

*Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
Diplomado de Medicina Complementaria
Módulo: Bases conceptuales de la Medicina Tradicional*

*noviembre
2020*



*Articulación de
Saberes y
Diálogo
Intercultural*

Contenido:

MULTICULTURALIDAD

- 1. Concepto**
- 2. Relaciones Interculturales**
- 3. Naturaleza de las Relaciones Interculturales**
- 4. Aculturación**
- 5. Realidad del país**
- 6. Realidad del mundo**

INTERCULTURALIDAD

- 1. Qué es Interculturalidad?**
- 2. Qué implica la Interculturalidad?**
- 3. Principios de la Interculturalidad**
- 4. Acciones prácticas que demanda la Interculturalidad**

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

- 1. Los Sistemas médicos**
- 2. Los Sistemas Médicos Tradicionales**
- 3. La Naturaleza del Sistema Médico Tradicional**
- 4. El Enfoque Intercultural**
- 5. La Equidad**
- 6. La Participación Social**
- 7. La Calidad**
- 8. La Eficiencia**
- 9. La Sostenibilidad**
- 10. Qué es Interculturalidad en Salud?**

ANÁLISIS DE LOS ENFOQUES UNICULTURAL E INTERCULTURAL

- 1. Dimensión: Concepto de Sociedad.**
- 2. Dimensión: Definición del concepto de Salud, proceso de salud-enfermedad.**
- 3. Dimensión: Base Legal. Código de Salud.**
- 4. Dimensión: Sistema de Información.**
- 5. Dimensión: Sistema Educativo de Salud.**
- 6. Dimensión: Recurso Humano.**
- 7. Dimensión: Formación y Capacitación de Personal de Salud.**
- 8. Dimensión: Currículo.**
- 9. Dimensión: Sistema de Salud.**
- 10. Dimensión: Oferta de servicios de salud.**
- 11. Dimensión: Organizaciones Indígenas.**

ESQUEMAS QUE AYUDAN A COMPRENDER LA PROBLEMÁTICA SANITARIA

- 1. Baja / Inadecuada utilización de los Servicios de Salud.**
- 2. Organización y Provisión de Servicios: Modelo Unicultural.**
- 3. Organización y Provisión de Servicios: Modelo Intercultural.**

LA ARTICULACION Y DIALOGO DE SABERES

- 1. Dónde desarrollarlo?**
- 2. Para qué desarrollarlo?**
- 3. Qué se requiere para desarrollarlo?**
- 4. Quiénes deben hacer esta articulación?**
- 5. Qué se requiere de los interlocutores del diálogo?**

MULTICULTURALIDAD

1. Concepto

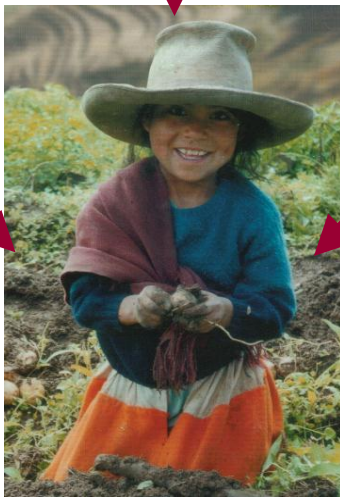
Una sociedad conformada por varias culturas.

Un Estado cuyos miembros pertenecen a naciones diferentes.

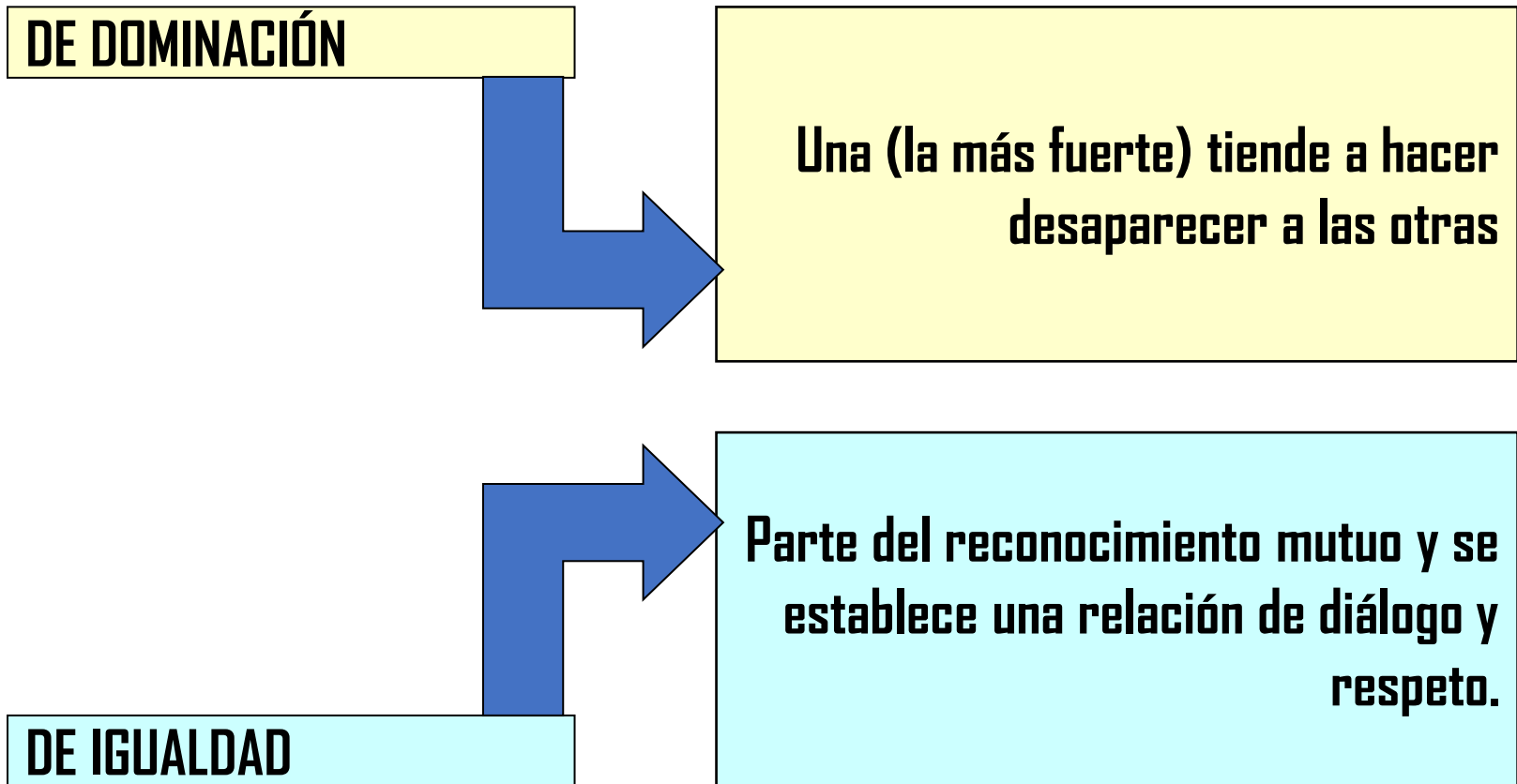
2. Relaciones Interculturales



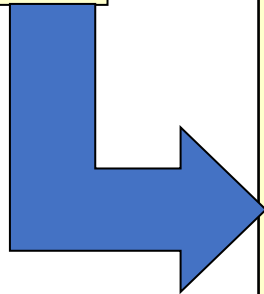
Es el encuentro de grupos humanos con tradiciones culturales diversas, en una relación relativamente intensa en la vida cotidiana, en el que la influencia mutua se ejerce en ambos sentidos, independientemente de que se reconozca o no dicha influencia.



3. Naturaleza de las Relaciones Interculturales

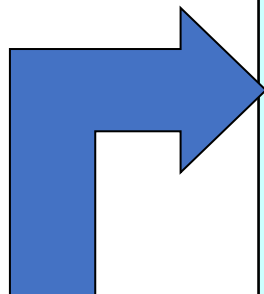


DE DOMINACIÓN



Las culturas en relación sufren modificaciones significativas en sus escenarios simbólicos.

DE IGUALDAD



Las culturas en relación no resultan afectadas o modificadas por el contacto.

4. Aculturación



Proceso de CAMBIO CULTURAL, producto de la RELACION INTERCULTURAL entre dos o más culturas.

