

Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena

Intercultural health and the indigenous health model

Mirlelly Aguilar-Peña, María F. Tobar Blandón y Herney A. García-Perdomo

Recibido 15 mayo 2020 / Enviado para modificación 11 junio 2020 / Aceptado 30 junio 2020

RESUMEN

La población indígena tiene condiciones de vida inferiores al resto, reflejadas en mayor morbilidad y mortalidad a pesar de la cobertura del Sistema de Salud. Por ello, es importante conocer las causas de estas diferencias. Para esto, se hace uso de la interculturalidad como puente entre la cultura occidental y la cultura indígena. En este encuentro de saberes se identifica el modelo de salud indígena como respuesta cultural a la necesidad de mantener la salud y tratar la enfermedad, un modelo organizado jerárquicamente en el que la salud del individuo depende además de sus hábitos, de la armonía con la naturaleza, el espíritu, los dioses y su comunidad. Este modelo había sido menospreciado hasta hace poco tiempo por la comunidad científica; pero, gracias a los estudios en interculturalidad, se sabe que la salud también debe ser intercultural y que las políticas públicas deben incluirla para poder obtener los resultados esperados en la comunidad objetivo. Para hacer realidad estas políticas públicas debe haber voluntad y agenda política, una adecuada estructura en los servicios de salud y formación de los profesionales de la salud en interculturalidad desde sus estudios técnicos, tecnológicos, profesionales y de posgrado. Esas políticas públicas deben contener: capacitación, empleo de la lengua indígena local, alimentación y equipamiento con elementos tradicionales, diálogo respetuoso con los médicos tradicionales, atención humanizada, entre otros. Así se brinda una atención en salud de calidad que respeta las diferencias culturales de toda la población.

Palabras Clave: Asistencia sanitaria culturalmente competente; servicios de salud del indígena; América Latina; medicina tradicional; política pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

The indigenous population has lower living conditions reflected in higher morbidity and mortality despite the coverage of the Health System, so it is important to know the causes of these differences. For this, Interculturality is used as a bridge between western culture and indigenous culture. In this meeting of knowledge, the indigenous health model is identified as a cultural response to the need to maintain health and treat disease, a hierarchically organized model in which the health of the individual also depends on their habits, on harmony with nature, the spirit, the gods and their community. Until recently, this model had been undervalued by the scientific community, but thanks to studies in Interculturality, it is known that health must also be intercultural and that public policies must include it in order to obtain the expected results in the target community. To make these public policies a reality, there must be a will and a political agenda, an adequate structure in the health services and training of health professionals in interculturality from their technical, technological, professional and postgraduate studies. These public policies must contain training, use of the local indigenous language, food and equipment with traditional elements, respectful dialogue with traditional doctors, humanized care, among others. This provides quality health care that is respectful of cultural differences to the entire population.

MA: MD. Universidad del Valle. Cali, Colombia.
 mirlelly.aguilar@correounivalle.edu.co
 MT: TO. M. Sc. Salud Pública. Ph.D. (c) Salud Pública. Esp. Administración en Salud. Escuela de Salud Pública. Cali, Colombia.
 maria.f.tobar@correounivalle.edu.co
 HG: MD. Esp. Urología. M. Sc. Epidemiología Clínica. Ph. D. Educación. Ph. D. Medicina Clínica y Salud Pública. Ph. D. Ciencias Biomédicas. Departamento de Cirugía/Urología. Escuela de Medicina. Universidad del Valle. Cali, Colombia.
 herney.garcia@correounivalle.edu.co

Key Words: Culturally competent care; health services, indigenous; Latin America; medicine, traditional; public policy (source: MeSH, NLM).

Colombia es un país multiétnico y pluricultural. Según el último censo del DANE de 2018, 1 905 617 personas se autorreconocen como indígenas en el país (1). De igual manera, Colombia reconoce 82 pueblos que hablan 63 dialectos indígenas en el territorio nacional (2), los cuales están agrupados y representados por la Organización Nacional Indígena de Colombia.

Mediante una larga lucha por su reconocimiento, los derechos de la población indígena se materializaron y se visibilizaron en la Constitución Política de Colombia de 1991. Su artículo 7 reza lo siguiente: “el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana” (3). A pesar de esto y de que el país cuenta con una cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del 94,66% para el 2018 (4), la población indígena es la más afectada por problemas de salud prevenibles, como es el caso de la desnutrición infantil y la mortalidad materna (5). Las razones son múltiples: vivienda en áreas de difícil acceso, diferencias en el idioma y la cosmovisión del proceso salud-enfermedad de los pueblos ancestrales, que no se armoniza con la salud occidental (6). Esto lleva al Estado colombiano a formular e implementar políticas públicas a través de procesos concertados con los pueblos, usando metodologías participativas que brinden herramientas para la integración de la interculturalidad en salud, como uno de los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social Colombiano.

