto debido a tres características: su proceso de formación, su relación con una lengua de prestigio y algunas características gramaticales. Una lengua criolla siempre se deriva de un “pidgin”, un sistema de comunicación rudimentario creado por los que hablan idiomas diferentes y que necesitan comunicarse.

Padre Nuestro en palenquero:

Tatá suto lo ke ta riba sielo, santifikaro sendá nombre sí, miní a reino sí, asé ño boluntá sí, af tiela kumo a sielo. Nda suto agué pan ri to ma ría, peddona ma fata suto, asina kumo suto a se peddoná, lo ke se fatá suto. Nu rejá sujo kaí andí tentación nu, librá suto ri má. Amén.

Padre Nuestro en español:

Padre nuestro que estás en los cielos, santificado sea tu nombre. Venga tu Reino. Hágase tu voluntad, así en la tierra como en el cielo. El pan nuestro de cada día, dánoslo hoy y perdónanos nuestras deudas, así como nosotros perdonamos a nuestros deudores. Y no nos dejes caer en la tentación, mas líbranos del mal. Amén.

hay funcionarios públicos que facilitan, comprenden sus funciones y logran apoyar y mejorar los procesos en este sentido.”

La interculturalidad es la base del proyecto

El diseño del curso basado en el programa Técnico en Salud Pública ya existe en el SENA, se encuentra fuertemente anclado en la cuestión de la interculturalidad (véase el artículo de portada) en la medida en que los conocimientos de los estudiantes indígenas son valorados, como parte de la dinámica del curso; las necesidades y los problemas de estas comunidades son ampliamente discutidos; y sólo se desarrollan las acciones que en cierto modo puedan ayudar a promover el desarrollo humano de los pueblos y las comunidades involucradas.

Los instructores que trabajan en la iniciativa del SENA, a su vez, siguen el modelo de la educación intercultural en el que buscan conocer el pensamiento de estos grupos étnicos a fin de evitar prejuicios. “Primero se investiga a estos distintos pueblos para hacer una lectura de sus necesidades y sus culturas, teniendo en cuenta

los aspectos sociales, económicos, históricos y etnoculturales.

Durante el curso, las prácticas interculturales se han realizado con el apoyo de los sabedores, las parteras y las autoridades ancestrales que permitieron que sus conocimientos, prácticas y costumbres fuesen transmitidos a los aprendices”, dijo la enfermera Ana Lucía Martínez, especialista en la promoción de la salud y el desarrollo humano e instructora del curso, encargada de acompañar los indígenas en todo el aprendizaje.

“Se han trabajado los conocimientos de la medicina ancestral y occidental

(biomedicina) sin haber la fusión entre ellos. Se utilizarán los dos puntos de vista por separado para enriquecer los conocimientos y las prácticas de los alumnos. La capacitación se ha dividido en dos etapas, una teórica y otra práctica, teniendo siempre en cuenta estas dos visiones diferentes”, añade.

Durante el entrenamiento, se ha fomentado el trabajo en equipo de los estudiantes indígenas por comunidad y se celebraron reuniones entre los pueblos involucrados, en las que se rescataron los propios usos y costumbres, desde el sistema de nutrición hasta las prácticas rituales. “Al comenzar la formación visualizamos algunas dificultades, ya que los miembros querían trabajar sólo con miembros de su comunidad. Sin embargo, gradualmente, a través del trabajo en equipo y la realización de actividades dirigidas hacia la comprensión de las distintas culturas presentes, conseguimos que trabajasen por igual pero manteniendo su forma de pensar”, añade Ana Lucía.

Los recursos tecnológicos y la sabiduría ancestral

El curso consistía en clases presenciales guiadas por los instructores; reuniones virtuales mediante el uso de correo electrónico, videoconferencias y foros; clases prácticas en las propias comunidades indígenas y también en los centros asistenciales de salud, en los que se analizaron la situación salud de las comunidades y se desarrollaron acciones para la promoción de la salud, la mejora de la calidad de vida y la prevención de enfermedades. Una de las técnicas de enseñanza aprobada en el curso, teniendo en cuenta el enfoque intercultural, fue el “círculo de la palabra”, una forma de comunicación típica de las comunidades indígenas.