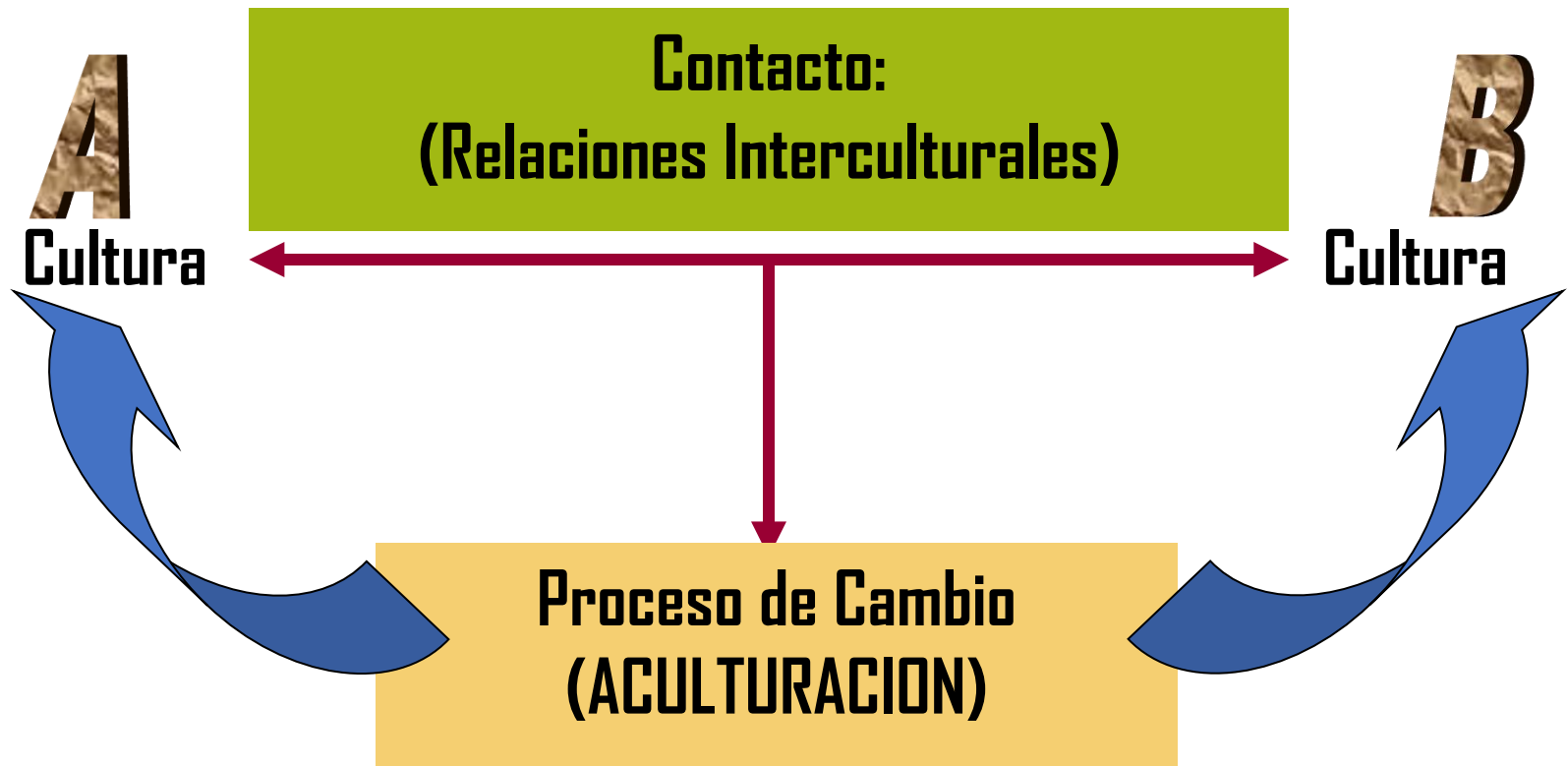
Proceso de adquisición por parte de un grupo cultural, de las características de la cultura de otro grupo con el que ha entrado en contacto directo o continuo.

A
Cultura

**Contacto:
(Relaciones Interculturales)**

B
Cultura





5. Realidad del País:



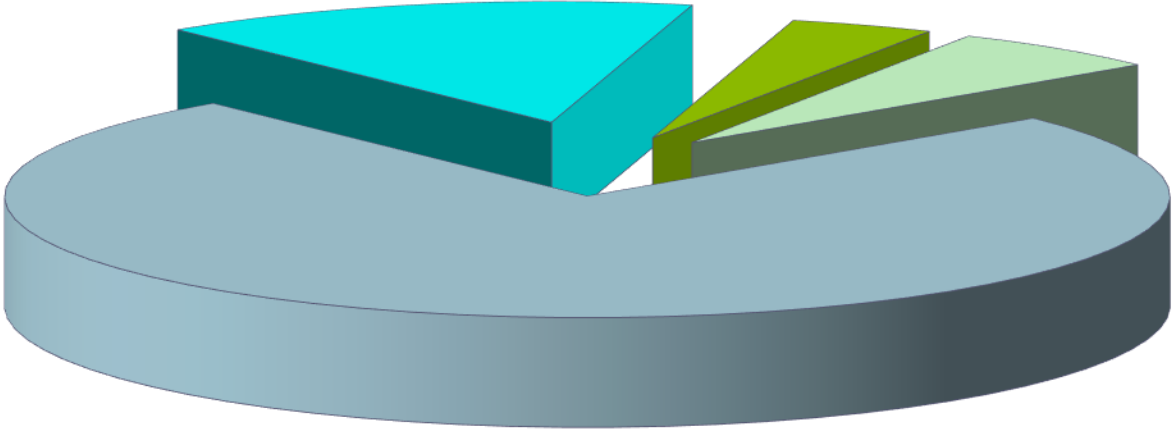
DIVERSIDAD ECO-GEOGRÁFICA

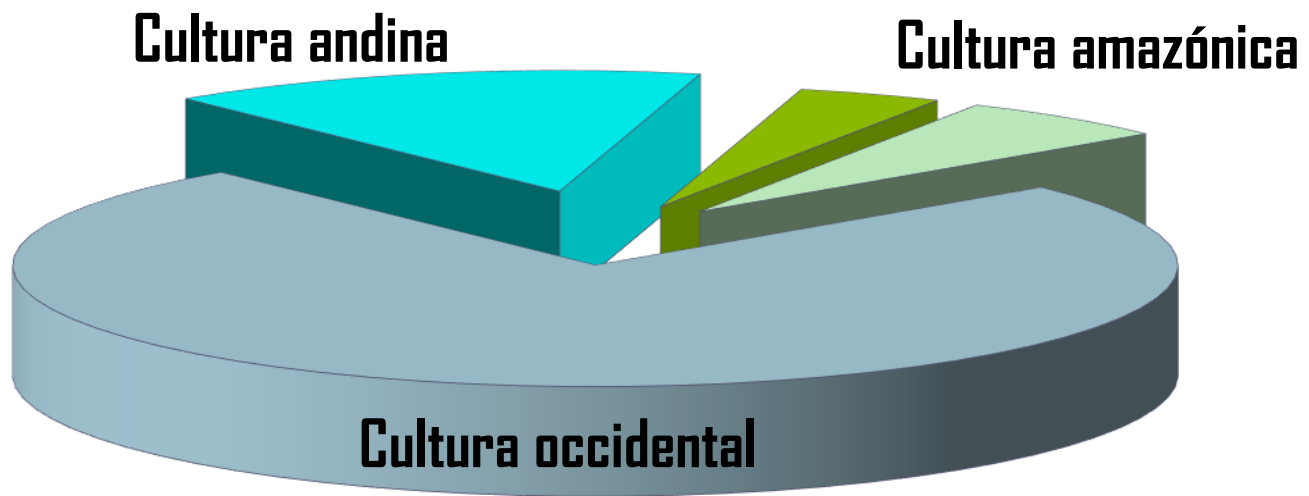


DIVERSIDAD BIOLÓGICA

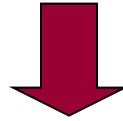


PLURALIDAD CULTURAL, ÉTNICA Y LINGÜÍSTICA





CULTURAS SUBORDINADAS

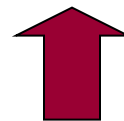


Cultura andina

Cultura amazónica



Cultura occidental

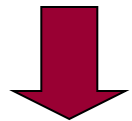


CONCEPTOS OFICIALES, DOMINANTES Y DE PRESTIGIO

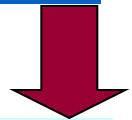
CULTURAS SUBORDINADAS



HOMOGENIZACION

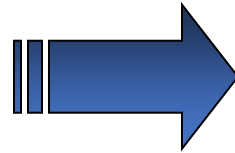


PARADIGMA MONOCULTURAL



Conceptos oficiales, dominantes y de prestigio

**Globalización
acelerada del
conocimiento
hegemónico**



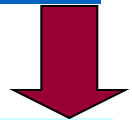
CULTURAS SUBORDINADAS



HOMOGENIZACION

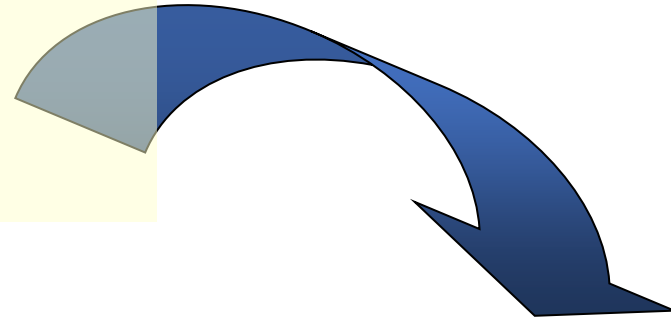


PARADIGMA MONOCULTURAL

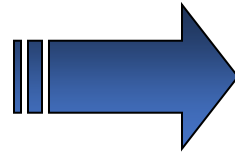


Conceptos oficiales, dominantes y de prestigio

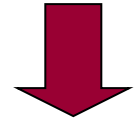
Ausencia de políticas favorables
Aculturación
Imposición de modelos exógenos



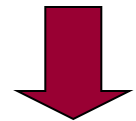
**Globalización
acelerada del
conocimiento
hegemónico**