Como respuesta a las demandas sentidas y expresadas por los pueblos indígenas de Colombia, el Estado, en el año 2014, a través del decreto 1953, reconoció un Sistema Propio de Salud de los pueblos indígenas denominado SISPI. También definió que este se debe articular con las direcciones territoriales de salud (DTS) y los otros agentes del Sistema General de Seguridad Social a través de rutas interculturales con los mismos grupos.

Lo anterior obliga a describir la Interculturalidad como un proceso armónico, que comprende interrelaciones equitativas, justas y respetuosas de las diferencias, sobre todo culturales, en donde la salud y la enfermedad ocupan un lugar de importancia (7).

El objetivo de este artículo es dar a conocer la importancia de comprender qué es interculturalidad desde los modelos de salud tradicional (ancestral y milenario) y el modelo occidental (medicina alopática o biomédica), y la importancia de su reconocimiento para la implementación de políticas públicas del sector salud y otros sectores que están íntimamente ligados al proceso de salud, vida y bienestar de las poblaciones.

Salud intercultural

En América, a raíz de la colonización europea, se presenta un fenómeno único en el que la población nativa es minoría y sufre de discriminación por quienes invaden sus territorios (8). En Colombia el 2% de la población pertenece a una comunidad indígena, en Brasil los indígenas tan solo son el 0,4% del total de la población (9).

Esta discriminación se evidencia en las condiciones de pobreza, que afectan la salud y desencadenan morbilidad e, incluso, mortalidad por causas prevenibles como la desnutrición y las enfermedades infecciosas, en mayor proporción que en el resto de la población (a pesar de que el sistema de salud garantice la cobertura). Por ello, es fundamental conocer su cosmovisión, las diferencias y similitudes entre la población indígena y mestiza. Solo así podremos hablar de interculturalidad.

Los procesos y usos de la interculturalidad emergieron en los países latinoamericanos desde los años setenta, y se desarrollaron especialmente durante los ochenta y noventa. La interculturalidad se ha definido como “un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa” (10).

La salud intercultural es considerada un subcampo de la salud pública (11) y consiste en tres acciones principales: racionalización de la atención curativa; promoción y prevención de salud y el fortalecimiento del sistema de salud indígena (12). Sin embargo, es aplicable a cualquier grupo cultural como gitanos o afrodescendientes.

Todas las culturas desarrollan modelos médicos para poder entender y enfrentar la enfermedad e idealmente recuperar la salud (6). La dificultad radica en que, como herederos de la colonia, todos los países de América dan primacía al modelo de salud Biomédico, con el cual se envía el mensaje de que los demás modelos de salud están equivocados y que todas las personas deben aceptar y usar el modelo occidental biomédico como único verdadero. Esta consideración que no es del todo cierta, porque hasta ahora la comunidad científica no se ha puesto en el trabajo de investigar a fondo los diferentes modelos de salud que existen en otros territorios, a pesar de que estos son los que tratan a la mayoría de la población rural. Paradójicamente algún profesional de salud ha sido tratado con herbolaria tradicional o se le ha diagnosticado en su infancia “mal de ojo” o empacho (10).

De allí surge la importancia de hablar de la salud intercultural con el objetivo de articular la biomedicina y la medicina tradicional a partir de relaciones “paralelas” y no de dominación ni de hegemonía/subalternidad (una de las

principales quejas de las comunidades indígenas). Esto implica un ejercicio de diálogo entre los sistemas médicos tradicional y occidental y entre estos y la comunidad en un ambiente de confianza, respeto y autodeterminación (13).

Para que se dé una adecuada implementación de la política intercultural, no solo es necesario un consenso en el significado de salud intercultural, sino que, además, es crucial generar un diálogo continuo entre iguales propenso a la búsqueda de la conciliación que la ruptura y conflicto del concepto de interculturalidad genera. El enfoque intercultural debe incluir “un diagnóstico en el que se reconoce, valora y recoge la diversidad de intereses y necesidades de los pueblos indígenas y de los equipos de salud, incorporando no solo las categorías indígenas de salud (enfermedad a nivel descriptivo y analítico), sino la participación en el proceso de investigación de representantes indígenas” (12).