Se implantaron los recursos de comunicación a distancia a través de la plataforma tecnológica Blackboard que ofreció, como beneficio principal, la posibilidad de la experiencia de capacitación a nivel nacional con la asistencia de otros centros de formación en Colombia.

Para Ana Lucía Martínez, el uso de esta plataforma fue uno de los puntos fuertes del curso, a pesar de algunas

Por primera vez en Colombia, alcanzamos dos cosas en el campo de la educación técnica en salud: una clara participación de los gobernadores de ASCAI en el desarrollo de la formación en el espacio del SENA y el respeto de las autoridades a nuestras sugerencias

Edgar Tique (Ascai – Bogotá).

dificultades en el manejo. “Durante el tiempo de formación no fue fácil la receptividad a las herramientas tecnológicas, tales como el uso de correo electrónico y foros, pero creo que logramos al menos el 50% de uso, que puede ser considerado muy bueno. Lo menos complicado fue la realización de la videoconferencia, debido al gran dominio del alumno que expuso el tema ante la cámara”, dice, recordando que estas herramientas están siendo ahora utilizadas como base para la elaboración de documentos que recopilan los conocimientos adquiridos por los estudiantes, como la Cartilla Intercultural AIEPI – Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, lanzado en marzo de este año.

El éxito alienta la continuidad de la iniciativa

Los primeros 20 profesionales de salud pública capacitados por el curso ya están trabajando en sus respectivos cabildos (consejos) y en el momento, de acuerdo con Ana Lucía, se están formando más de 30 alumnos entre los miembros de los Kichwa, Pijao y Muisca Ambiká, sino también los grupos Inga y Awa. La metodología utilizada en el presente curso es la misma utilizada anteriormente y el proceso sigue también basado en el respeto al pensamiento diferenciado de cada pueblo.

De acuerdo con Edgar Tique, se espera que los nuevos técnicos de salud pública puedan orientar a la

salud de una forma coordinada, actuando como puente entre los curanderos indígenas y los médicos y profesionales de la medicina occidental con el fin de transponer las diferencias que puedan surgir en ese camino. Según él, entre las habilidades esenciales en la actuación de estos nuevos profesionales son: guiar a los usuarios sobre el uso de medicamentos, manejar, ejecutar y orientar los diversos aspectos de la salud pública de forma intercultural; respetar la autoridad indígena, además de la capacidad de liderar a sus comunidades, asumiendo su papel social, cultural y político. “El reto es mejorar la calidad de vida de la comunidad y tratar de cambiar los comportamientos que pueden causar enfermedades, fortaleciendo, sobre todo, nuestra propia práctica médica”, resume Tique.

La expectativa del SENA es que para el año 2011 haya aproximadamente 50 Técnicos Indígenas en Salud Pública trabajando en sus comunidades, es decir, que puedan reproducir sus experiencias en grupos de alrededor de 1500 familias. Continuando con esta iniciativa, ya se hace un debate sobre la elaboración de una propuesta para la formación de Técnicos Indígenas en Enfermería. 🇨🇴

Carolina Pessôa (RETS), con la colaboración de Numa Wilson Pinzón Valero (SENA)



para prestar atención

Health Exchange: revista discute temas de interés para los profesionales de la salud



Health Exchange es una revista formada por la articulación entre Healthlink Worldwide, Merlin y RedR, las instituciones que tienen por fin promover la

salud y salvar vidas. La publicación tiene como objetivo presentar los principales temas y experiencias de interés para los profesionales del área. Entre los temas tratados en las ediciones anteriores son: el derecho de acceso a la salud, la escasez de trabajadores en el área, especialmente en los países menos desarrollados y la cuestión de la salud de la mujer. Para el próximo están previstos temas como los derechos humanos, los medicamentos y el compromiso público en salud.

Los autores de la revista son profesionales de salud, políticos e investigadores que escriben de una manera sencilla

y fácil sobre sus experiencias prácticas. Este es un enfoque amplio de la realidad que los trabajadores y las ONGs enfrentan cada día.

En su versión en línea (<http://healthexchangenews.com>), la revista ofrece un foro en el que los trabajadores de salud pueden encontrar diversos artículos y compartir sus experiencias. Tanto la versión impresa como en línea son gratuitas. Para más información por e-mail al: healthexchange@healthlink.co.uk.