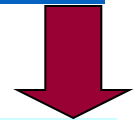
CULTURAS SUBORDINADAS



HOMOGENIZACION



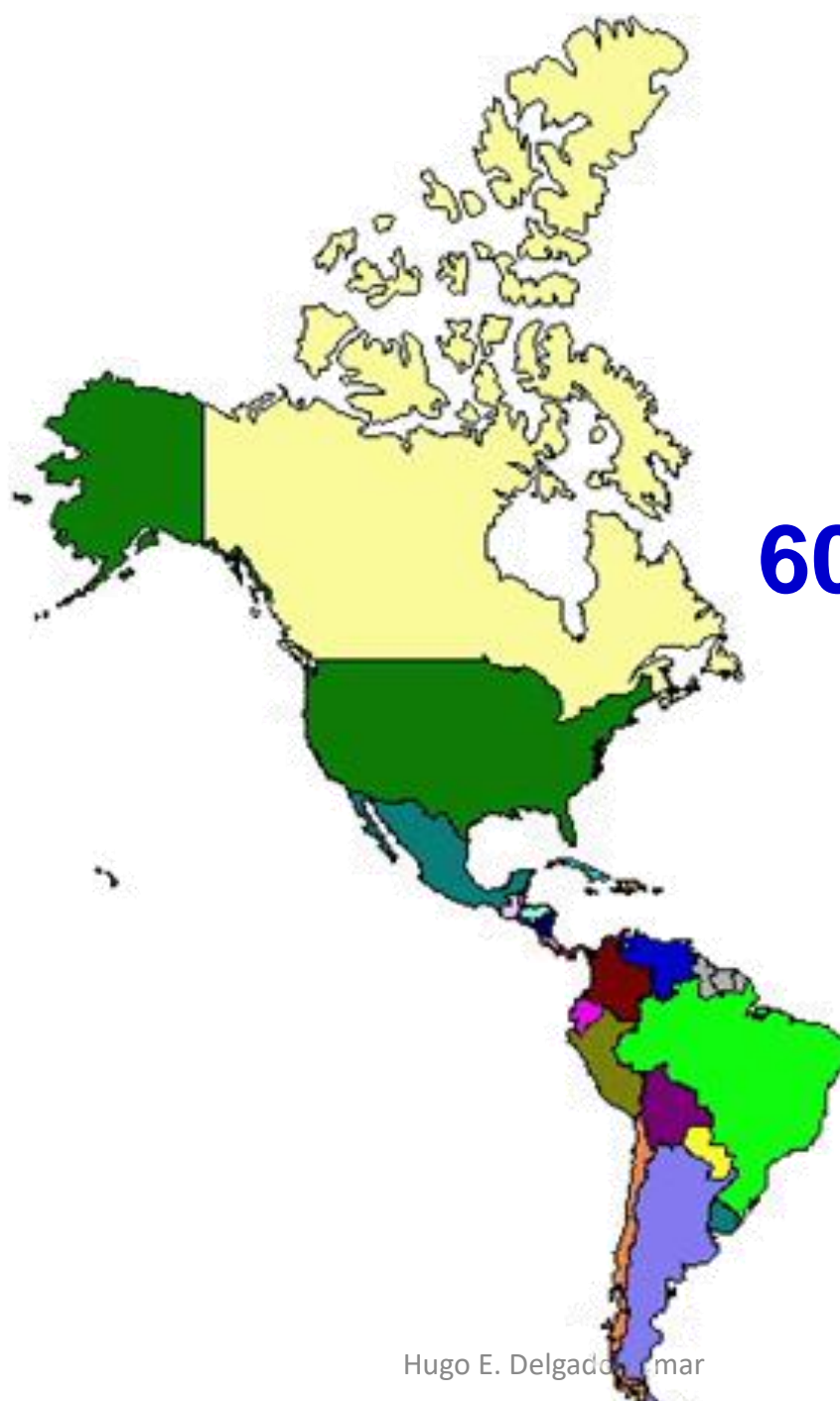
PARADIGMA MONOCULTURAL



Conceptos oficiales, dominantes y de prestigio

6. La realidad del mundo





**600 grupos
étnicos**



**Tratado de Cooperación
Amazónica:**

**Bolivia, Brasil,
Colombia, Ecuador,
Guyana, Perú,
Suriname y Venezuela.**

**388 Grupos étnicos
1 millón de personas**



46.5 millones de Quechuas, Aymaras, Mayas y Aztecas (85.18% de la población indígena y 6.04% de la población total).

72 grupos étnicos

65 en el área amazónica,
distribuidos en 961
Comunidades Nativas.

7 en el área andina,
distribuidos en 5069
Comunidades Campesinas.



INTERCULTURALIDAD

1. Qué es Interculturalidad?

Un **PROCESO SOCIAL INTERACTIVO**, de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias culturas, en un espacio determinado;

Es indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito

- | | |
|-----------------|-------------------|
| (1) Político, | (2) Económico, |
| (3) Social, | (4) Cultural, |
| (5) Étáreo, | (6) Lingüístico, |
| (7) de Género y | (8) Generacional. |

Un **PRINCIPIO NORMATIVO** que corresponde a la actitud de asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se halla;

Que actúa como

- 1) orientador de la vivencia personal en el plano individual y
- 2) rector de los procesos sociales en el plano social.



En el plano individual:

Actitud (consciente) de dialogar dentro de uno mismo las diversas influencias culturales a las que se está expuesto, a veces contradictorias entre sí o difíciles de armonizar.



En el plano social:

Deliberada intención de relación dialógica, democrática entre los miembros de las culturas involucradas, sobre la base del reconocimiento del derecho a la diversidad y en oposición contra toda forma de discriminación y desigualdad social.

2. Qué implica la Interculturalidad?



Pasar de un **ESTADO MONOCULTURAL** a un **ESTADO PLUICULTURAL**

3. Principios de la Interculturalidad

➡ **DIALOGO SUSTENTADO EN EL RESPETO A LAS DIFERENCIAS**

➡ **TOLERANCIA A LAS CONTRADICCIONES QUE CONDUZCA A LA SOLIDARIDAD**

➡ **DEMOCRACIA CULTURAL**

➡ **PARTICIPACION QUE INCORPORA LA REPRESENTACION, LA CONSULTA, EL CONSENSO Y LA CONVERGENCIA DE OBJETIVOS COMUNES**

4. Acciones prácticas que demanda la Interculturalidad

- 1. Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.**
- 2. Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.**
- 3. Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.**
- 4. Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participen en la dinámica social.**
- 5. Construir la ideología, los valores, las actitudes y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.**

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

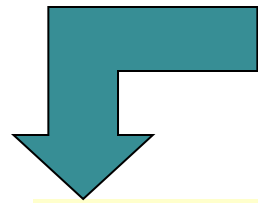
1. Los Sistemas Médicos

Un Sistema Médico presupone, necesariamente:

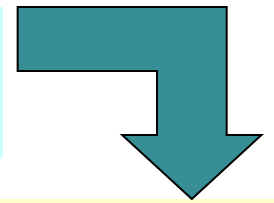
Conocimientos y Creencias sobre:

- ✓ **El cuerpo humano**
- ✓ **El origen de las enfermedades**
- ✓ **Los recursos curativos**

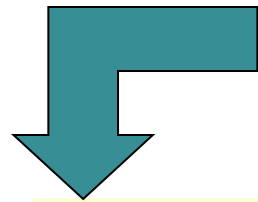
2. Los Sistemas Médicos Tradicionales



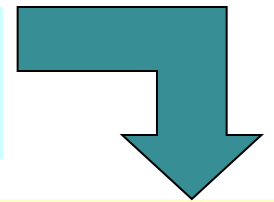
**EN TODA CULTURA, UN SISTEMA MEDICO ESTA
ORIENTADO A:**



EL MANTENIMIENTO O LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

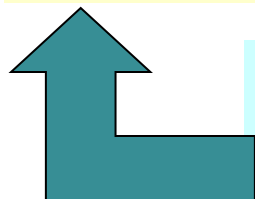


**EN TODA CULTURA, UN SISTEMA MEDICO ESTA
ORIENTADO A:**

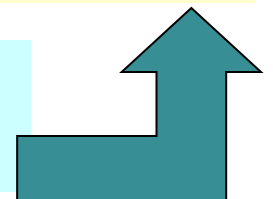


EL MANTENIMIENTO O LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

LA SUBSISTENCIA DEL GRUPO



**EN TODA CULTURA, UN SISTEMA ALIMENTARIO ESTA
ORIENTADO A:**





**EN TODA CULTURA, UN SISTEMA MEDICO ESTA
ORIENTADO A:**



EL MANTENIMIENTO O LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD



SOPORTE DE LA REPRODUCCION BIOLOGICA Y SOCIAL DEL GRUPO



LA SUBSISTENCIA DEL GRUPO



**EN TODA CULTURA, UN SISTEMA ALIMENTARIO ESTA
ORIENTADO A:**




4. La Naturaleza del Sistema Médico Tradicional



TODO SISTEMA MEDICO TRADICIONAL CONSTITUYE LA SUMA DE DOS NIVELES DE ATENCION:

CULTURA



**TODO SISTEMA MEDICO TRADICIONAL CONSTITUYE LA SUMA DE
DOS NIVELES DE ATENCION:**

**UN NIVEL REAL AL QUE SE DENOMINA
MEDICINA NATURAL**

**UN NIVEL CULTURAL AL QUE SE DENOMINA
MEDICINA MAGICO RELIGIOSA**

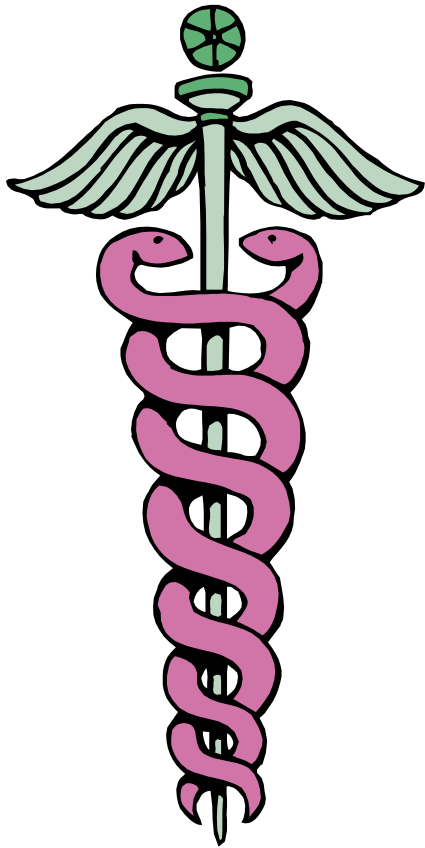
CULTURA

4. El Enfoque Intercultural

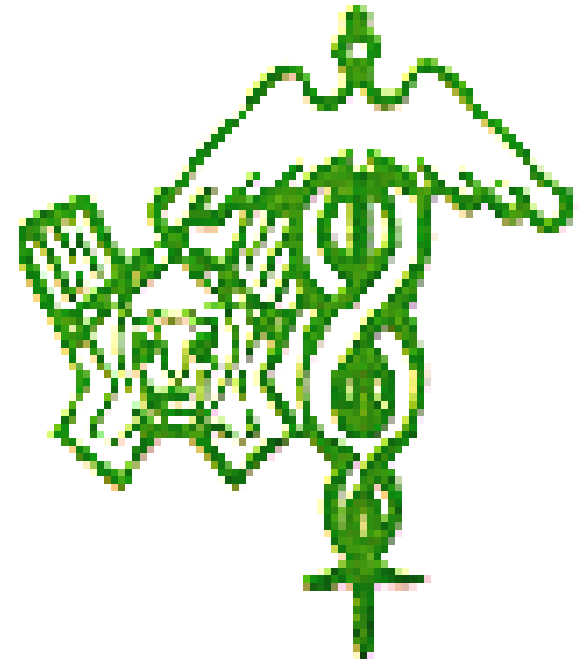
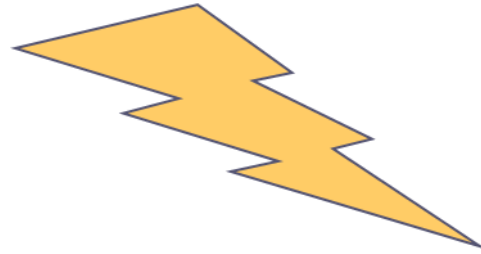
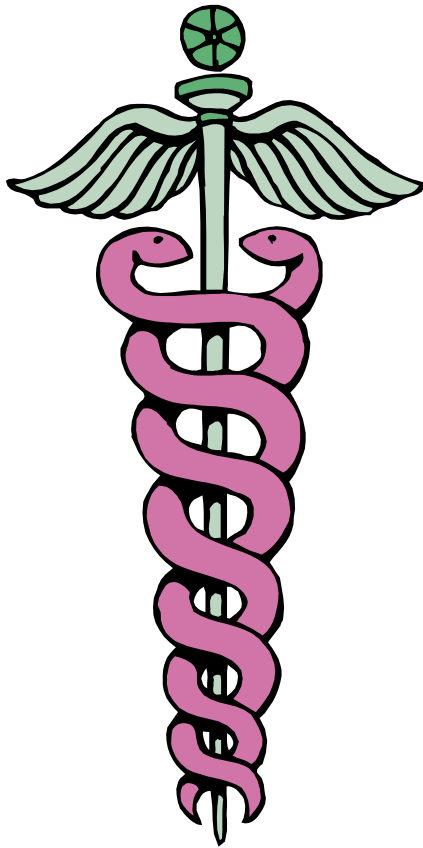
ADOPTAR EL ENFOQUE INTERCULTURAL SUPONE:



PARADIGMA UNICULTURAL



PARADIGMA UNICULTURAL

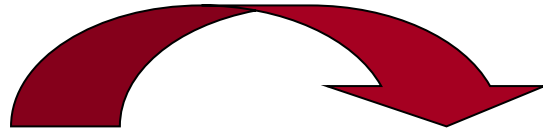


PARADIGMA MULTICULTURAL

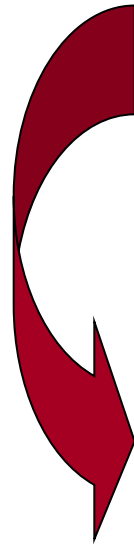
PARADIGMA UNICULTURAL



PARADIGMA UNICULTURAL



PARADIGMA MULTICULTURAL



LA CREACION DE UN MODELO QUE INCLUYA:

La Equidad

La Participación Social

La Calidad

La Eficiencia

La Sostenibilidad

5. La Equidad

1. **Atención prioritaria a los grupos poblacionales excluidos.**
2. **Revaloración y protección de la medicina y alimentación tradicional.**
3. **Conservación del medio ambiente y la biodiversidad.**

6. La Participación Social

- 1. Fortalecimiento del proceso de descentralización.**
- 2. Desarrollo de la participación Social, particularmente de los pueblos indígenas.**

7. La Calidad

- 1. Impulso del desarrollo de la atención primaria como el eje del modelo de salud.**
- 2. Desarrollo del marco jurídico que permita la incorporación de nuevos paradigmas y estrategias en la atención de la salud.**
- 3. Fortalecimiento y desarrollo de los recursos humanos.**

8. La Eficiencia

- 1. Fortalecimiento de la red de servicios orientado a elevar la capacidad resolutive de la oferta institucional tomando en cuenta las particularidades de la población.**
- 2. Desarrollo de nuevas modalidades de gestión, promoviendo la participación activa de la comunidad.**

9. La Sostenibilidad

- 1. Fomento de un entorno que permita mejorar la unidad familiar y la promoción de los derechos.**
- 2. Apoyo a la organización comunal.**
- 3. La protección del medio ambiente y de los trabajadores.**

10. Qué es Interculturalidad en Salud

Una **ESTRATEGIA** cuyo enfoque debe ser introducido transversalmente en los programas de formación y desarrollo de los RR.HH. y en los procesos de formulación y ejecución de planes, política y programas, como **condición sine qua non** para el logro de la EQUIDAD en el marco de un irrestricto respeto por las culturas, teniendo como eje central el fortalecimiento de la(s) medicina(s) tradicional(es).

Una ESTRATEGIA cuyo accionar facilite los procesos de intercambio de experiencias y de generación de conocimiento y cree los espacios de encuentro, diálogo y convergencia en los cuales, los interlocutores validos de los sistemas médicos (médicos y terapeutas), a través de procesos interactivos, puedan crear y recrear los modelos de salud integrales y culturalmente apropiados a cada realidad local.

ANÁLISIS DE LOS ENFOQUES UNICULTURAL E INTERCULTURAL

1. Dimensión: Concepto de Sociedad.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
Homogénea, que prestigia una cultural nacional dominante.	Hace defensa de la diversidad cultural de la nación: la reconoce, la promueve, la respeta. La diversidad es fuente de orgullo y de riqueza.

2. Dimensión: Definición del concepto de Salud, proceso de salud-enfermedad.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
Oficial, integrada en la definición teórica, pero fragmentada en la práctica.	Integral en su conceptualización y práctica. Y más apropiadamente, holística, que traduce las relaciones del hombre con la naturaleza, la sociedad y la superestructura.

3. Dimensión: Base Legal. Código de Salud.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
Reconocimiento (incipiente) de la diversidad étnica, lingüística y cultural del país y de los recursos humanos comunitarios.	Pleno reconocimiento y ejercicio de la diversidad, con equidad y derecho a la diferencia. Democracia cultural. Valoración e integración del personal comunitario y de los terapeutas de los sistemas de salud indígena (sistemas médicos denominados “tradicionales”).

4. Dimensión: Sistema de Información.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
Las estadísticas no están desagregadas e invisibilizan la problemática de salud según etnia y género (principal pero no exclusivamente).	Se cuenta con estadísticas desagregadas e indicadores para la planificación y toma de decisiones participativas.

5. Dimensión: Sistema Educativo de Salud.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
<p>Cerrado. Enfoque predominantemente biotecnológico. Es inequitativo étnica, lingüística, cultural y geográficamente. Ignora los aportes educativos y de salud de las culturas indígenas. Algunas veces “investiga” (tesis) sin utilizar los resultados.</p>	<p>Abierto. Valora y aplica el conocimiento universal, pero también promueve el rescate (re)valoración, investigación, difusión de ciencia y tecnologías en salud indígenas y nacionales. Enseña y provee oportunidades para aplicar el conocimiento indígena en salud. Los educadores, prestadores y organizaciones de base evalúan la contribución del currículo a los fines de la formación y capacitación en multiculturalidad e interculturalidad y promueven transformaciones integrales no parciales o aisladas.</p>

6. Dimensión: Recurso Humano.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
Escaso personal calificado para trabajar en contextos plurilingües y pluriétnicos. La disponibilidad de personal bilingüe en los servicios de salud es insuficiente para cumplir la pertinencia del servicio en diferentes niveles de atención. La distribución de recurso humano carece de pertinencia cultural.	Personal calificado y sensible a las necesidades de salud. En los contextos multilingües hay personal que ofrece el servicio en el idioma local. La comunidad participa en la selección y evaluación del personal comunitario y nombrado.

7. Dimensión: Formación y Capacitación de Personal de Salud.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
<p>La formación y capacitación de los diferentes niveles: comunitario, técnico (medio), profesional (superior) es poco pertinente a las realidades pluriculturales y multilingües del país. El personal comunitario no es capacitado junto con los equipos de salud.</p>	<p>Se forma y capacita, con enfoque de procesos de educación permanente, en multiculturalidad e interculturalidad a todo el recurso humano en salud independientemente del lugar donde se forme. La capacitación aborda sistemáticamente la cultura y problemática local en materia de salud, y la organización para la prestación de servicios es apropiada en busca del enriquecimiento mutuo y de soluciones transformadoras consensuales que mejoren el nivel de la salud.</p>

8. Dimensión: Currículo.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
<p>Énfasis en objetivos cognitivos. Enseñanza y materiales educativos con enfoque cultural y en idioma dominante. La cultura y la salud indígena constituyen añadidos curriculares sin relevancia para el cambio de actitudes.</p>	<p>Énfasis integral: objetivos cognitivos de desarrollo de actitudes, prácticas y valores étnicos, nacionales y universales. Integra concepciones educativas de los pueblos de una nación. Introduce estrategias de fortalecimiento de la unidad nacional, la autoestima y la diversidad. El currículo descentralizado ofrece conocimientos, experiencias y opciones multiculturales e interculturales, enfatizando en salud, para todos, incluyendo la enseñanza y aprendizaje de un idioma local.</p>

9. Dimensión: Sistema de Salud.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
<p>Excluyente. Único y cerrado, orientado por el enfoque biotecnológico occidental. Los sistemas tradicionales son rechazados o subestimados (provocando, una práctica encubierta y “clandestina” frente a la legalidad del país, en un modelo de “relación tolerante” en el que el Estado no otorgando reconocimiento legal a lo tradicional, “reconoce” su vigencia y su práctica).</p>	<p>Incluyente. Abierto. Reconoce, investiga, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas.</p>

10. Dimensión: Oferta de servicios de salud.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
Irregular, bajas coberturas, inequitativa, étnica y geográficamente. Escasa pertinencia cultural (idioma, horario, conceptos y otros).	Regular, equitativa y con pertinencia cultural. Provee coberturas integrales con servicios básicos y acceso a todos los niveles de atención. El servicio se provee en el idioma local, con patrones comunicativos respetuosos.