A nivel de la sociedad, existen múltiples barreras que impiden que exista una atención sanitaria intercultural; por ejemplo, la aceptación por parte de los proveedores de atención médica-biomédica y cuestiones relacionadas con la seguridad, eficacia, calidad y uso racional de la medicina tradicional (14), por falta de investigación de la etnobotánica.

Una de estas barreras tiene su origen en la educación que se brinda a los profesionales de la salud. La comunidad científica, con actitud e ideología fundamentalista, inculcada en las facultades de medicina con lineamiento occidental, pone en duda los principios de la medicina ancestral tradicional, a pesar de estar muy arraigada en la vivencia popular comunitaria de los grupos culturales étnicos. El personal médico sostiene el paradigma de ser solo ellos los poseedores de toda la verdad en el campo de la salud y descartan cualquier concepto ancestral tradicional en el tratamiento médico, al cual denominan “empírico” o “no científico” (15).

Estas barreras son producto de una comunidad científica dedicada a mirar las diferencias entre los saberes ancestrales y la medicina occidental, en lugar de prestar mayor atención a las similitudes que permitan generar políticas públicas de salud intercultural. Por ejemplo, en la medicina tradicional indígena, el saber jerárquico es ejercido por varones, mientras el saber popular es parte de las tareas femeninas (10). Posiciones similares se han ejercido por siglos en la medicina occidental, en la que los hombres son los médicos (quien posee el conocimiento) y las mujeres son las enfermeras (quien cuida). Aunque en estos tiempos de igualdad se propenda hacia el cambio de este modelo, es el que la comunidad en general reconoce.

En busca de similitudes y aproximación, hay un término que se debe tener claro y empezar a implementar en el vocabulario cuando hablamos de *salud intercultural*,

para articular medicina occidental y medicina tradicional indígena: la naturopatía. Esta nos ayuda a entender cuáles son las bases de la medicina tradicional. Se define como la ciencia que estudia al ser humano de manera general y holística, en sus implicaciones metafísicas y espirituales. Igualmente, es la profesión médica complementaria que diagnostica, trata al paciente y lo observa integralmente como parte del macrocosmos y microcosmos natural, por lo que sus instrumentos y métodos de diagnóstico terapéutica son eminentemente obtenidos de la naturaleza (fuego, tierra, metal, agua y madera o viento) (15). Es decir que la naturopatía puede ser un punto de intersección entre los dos modelos de salud.

Salud intercultural y políticas públicas

Las políticas públicas deben ser desarrolladas desde la *salud intercultural*, entendida como un proceso en el que las distintas percepciones y prácticas de salud enfermedad-atención actúan desde los distintos sistemas médicos (ancestral u occidental) (16). Se ponen en juego, se articulan y se complementan en el proceso de atención las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y curación de la enfermedad, el accidente y la muerte en contextos pluriétnicos. Implica, además, la integración de las prácticas culturales ancestrales, así como la incorporación de los actores tradicionales junto a promotores interculturales, el empleo de las lenguas originarias en el sistema de atención de salud y adecuaciones a las formas y prácticas de atención en salud desde lo occidental hacia lo tradicional y viceversa (17).

En esta se distinguen tres dimensiones, que además son requisitos:

1. Política: voluntad y agenda política, garantía básica para el reconocimiento del escenario de multiculturalidad y derivación de las distintas estrategias de concertación y comunicación intercultural.
2. Estructural: permite y facilita la adecuación intercultural de los servicios de salud en las distintas instancias del sistema de salud, desde sus procesos hasta sus recursos disponibles.
3. Formativa: garantiza la formación intercultural del personal médico y su adecuada capacitación en comunicación intercultural, además de que lo prepara para desempeñar el papel de mediador intercultural (15).

A partir de allí, entendemos que las políticas públicas en salud intercultural deben incluir, sin excepción:

- Capacitación intercultural del personal de salud obligatoria, es decir, desde el médico o médica tratante hasta quien recibe al paciente en el centro de salud o quien se encarga de ir a su domicilio para hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Disminuir o evitar la rotación del personal de salud en estas comunidades, como en el caso de profesionales de la salud que trabajan en comunidades indígenas solo mientras realizan su servicio social obligatorio. Al finalizar ese año, llega un nuevo profesional y, así, se pierde experiencia y contacto con la población.
- Empleo de la lengua indígena local, oficinas interculturales, señalética cultural, participación indígena en la gestión, arquitectura concertada, alimentación tradicional, albergues comunitarios, diálogos respetuosos con médicos o sabedores y sabedoras tradicionales, empleo de plantas tradicionales, atención humanizada e intercultural del parto, equipamiento con elementos locales (hamacas, cueros entre otros), horarios flexibles y facilidad de apoyo espiritual y acompañamiento religioso (18).