Healthlink Worldwide (<http://www.healthlink.org.uk>): Organización internacional que trabaja para promover la salud y el bienestar de las comunidades pobres y vulnerables mediante el fortalecimiento de la oferta, uso e impacto de la información.

Merlin (www.merlin.org.uk): Institución dedicada a salvar vidas en situaciones de crisis y actuar en la reconstrucción de los servicios de la salud. Está presente en 20 países, principalmente en África, Asia y Oriente Medio.

RedR (www.redr.org.uk): Organización que promueve la formación de liderazgo y el reclutamiento de voluntarios en situaciones de desastre en el extranjero. Además, proporciona asesoramiento y apoyo a las organizaciones de ayuda humanitaria.

La OMS lanza publicación con los datos clave sobre los recursos humanos en salud en los Palop

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su Departamento de Recursos Humanos ha recién publicado el documento “Análisis de los Recursos Humanos para la Salud (RHS) en los Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP)”, que integra la serie Observatorio de Recursos Humanos para la Salud (Human Resources for Health Observer).

La publicación recopila información de distintas fuentes sobre los diversos aspectos de la salud en los PALOP – Angola, Cabo Verde, Guinea-Bissau, Mozambique y Santo Tomé y Príncipe – y tiene como objetivo ayudar a los responsables y aparceros a determinar las necesidades existentes, mejorando la capacidad de desarrollo de los recursos



humanos para la salud en los países y la región. El texto incluye un análisis de la situación nacional y una síntesis final y comparativa entre los cinco países.

El material es el resultado de un estudio coordinado por Gilles Dussault e Inês Fronteira del Instituto de Higiene y Medicina Tropical, Universidad Nueva de Lisboa y financiado por la Unión Europea en el marco del proyecto “Apoyo al desarrollo de los recursos humanos en salud en los PALOP”. Publicado en portugués con un resumen e introducción en inglés, el texto está disponible en: <http://www.who.int/hrh/resources/observer>.

Guía orienta las acciones de combate a la escasez de trabajadores de salud



Lanzado por la Alianza Global de la Fuerza Laboral de Salud (GHWA, del inglés Global Health Workforce Alliance) a finales de 2009, el libro “Human Resources for Health: Good Practices for Country Coordination and Facilitation (CCF)” es una propuesta de buenas prácticas para las instituciones y los interesados en solucionar la crisis mundial de los recursos humanos en salud.

El documento preparado basado en la **Declaración de Kampala** y el Programa de Acción Mundial, los compromisos adoptados en el I Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud (Uganda, África, 2008), tiene como objetivo guiar a los sectores involucrados en el problema de la escasez de trabajadores de salud y fomentar a nivel nacional la articulación y la cooperación entre ellos. Además, en el caso de los países donde no hay comités o grupos de trabajo acerca de este tema, el material pretende ser una especie de guía para apoyar a los interesados en el tema.

El manual está dividido en tres secciones, cada una abordando el tema de un ángulo diferente. En la primera – “Áreas for country action” – se presentan las seis principales estrategias para la actuación de los países definidas en la Declaración de Kampala y el Programa de Acción Mundial, incluyendo: mantenimiento de una política de distribución equitativa de los profesionales de salud, gestión de la presión del mercado laboral internacional y la migración y el incremento de las inversiones en la educación y formación de esos profesionales.

La segunda sección describe los principales desafíos que enfrentan los países con escasez de profesionales de salud y describe

Documento que presenta los 12 principios rectores para el cambio en el ejercicio de las profesiones de salud. Además, reconoce una serie de factores que inciden en los sistemas de salud, tales como la propagación del virus de VIH, lo que retrasa la consecución de los Objetivos del Milenio.

Documento que define las estrategias – en los niveles mundial, nacional y regional – para resolver el problema de la escasez de trabajadores de salud; determina los principios para el monitoreo de los resultados, como vigilancia mundial y regional para la construcción de políticas y el acompañamiento de los avances de acuerdo con las contribuciones de las partes interesadas; y establece las normas de funcionamiento de la GHWA.

una serie de principios para mejorar la coordinación entre las partes interesadas para hacer frente a tales situaciones. También indica los resultados esperados con las medidas sugeridas.

En la tercera sección, el objetivo es definir con mayor precisión el papel de cada uno de los involucrados en la crisis – las instituciones políticas, los organismos responsables de la contratación de trabajadores, las ONGs, las asociaciones profesionales y la sociedad civil, entre otros – y para promover el trabajo en equipo entre ellos.