11. Dimensión: Organizaciones Indígenas.

PARADIGMA UNICULTURAL	PARADIGMA INTERCULTURAL
Ninguna o débil participación en la provisión de servicios de salud con enfoque occidental.	Plena participación en la prestación de servicios de salud. Incorporación de enfoques indígenas. Poder compartido. Auditoria social.

FUENTE:

[1] DMS. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Salud de los Pueblos Indígenas N° 12. Washington, 1998.

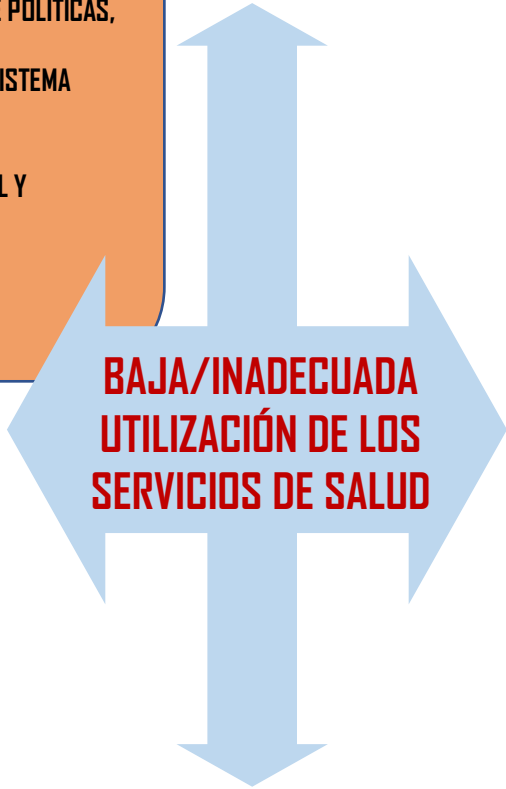
[2] Delgado Súmar, Hugo E. Metodología de Trabajo en Salud Intercultural. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Salud Intercultural. Lima, 2002.

ESQUEMAS QUE AYUDAN A COMPRENDER LA PROBLEMÁTICA SANITARIA



MINISTERIO DE SALUD:

- ☞ AUSENCIA DE LA POBLACIÓN EN LA FORMULACION DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.
- ☞ PROGRAMAS QUE PRIVILEGIAN LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA MEDICO OCCIDENTAL.
- ☞ AUSENCIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
- ☞ ATENCIÓN DE SALUD GEOGRÁFICA, CULTURAL, SOCIAL Y ECONÓMICAMENTE INACCESIBLES.



**BAJA/INADECUADA
UTILIZACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD**

MINISTERIO DE SALUD:

- ☞ AUSENCIA DE LA POBLACIÓN EN LA FORMULACION DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.
- ☞ PROGRAMAS QUE PRIVILEGIAN LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA MEDICO OCCIDENTAL.
- ☞ AUSENCIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
- ☞ ATENCIÓN DE SALUD GEOGRÁFICA, CULTURAL, SOCIAL Y ECONÓMICAMENTE INACCESIBLES.

PERSONAL DE SALUD:

- ☞ CARENCIA DE PERSONAL QUE HABLE EL IDIOMA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.
- ☞ Poca conciencia y mística de trabajo.
- ☞ CARENCIA DE POLÍTICAS DE ESTIMULO AL TRABAJO EN AREAS RURALES.
- ☞ Poca identificación con los problemas y necesidades de la población.
- ☞ POCO RESPETO A LOS FACTORES CULTURALES.
- ☞ Poca (o INADECUADA) PROMOCION Y ORIENTACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- ☞ FALTA DE ACERCAMIENTO Y CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD.

**BAJA/INADECUADA
UTILIZACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD**

MINISTERIO DE SALUD:

- ☞ AUSENCIA DE LA POBLACIÓN EN LA FORMULACION DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.
- ☞ PROGRAMAS QUE PRIVILEGIAN LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA MEDICO OCCIDENTAL.
- ☞ AUSENCIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
- ☞ ATENCIÓN DE SALUD GEOGRÁFICA, CULTURAL, SOCIAL Y ECONÓMICAMENTE INACCESIBLES.

PERSONAL DE SALUD:

- ☞ CARENCIA DE PERSONAL QUE HABLE EL IDIOMA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.
- ☞ Poca conciencia y mística de trabajo.
- ☞ CARENCIA DE POLÍTICAS DE ESTIMULO AL TRABAJO EN AREAS RURALES.
- ☞ Poca identificación con los problemas y necesidades de la población.
- ☞ POCO RESPETO A LOS FACTORES CULTURALES.
- ☞ Poca (o INADECUADA) PROMOCION Y ORIENTACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- ☞ FALTA DE ACERCAMIENTO Y CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD.

**BAJA/INADECUADA
UTILIZACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD**

USUARIOS:

- ☞ DISPERSIÓN Y UBICACIÓN EMINENTEMENTE RURAL.
- ☞ DIFICULTADES DE ACCESO GEOGRAFICO, SOCIAL, ECONOMICO Y CULTURAL A LOS SERVICIOS DE SALUD.
- ☞ DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN POR DIFERENCIA DE IDIOMAS Y DE CODIGOS.
- ☞ DESCONFIANZA DE USAR LOS SERVICIOS DE SALUD POR DESCONOCIMIENTO.
- ☞ DESCONOCIMIENTO TOTAL DE SUS DERECHOS COMO USUARIOS.

MINISTERIO DE SALUD:

- ☞ AUSENCIA DE LA POBLACIÓN EN LA FORMULACION DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.
- ☞ PROGRAMAS QUE PRIVILEGIAN LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA MEDICO OCCIDENTAL.
- ☞ AUSENCIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.
- ☞ ATENCIÓN DE SALUD GEOGRÁFICA, CULTURAL, SOCIAL Y ECONÓMICAMENTE INACCESIBLES.

PERSONAL DE SALUD:

- ☞ CARENCIA DE PERSONAL QUE HABLE EL IDIOMA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.
- ☞ POCA CONCIENCIA Y MISTICA DE TRABAJO.
- ☞ CARENCIA DE POLÍTICAS DE ESTIMULO AL TRABAJO EN AREAS RURALES.
- ☞ POCA IDENTIFICACIÓN CON LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.
- ☞ POCA RESPETO A LOS FACTORES CULTURALES.
- ☞ POCA (O INADECUADA) PROMOCION Y ORIENTACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- ☞ FALTA DE ACERCAMIENTO Y CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD.

**BAJA/INADECUADA
UTILIZACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD**

USUARIOS:

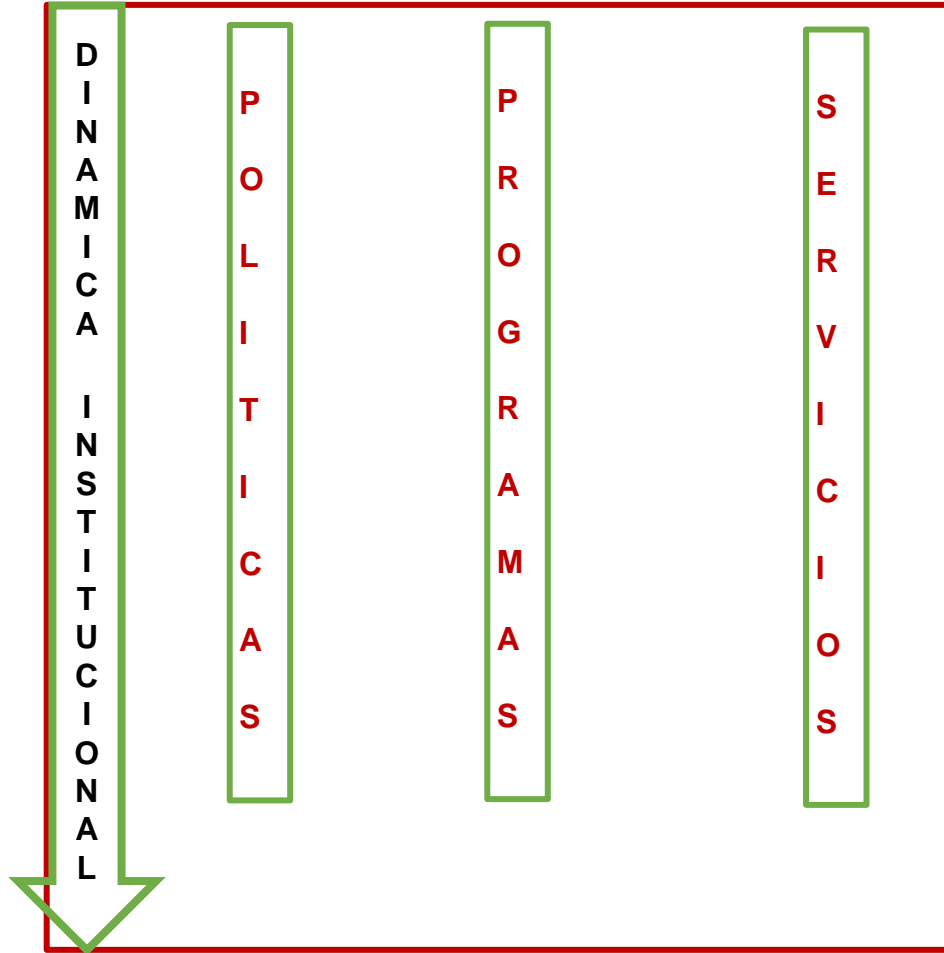
- ☞ DISPERSIÓN Y UBICACIÓN EMINENTEMENTE RURAL.
- ☞ DIFICULTADES DE ACCESO GEOGRAFICO, SOCIAL, ECONOMICO Y CULTURAL A LOS SERVICIOS DE SALUD.
- ☞ DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN POR DIFERENCIA DE IDIOMAS Y DE CODIGOS.
- ☞ DESCONFIANZA DE USAR LOS SERVICIOS DE SALUD POR DESCONOCIMIENTO.
- ☞ DESCONOCIMIENTO TOTAL DE SUS DERECHOS COMO USUARIOS.