La salud intercultural debe ser lo suficientemente flexible para facilitar la interrelación de la cultura del paciente, la cultura del médico y la cultura de la institución (15). Así, las políticas públicas en salud tienen el impacto deseado en la comunidad objetivo.

Modelo de salud propio indígena

La medicina indígena representa “los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, explicables o no, utilizadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales” (19).

Mucha de la fuerza y capacidad de supervivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, claro está, para combatir enfermedades propias de sus comunidades y no para las traídas desde Europa, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad (20).

Un sistema médico tradicional indígena puede presentar actores que están organizados jerárquicamente, como se describe a continuación, empezando por el nivel inferior o primario (21):

- **Comuneros:** es el nivel mínimo de conocimientos sobre la intervención de la enfermedad. Se basa en prácticas de autocuidado y autoatención de la salud, fundamentadas en el saber de las madres o abuelas. Se aplica para dolencias no graves y comunes. En este nivel, podemos encontrar incluso personas que no se reconocen como indígenas pero viven en zonas rurales y han aprendido este tipo de prácticas por tradición oral, usos y costumbres.
- **Sobanderos:** se encargan de atender aquellas personas afectadas por caídas, golpes y otros efectos en su corporalidad. Llegan a atender lesiones más graves, pueden

llegar a hacer una atención inicial o de primera respuesta antes de la remisión al hospital.

- **Rezanderos y curanderos:** intervienen en padecimientos psicológico-espirituales y algunos físicos. Los primeros tienen como principal recurso el rezo o la conexión con los espíritus, mientras que los segundos, la etnobotánica.
- **Parteras:** se especializan en la atención del recién nacido y de las mujeres durante y después de la gestación.
- **Médicos tradicionales:** poseen la sabiduría ancestral y de la madre tierra sobre etnobotánica y el dominio espiritual; como mensajeros de la deidad son los encargados de realizar armonizaciones, ceremonias y ritos, y poseen la sabiduría para reparar acciones negativas contra la naturaleza, el espíritu, el individuo y la familia.
- **Chamán** (*xamán* o *shamán*): es la jerarquía máxima. Es intermediario entre los seres humanos y la esfera espiritual. Los espíritus pueden sanar o enfermar y el intermediario entre dichos espíritus es el chamán. Un chamán debe conocer muy bien todo su entorno. Por ello, es especialista de la realidad, la cual incluye historia, mitos, cosmovisión, conocimiento profundo de la naturaleza, conocimiento de plantas medicinales y dominio del trance (22).

Según la antropología, los sistemas terapéuticos tradicionales presentan cinco rasgos fundamentales, que los definen como sistemas médicos y los posibilitan como alternativa de atención en salud para una comunidad (23):

1. Validez como etnomedicina (sistema terapéutico adaptado a contextos socioculturales y geográficos concretos que responden a las necesidades de salud de los grupos).
2. Utilización de recursos naturales (plantas, minerales, agua, otros), como medios terapéuticos para prevenir y combatir las enfermedades y como elementos íntimamente relacionados con la cultura y las creencias.
3. Contemplación necesaria del elemento cultural de la enfermedad. salud/enfermedad como unidad en relación directa con el equilibrio/ desequilibrio del entorno.
4. Sistemas estrechamente integrados con el resto de la cultura de la sociedad que se trate.
5. Los sistemas terapéuticos de los grupos originarios y de las culturas tradicionales forman parte de otros elementos organizativos y equilibradores del individuo, el grupo, el medio y las creencias con el cosmos (24).

La cobertura de los servicios de salud no es suficiente para garantizar la salud de la población indígena. El problema por el cual la población no recurre a los Centros de Salud es porque estos no solucionan sus problemas y no los solucionan porque no los entienden.

Se desconoce que los mecanismos reales para la implementación de un modelo intercultural de salud están basados en el reconocimiento de derechos, la participación activa y efectiva en salud y la concertación entre los actores involucrados.