La idea que fundamenta la iniciativa es que, a pesar de los avances en la cuestión del combate contra la crisis de recursos humanos en salud, las limitaciones que todavía existen sólo pueden superarse mediante una adecuada coordinación entre las partes y, sobre todo, la acción política y el compromiso con los aparceros mundiales.

La versión electrónica de “Good Practices For Country Coordination and Facilitation (CCF)” está disponible en el sitio web de la GHWA (<http://www.who.int/workforcealliance>) en “Alliance Tools and Services”.

Recursos Humanos en Salud: canal de Youtube aumenta visibilidad del tema

La Alianza Global de la Fuerza Laboral de Salud (GHWA, del Inglés “Global Health Workforce Alliance”), una aparcería dedicada a identificar e implementar soluciones a la crisis global de la fuerza laboral de salud, ha puesto en marcha una nueva estrategia para divulgar las cuestiones relativas al área. Es el canal de la Alianza en YouTube (<http://www.youtube.com/user/ghwvideos>), en que están disponibles los videos abordando cuestiones sobre los profesionales de salud.

Entre las producciones encontradas en el canal es el documental “Doctors

and Nurses” (Médicos y Enfermeras), que retrata el dilema del médico africano Brian Kubwalo, que no sabe si se queda trabajando en Manchester, Inglaterra, donde puede dar un mejor futuro para sus hijos o volver a Malauí, su país de origen, donde sus habilidades son aún más necesarias.

Los vídeos pueden verse y compartirse a través de diversas herramientas de redes. Además, los que lo deseen, pueden recibir avisos sobre las actualizaciones del canal.



Educación de Técnicos en Salud · parte 4 (final)

Esta materia concluye la presentación del artículo “Educación de Técnicos en Salud” que se ha dividido en un texto inicial sobre los varios sentidos del término “Técnicos en Salud” (Revista RETS nº 2) y una secuencia de tres materias sobre algunos de los diversos conceptos del término “educación”.

A partir del texto “Una visión general de las corrientes pedagógicas críticas y no críticas”*, de la profesora e investigadora en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Marise Ramos (véase la entrevista en la revista RETS nº 3), fueron analizadas previamente algunas teorías no críticas de la Educación – Pedagogía Nueva, Tecnicismo y Pedagogía de las Habilidades, entre otras. En esta edición, se discuten las teorías críticas construidas por los educadores brasileños Paulo Freire y Demerval Saviani.

Para Marise Ramos, las corrientes pedagógicas críticas serían las que, reafirmando la validez ética y política del **materialismo dialéctico**, conciben al hombre como un proceso histórico-social que, en la medida en que actúa sobre la naturaleza para producir los medios para satisfacer sus necesidades, se objetiva en su producción y se transforma subjetivamente. La idea, dice, es que la praxis humana – objetivación y apropiación continua de la realidad en el proceso de producción de la existencia humana mediada por el trabajo – sirva como fundamento de una concepción del conocimiento como motivación y resultado de la acción humana de forma consciente y planificada – por lo tanto, potencialmente transformadora – y no sólo de adaptación.

“Pedagogía del oprimido”: el compromiso con las clases populares

Para ordenar la pedagogía de Paulo Freire (1921-1997) como una “pedagogía crítica”, Marise Ramos comenzó con dos preguntas: ¿En qué medida la pedagogía de Freire puede considerarse revolucionaria? En qué puntos se aproxima y se aleja de la concepción histórico-dialéctica de Marx?

En su tesis “Educação e Atualidade Brasileira” (1959), Paulo Freire abogaba por la educación como un reto de la emergencia de la gente en la vida política del país, dado el proceso de industrialización/urbanización en curso, y afirmaba que ese movimiento socio-político sucedería en dos etapas: en la primera, causaría el pasaje de la conciencia mágica de la gente a la conciencia transitivo-ingenua; en la segunda, debido al trabajo educativo, llegaría entonces a la conciencia transitivo-crítica.