INSTITUCIONES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS:

- ☞ POCA FLEXIBILIDAD EN LOS REQUISITOS DE INGRESO QUE IMPIDEN LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA COMUNIDAD.
- ☞ CENTRALIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES FORMADORAS DE RECURSOS EN AREAS EMINENTEMENTE URBANAS.
- ☞ PROGRAMAS DE ESTUDIO ORIENTADOS A LA CULTURA Y SISTEMA MEDICO OCCIDENTAL.
- ☞ PROGRAMAS CON POCA ORIENTACIÓN Y PRACTICA HACIA LA GESTION, EL LIDERAZGO Y EL DESARROLLO COMUNITARIO.
- ☞ FALTA DE VALORACIÓN DE LAS CULTURAS NATIVAS.
- ☞ AUSENCIA DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD.

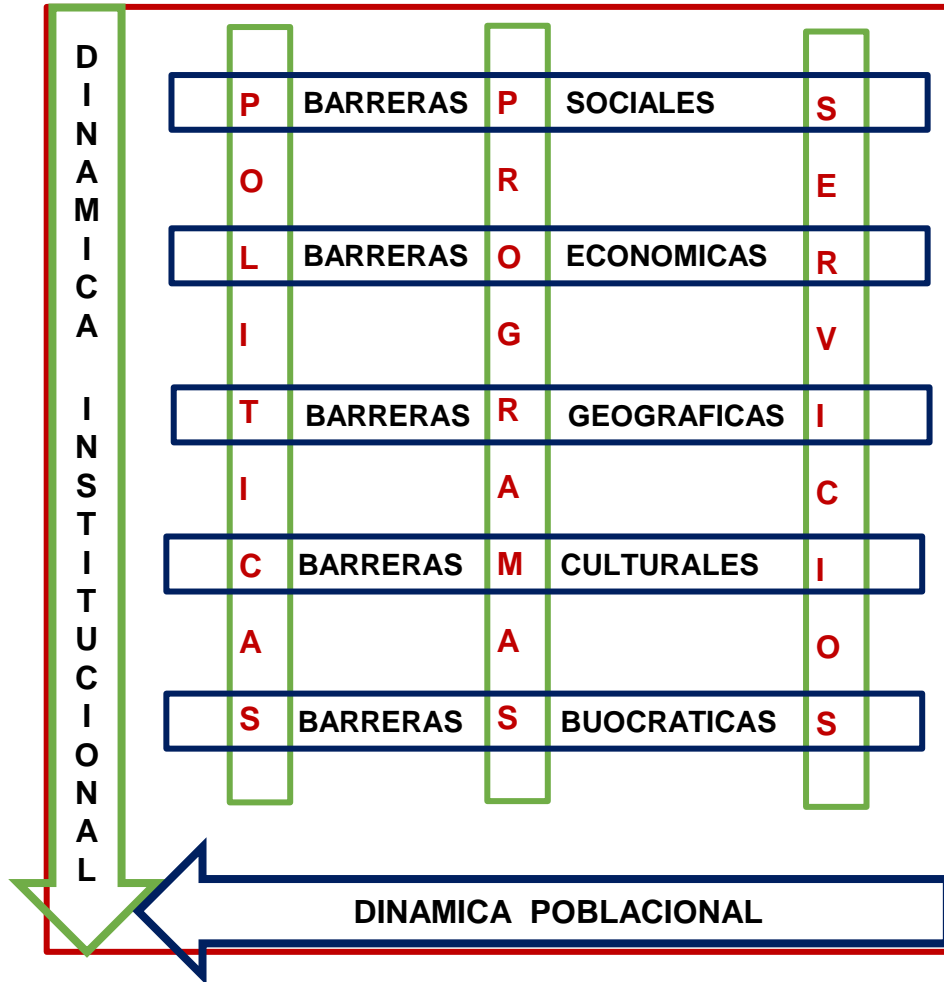
ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

MODELO UNICULTURAL:



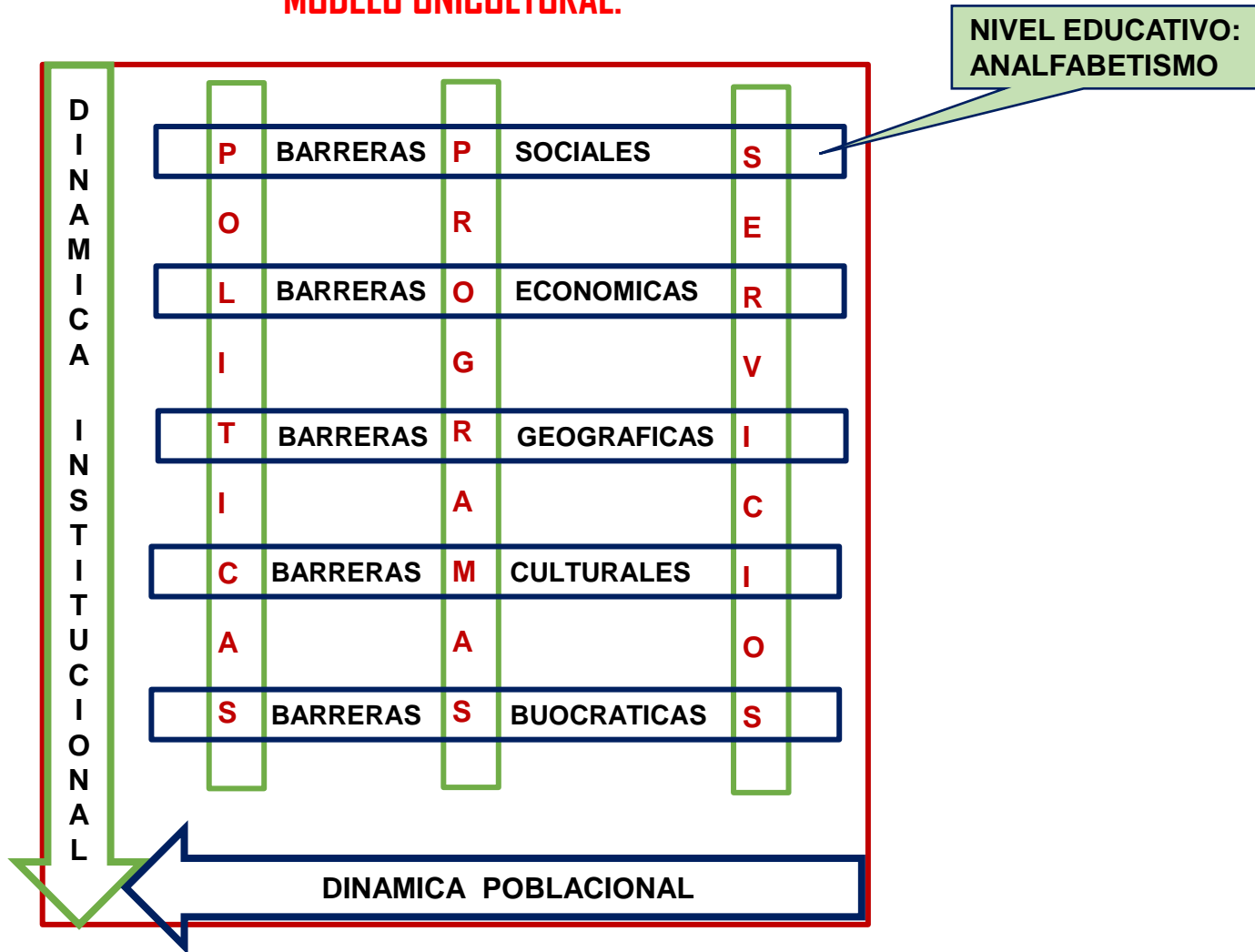
ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

MODELO UNICULTURAL:



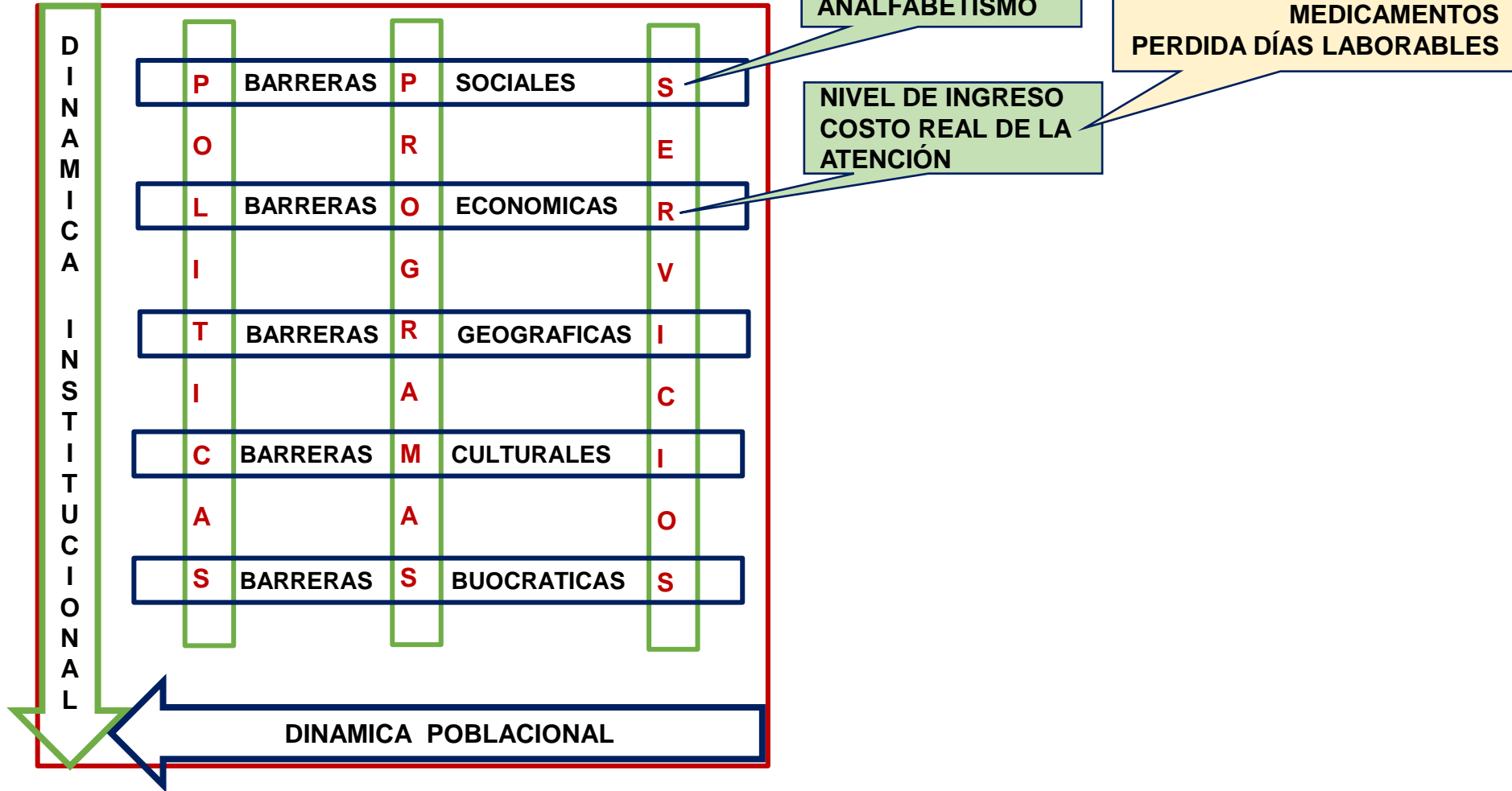
ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