La medicina tradicional representa una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América. Esta participación ha sido aceptada por organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas organizaciones han intentado apoyar y promocionar políticas dirigidas a ensayar formas de articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud, enfocadas primordialmente en su atención primaria ♦

Conflictos de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. DANE. Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2019 [cited 2020 May 2]. Available from: <https://bit.ly/3kDHTyy>.
2. Molina-Betancur CM. La autonomía educativa indígena en Colombia. *Vniversitas*. 2012 [cited 2020 May 2];(124):261-92. Available from: <https://bit.ly/3gJpoq0>.
3. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Colombia; 1991.
4. MinSalud. Comportamiento del aseguramiento. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2019 [cited 2020 May 2]. Available from: <https://bit.ly/2DKirGy>.
5. Monteban M et al. Comparing Indigenous and public health infant feeding recommendations in Peru: opportunities for optimizing intercultural health policies. *J Ethnobiol Ethnomedicine*. 2018 [cited 2020 May 2];14(69). Available from: <https://bit.ly/2F8KwIk>.
6. Narváez FNH. Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. *Cienc y Enferm*. 2012;18(3):17-24. DOI:10.4067/S0717-95532012000300003.
7. Lerín Piñón S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 2004 [cited 2020 May 2];(15-16):111-25. Available from: <https://bit.ly/3ks0JbG>.
8. Manríquez M, Lagos C, Rebolledo J, Figueroa V. Intercultural health in Chile: Historical development and current challenges. *Ver. Salud Pública (Bogotá)*. 2018; 20(6):759-63. DOI:10.15446/rsap.v20n6.65625.
9. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2018 [cited 2020 May 1];42:e184. Available from: <https://bit.ly/2Y0GzMz>.
10. Menéndez EL. Intercultural health: Proposals, actions and failures. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(1):109-18. DOI:10.1590/1413-81232015211.20252015.
11. Boccara GB. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara*. 2007 [cited 2020 May 2];39(2):107-85. Available from: <https://bit.ly/3kDIVdU>.
12. Arteaga EL, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde em Debate*. 2012;36(94):402-13. DOI:10.1590/S0103-11042012000300012.
13. Duarte Gomez MB, Ortega Alegría ML, Mora Rios LH, Coromoto Fernandez N. Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. *Rev Panam Salud Pública*. 2011 [cited 2020 May 2]; 30(3):272-8. Available from: <https://bit.ly/2XJngXA>.
14. Vandebroek I. Intercultural health and ethnobotany: How to improve healthcare for underserved and minority communities? *J Ethnopharmacol*. 2013; 148:746-54. DOI:10.1016/j.jep.2013.05.039.
15. Almeida Vera L, Almeida Vera L. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *Medisan*. 2014 [cited 2020 May 1]; 18(8):1170-83. Available from: <https://bit.ly/3abwbX9>.
16. Romero V. Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2001 [cited 2020 May 1]; 3(2):97-126. Available from: <https://bit.ly/2F59wQB>.
17. MinSalud. Lineamientos. Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2017 [cited 2020 May 2]. Available from: <https://bit.ly/2PCVdot>.
18. Paz M, Gonzales D, Gambirazio Z. Interculturalidad y ejercicio de los derechos en la subregión andina con énfasis en la Salud Sexual y Salud Reproductiva para el fortalecimiento del Sumak Kawsay. In: MSP (ed.). Normas y regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna: estado de arte y retos pendientes en tres países andinos. Quito; 2010.
19. World Health Organization. General guidelines for methodologies on research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva: WHO; 2000 [cited 2020 May 2]. Available from: <https://bit.ly/3iiVOB8>.
20. Patiño Sauza AE, Sandín Vásquez M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colect*. 2014 [cited 2020 May 2]; 10(3):379-96. Available from: <https://bit.ly/2DRBH4N>.
21. Cardona-Arias JA. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Rev salud pública*. 2012 [cited 2020 May 2]; 14(4):630-43. Available from: <https://bit.ly/3kv7GbW>.
22. Granados SM, Martínez LE, Morales P, Ortiz GR, Sandoval H, Zuluaga G. Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. *Rev Ciencias la Salud*. 2005 [cited 2020 May 2]; 3(1):98-106. Available from: <https://bit.ly/3io4OM5>.
23. Aparicio Mena A. Tres ámbitos de expresión de la cultura tradicional de salud y de la etnomedicina en Mesoamérica. *Rev Antropol Exp*. 2006 [cited 2020 May 2];(6):107-17. Available from: <https://bit.ly/3gJct8t>.
24. Aparicio Mena A. La medicina tradicional como medicina ecocultural. *Gaz Antropol*. 2005 [cited 2020 May 2];(21):10. Available from: <https://bit.ly/31H4BgC>.