En “Educação como prática da liberdade” (1967), Freire creó un método de alfabetización en consonancia con este sentido de la educación, que comprendía cinco etapas: (1) Encuesta del universo léxico de los grupos con los que se trabajará, (2) selección de palabras en el universo estudiado, (3) creación de situaciones existenciales típicas del grupo, (4) desarrollo de fichas-guiones para ayudar al trabajo de los coordinadores del debate, (5) creación de registros con la descomposición de las familias fonémicas correspondientes a las palabras generadoras. En “A pedagogía do oprimido” (1970), Paulo Freire enfoca la situación de opresión como característica humano-social más allá de la cuestión educacional, proponiendo, en contraposición al concepto burgués sobre educación, que una pedagogía dialógica y problematizadora actuaría como una herramienta pedagógica de la opresión.

Según Marise, el también educador Demerval Saviani identifica en este trabajo un diálogo de Freire con la filosofía dialéctica y el marxismo, pero sin la adhesión a esta teoría o la incorporación de esta perspectiva en su visión teórica de la pedagogía. Freire y Marx conciben al hombre como un ser de relaciones que produce históricamente la existencia, en un contexto adverso de dominación y alienación. Sin embargo, la perspectiva de Freire de que es posible cambiar esta situación a través del desarrollo de la conciencia crítica de los dominados y de la toma de conciencia de los dominantes no refleja el pensamiento

Ao longo de sua existência, o homem (sujeito) utilizou várias abordagens para interpretar a realidade (objeto), ou seja, de se relacionar com as coisas, a natureza e a vida. O materialismo dialético, de Marx, é uma delas.

O método dialético marxista vê a natureza como um conjunto de elementos interdependentes e intercondicionados. Nada pode ser considerado ou compreendido isoladamente, sem que se estude o ambiente em sua totalidade, observando causas e consequências. A dialética preconiza que nada é estático e que tudo está em constante processo de transformação; que mudanças qualitativas (revoluções) resultam de mudanças quantitativas (evoluções), inaugurando um novo ciclo; e que todos os objetos e fenômenos da natureza encerram contradições internas que levam às mudanças por meio do movimento dialético de tese, antítese e síntese (nova tese). A luta dos contrários é o motor do pensamento e da realidade. Marx parte do princípio de que a natureza do mundo é material, ou seja, que há uma realidade objetiva que existe prévia e independentemente da consciência e que se manifesta como fenômeno, mas que é perfeitamente conhecível pela ciência e pela prática. Enquanto o homem age sobre a natureza, a fim de produzir meios adequados à satisfação de suas necessidades, ele também se transforma subjetivamente, num processo contínuo. O materialismo considera que as formas da vida social, as instituições e os costumes são determinados pelo modo de produção material de uma sociedade.

marxista. En este sentido, Freire concentraría el problema social en el plano del pensamiento, de la ideología, de la cultura y de la política, minimizando las determinaciones estructurales de la dominación que son fundamentales en el pensamiento de Marx.

Ambos abogan por el poder de la educación para promover la toma de conciencia – esencial para la superación de la alienación y la liberación del hombre –, pero hay una clara distinción entre los dos pensamientos. Para Paulo Freire, la condición de alienación puede superarse mediante el diálogo y la solidaridad, con el establecimiento un acuerdo entre los dominados y los dominantes en nombre del bien común. Sin embargo, para Marx, el conflicto sólo puede transponerse cuando la clase dominada concientizada actúa específicamente para superar las mediaciones económicas – la propiedad privada, la división social del trabajo y de los bienes – que producen la alienación. “En resumen, parece que para Marx la toma de conciencia es un punto de partida, mientras que es un punto de llegada para Freire”, dijo Marise.

A pesar de las diferencias, Marise considera indiscutible el reconocimiento del compromiso ético-político de Paulo Freire con los segmentos populares, de su lucha por la educación de los oprimidos y los desamparados y el carácter progresista de su pensamiento educativo, que se tradujo en la creación de un método de educación de adultos innovador, político y concientizador. Por esta razón, dice, es imposible no considerar su pedagogía como muy crítica, aunque se reconozcan los límites de su pensamiento, con respecto a la transformación radical de las relaciones sociales.

“Pedagogía de la Autonomía”: problematizar el pasado y el futuro

En su último libro – “Pedagogia da Autonomia” (1996) – Paulo Freire asume que el hombre es un ser capaz de



“Enseñar requiere la comprensión de que la educación es una forma de intervención en el mundo”

Paulo Freire²

construir y reconstruir a sí mismo y la historia – transformando continuamente su realidad y la de su comunidad – para discutir en una perspectiva progresista los conocimientos necesarios para la práctica docente dirigida a la autonomía del alumno.

De acuerdo con Marise, la idea de Freire es que el hacer educativo debe concientizar a las clases populares a que puedan transformar la realidad en la medida en que están politizadas y toman conciencia de la condición de opresión en las que están sometidas. Para él, aunque hayan nacido condicionados por los factores materiales, económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos que componen y cuentan con el contexto imperante en su formación, los hombres son capaces de superar estos condicionantes que los limitan, pero no los determinan.

Paulo Freire consideraba la capacidad de aprender una característica ontológica del ser. “Debido a que son seres históricos y por lo tanto inacabados, los hombres viven en constante proceso de aprendizaje y se vuelven educables”, dijo,

abogando por la educación permanente como una forma de problematización, reflexión y reorganización constante de las experiencias vividas.

Paulo Freire también define el papel del estudiante como un sujeto en el proceso de aprendizaje y muestra una estrecha relación entre la docencia y la discencia. “Aunque diferentes entre sí, quien forma se forma y reforma al formar y quien es formado se forma y forma al ser formado”, dijo, poniendo el educador y el estudiante en un encuentro dialéctico que da lugar a un proceso continuo de construcción y reconstrucción. En su opinión, la práctica educativa debe contribuir a la formación de críticos y autónomos que observan, juzgan e intervienen sobre lo que se les propone y que en ese proceso, construyen su conocimiento.

De acuerdo con Marise, la metodología que sintetiza este concepto de la educación enlaza los conocimientos de los estudiantes con los conocimientos curriculares. “sAl recurrir al conocimiento previo del alumno y el diálogo entre sus experiencias sociales y lo que se propone en el currículo, se crea la posibilidad para que ellos desarrollen a la curiosidad epistemológica y problematicen la realidad en la que viven, formando el pensamiento crítico y actuando de una manera transformadora”, explica la investigadora, señalando que para Freire el currículo no es un espacio de neutralidad y los conocimientos transmitidos en la escuela quieren hegemonizar algunos conceptos del mundo, de la sociedad, del hombre y del conocimiento. La escuela y sus alumnos se alojan en una comunidad, ciudad y país que operan de una manera no neutra y eso tiene consecuencias. Por consiguiente, corresponde al profesor ayudar al estudiante a darse cuenta de eso, a fin de crear una posibilidad real de transformación.

Y es con la idea de transformación que Paulo Freire se opone al discurso

fatalista del neoliberalismo que no reconoce el carácter histórico y social del ser humano y que sirve para mantener el sistema actual.

Desde el punto de vista del educador, el modo de producción capitalista, especialmente en su vertiente neoliberal, difunde el discurso fatalista de la imposibilidad llevando la educación a la dimensión exclusiva de la tecnología y rechazando el carácter formador y transformador de la práctica educativa. En este sentido, la tarea del educador progresista que entiende las relaciones que afectan el proceso educativo es repudiar el discurso que disminuye y simplifica el hombre, problematizando el presente y el futuro para transformarlos.

Demerval Saviani y la “Pedagogía Histórico-Crítica”

Según su creador, el filósofo y educador Demerval Saviani (1943), la Pedagogía Histórico-Crítica, tributaria del concepto dialéctico, tiene en sus fundamentos psicológicos una fuerte afinidad con la psicología histórico-cultural desarrollada por la “Escuela de Vygotsky”. Para él, la educación debe ser entendida como “el acto de producir directa e intencionadamente en cada individuo la humanidad que es producida históricamente y colectivamente por todos los hombres”.

Según Marise Ramos, la pedagogía histórico-crítica de Saviani tiene como concepto guía el “modo de producción”. Esto significa que, basado en el materialismo histórico, Saviani busca explicar cómo los cambios en las formas de producción de la existencia humana dieron lugar a nuevas formas de educación que, a su vez, terminan por influir en la transformación del modo de producción en cuestión.

La pedagogía histórico-crítica surge como corriente educativa en 1979, con la expansión de las discusiones sobre el enfoque dialéctico de la educación y representa un compromiso para la

comprensión de la cuestión educativa basada en el desarrollo histórico objetivo.

Para la pedagogía histórico-crítica, como explica Marise, “contenido y método forman una unidad” y lo que define las opciones de uno y otro son los intereses de los dominados, ya que correspondería a la escuela garantizar el acceso de los trabajadores al conocimiento sistematizado y su asimilación efectiva para que, al entenderlo, puedan “crear” nuevas formas de “ser del mundo” y “estar

“Toda práctica educativa contiene, inevitablemente, una práctica política”

Demerval Saviani


en el mundo”. Es en la escuela y a través del trabajo pedagógico que el conocimiento sistemático (objetivo) se transforma en conocimiento escolar (lo asimilado, apoderado y apropiado por el sujeto) utilizado para comprender y recrear el mundo, así produciendo y sistematizando nuevos conocimientos.

Desde esta perspectiva, la escuela es de gran importancia, ya que permite el acceso de los trabajadores a los instrumentos de desarrollo y la sistematización de los conocimientos socialmente producidos. Sin la escuela, los trabajadores quedarían impedidos de alcanzar el nivel de elaboración del conocimiento, a pesar de que sigan contribuyendo con su producción, debido a su actividad práctica real. El acceso a las formas de conocimiento sistematizado permite a las personas a expresar los intereses populares de una manera elaborada. La posibilidad de la elaboración de la cultura popular acaba por permitir la superación de la dicotomía entre ella y la cultura erudita, una vez que si la gente tiene acceso al conocimiento

erudito, éste ya no es más un signo distintivo de las élites.

Para Saviani, ya que el objetivo del proceso pedagógico es el crecimiento del estudiante, queda esencial tener en cuenta sus intereses. Sin embargo, él exceptúa que no deben considerarse a los intereses subjetivos del sujeto empírico, sino a los intereses del sujeto concreto, es decir, los intereses de clase, de naturaleza ético-política.

El método histórico-crítico de la educación propuesto por Saviani se basa en la vinculación entre la educación y la sociedad y se divide en cinco pasos: (1) la práctica social (común a los estudiantes y profesores que, sin embargo, actúan como agentes sociales diferenciados y en los distintos niveles de comprensión – conocimiento y experiencia – de esta práctica), (2) problematización (identificación de los problemas principales de la práctica social y definición de los conocimientos que deben dominarse para la solución de estos problemas), (3) instrumentalización (apropiación de los instrumentos teóricos y prácticos necesarios para la solución de los problemas identificados en la práctica social; depende de la transmisión directa o indirecta por el profesor de los instrumentos que se generan socialmente y se conservan históricamente), (4) catarsis (incorporación efectiva de los instrumentos culturales, transformados en elementos activos de transformación social); y (5) la práctica social.

“El movimiento que va de la síntesis (visión caótica del todo) a la síntesis (conjunto de múltiples determinaciones y relaciones) por medio de análisis (abstracciones y determinaciones más simples) es una orientación segura tanto para el proceso de descubrimiento de nuevos conocimientos (método científico) como para el proceso de transmisión-asimilación del conocimiento (método de enseñanza)”, explica Marise. 

El psicólogo bielorruso Lev Vygotsky (1896-1934) atribuía a las relaciones sociales un papel importante en el desarrollo intelectual. Sus estudios sobre el aprendizaje se originan de la creencia de que el hombre es un ser que se forma en contacto con la sociedad. “Ante la ausencia del otro, el hombre no puede construirse hombre”, argumentaba Vygotsky, que no aceptaba las teorías innatistas, según las cuales los seres humanos tienen al nacer las características que se desarrollarán a lo largo de la vida, y ni las empiristas y de comportamiento, que ven a los seres humanos como producto de los estímulos externos. Para él, la formación es el resultado de una relación dialéctica entre el individuo y la sociedad que los rodea – es decir, el hombre cambia el ambiente y el ambiente cambia el hombre.

¹Parte integrante de los estudios para la elaboración del marco teórico de la investigación “La Educación Profesional en Salud en Brasil: conceptos y prácticas en las Escuelas Técnicas del Sistema Único de Salud”, coordinada por Marise Ramos, cuyo informe final será lanzado en forma de libro y disponibilizado en agosto como parte de la conmemoración del 25º aniversario de la EPSJV/Fiocruz.

²Caricatura de Paulo Freire: cortesía del autor, Deva Bhakta (devabhakta@hotmail.com/tel: 18-8146-5928).