MODELO UNICULTURAL:



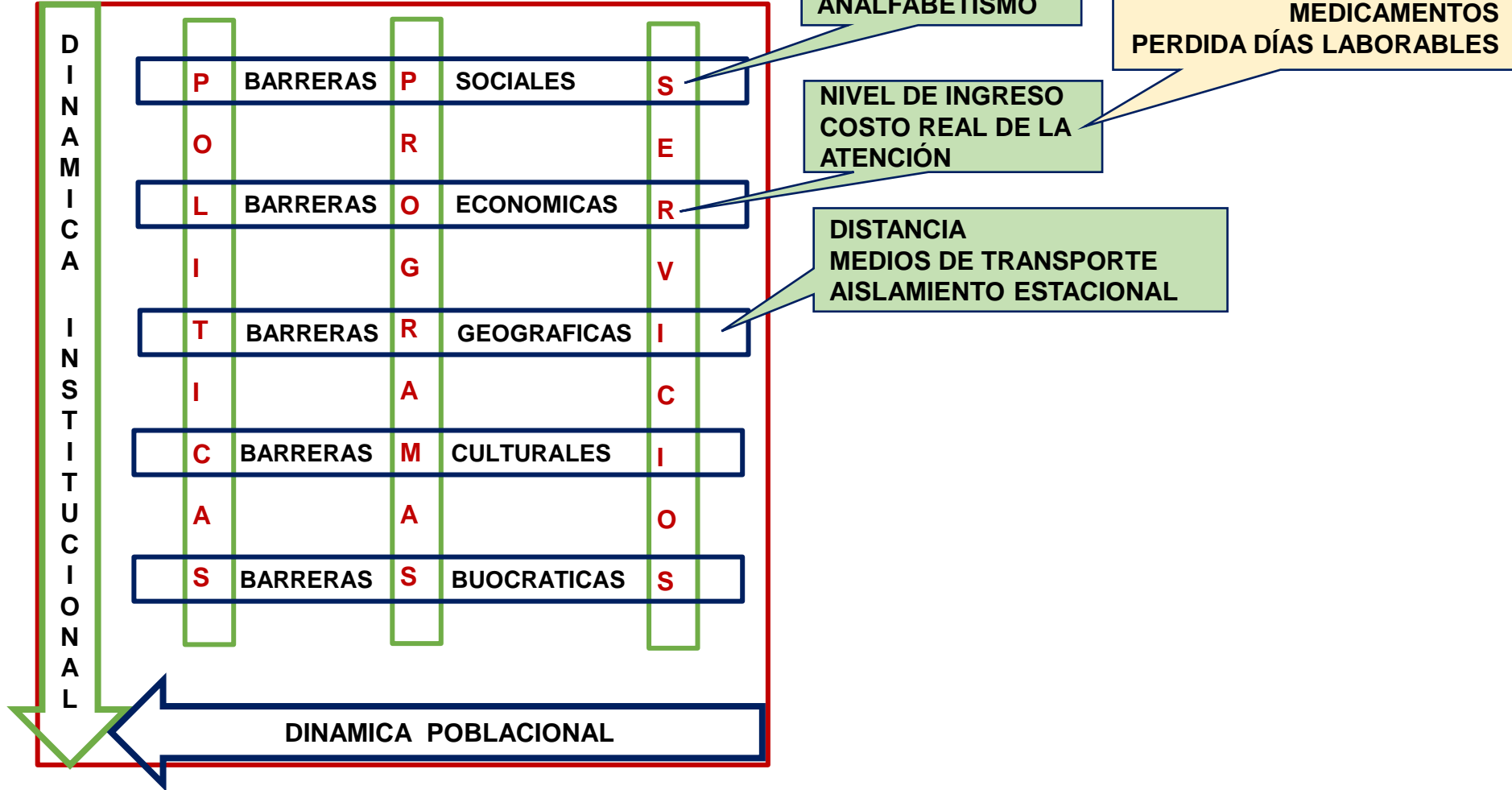
ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

MODELO UNICULTURAL:



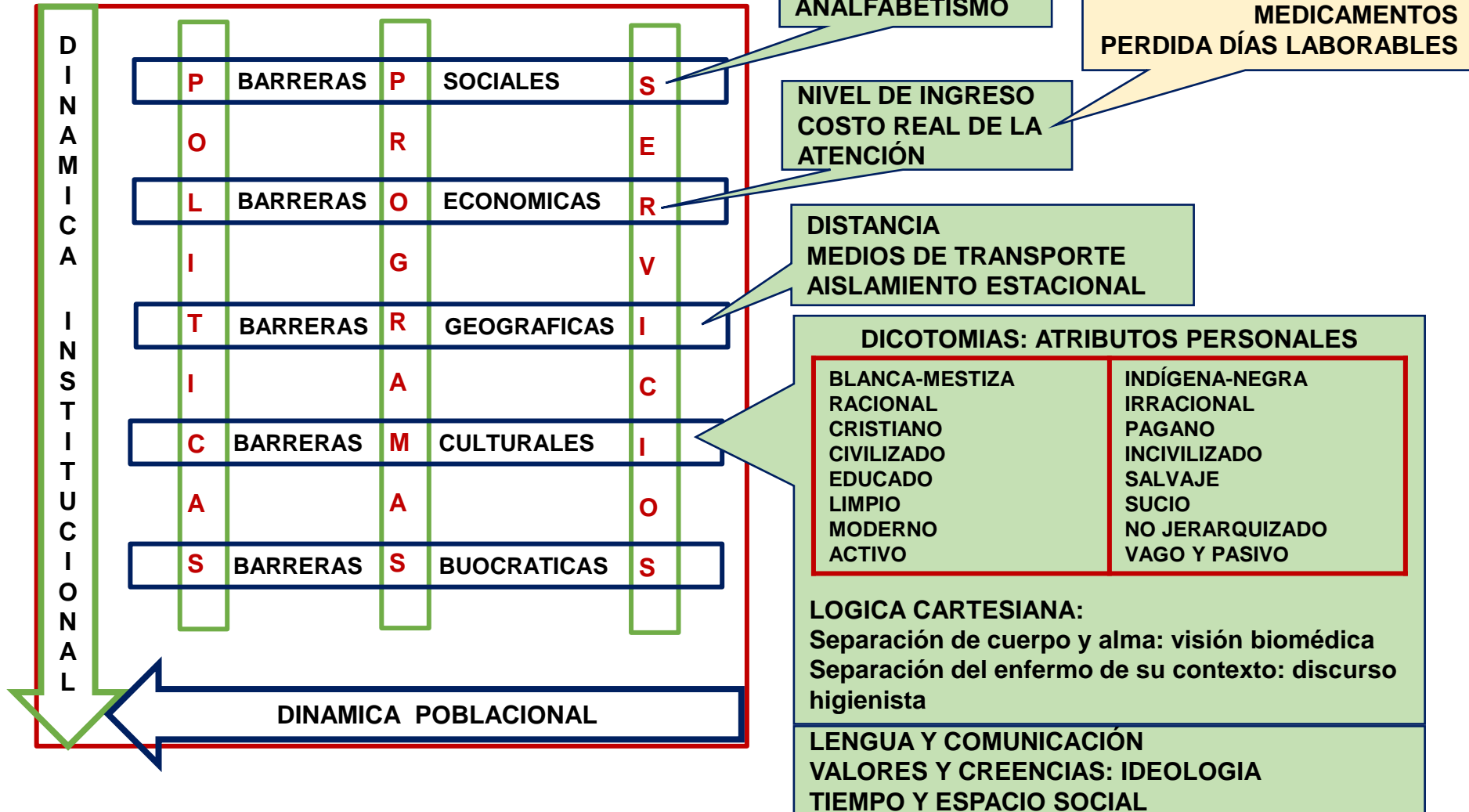
ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

MODELO UNICULTURAL:



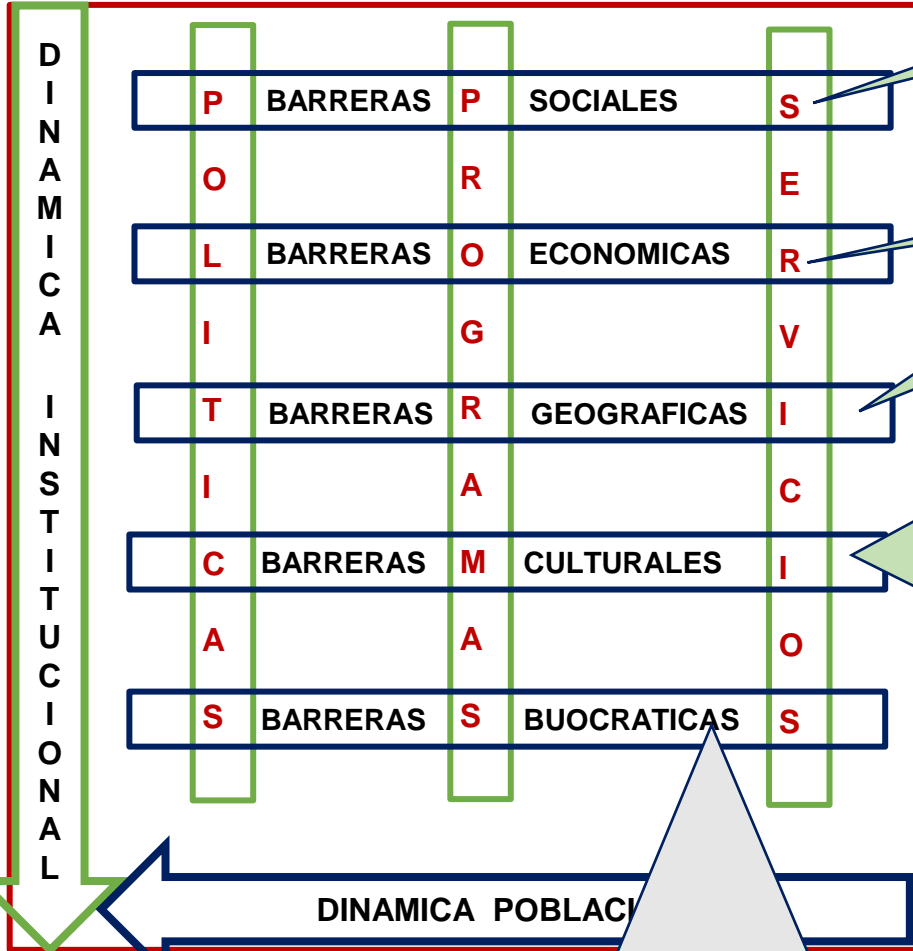
ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

MODELO UNICULTURAL:



ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

MODELO UNICULTURAL:



NIVEL EDUCATIVO:
ANALFABETISMO

NIVEL DE INGRESO
COSTO REAL DE LA
ATENCIÓN

DISTANCIA
MEDIOS DE TRANSPORTE
AISLAMIENTO ESTACIONAL

TRANSPORTE
ALIMENTACION
HOSPEDAJE
MEDICAMENTOS
PERDIDA DÍAS LABORABLES

DICOTOMIAS: ATRIBUTOS PERSONALES

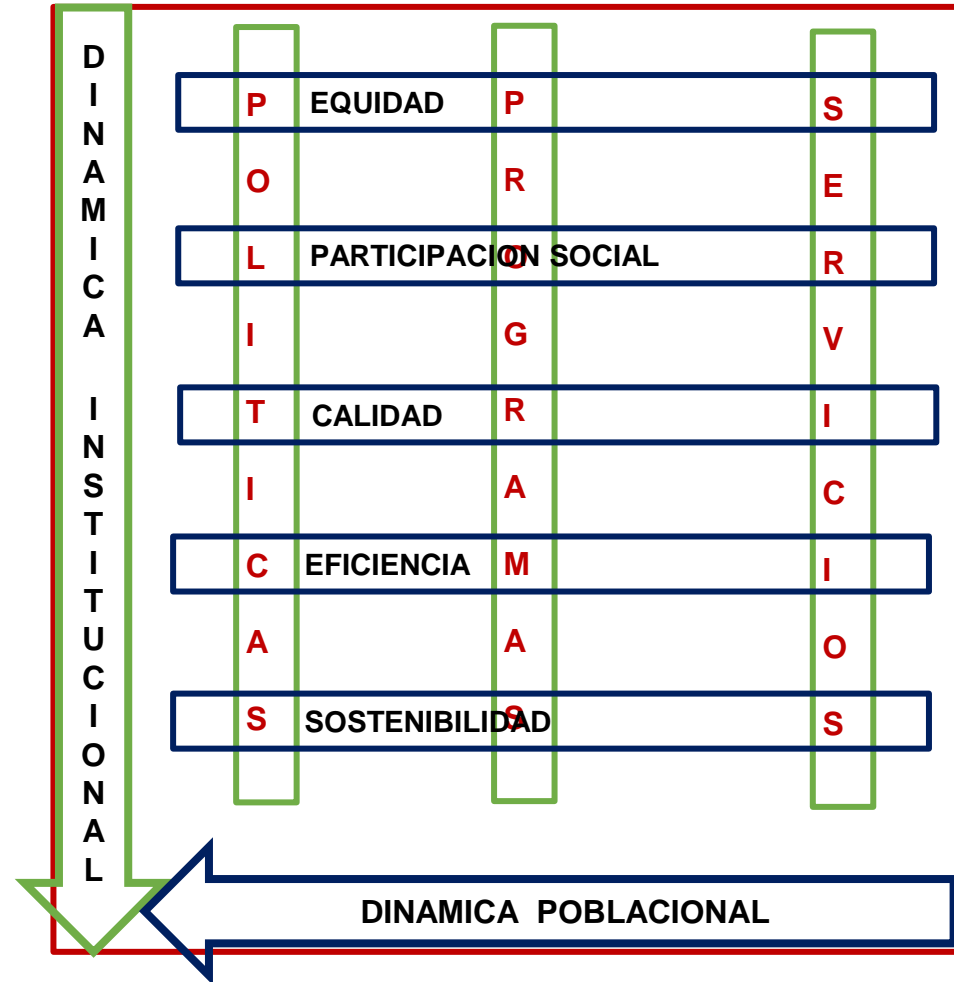
BLANCA-MESTIZA	INDÍGENA-NEGRA
RACIONAL	IRRACIONAL
CRISTIANO	PAGANO
CIVILIZADO	INCIVILIZADO
EDUCADO	SALVAJE
LIMPIO	SUCIO
MODERNO	NO JERARQUIZADO
ACTIVO	VAGO Y PASIVO

LOGICA CARTESIANA:
Separación de cuerpo y alma: visión biomédica
Separación del enfermo de su contexto: discurso higienista

LENGUA Y COMUNICACIÓN
VALORES Y CREENCIAS: IDEOLOGIA
TIEMPO Y ESPACIO SOCIAL

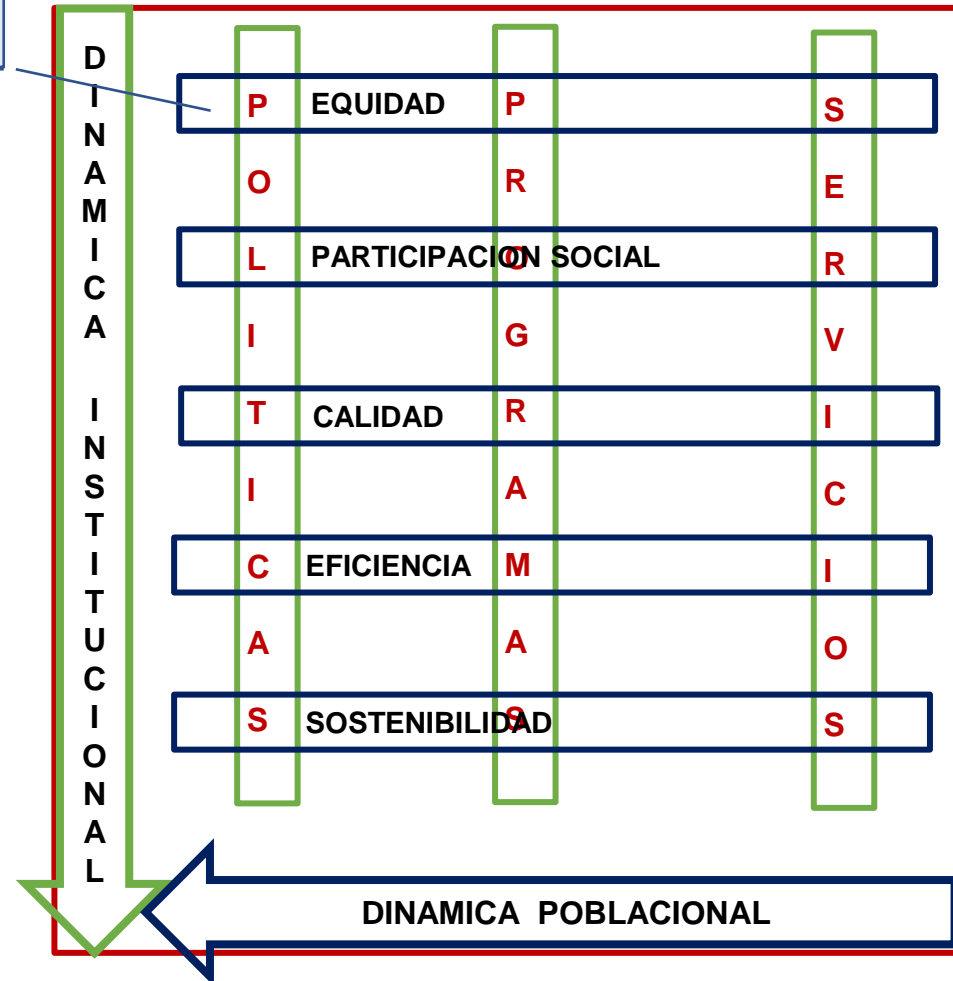
DESEMPEÑO DEL PERSONAL: ACTITUD Y APTITUD
- HORARIO DE ATENCIÓN - DISPOSICION FISICA -
PROCEDIMIENTOS TECNICOS

ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MODELO INTERCULTURAL:



1. PRIORIDAD DE ATENCIÓN A GRUPOS ÉTNICA Y LABORALMENTE EXCLUIDOS, 2. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, 3. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN AUTÓCTONA, 4. CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y LA BIODIVERSIDAD.

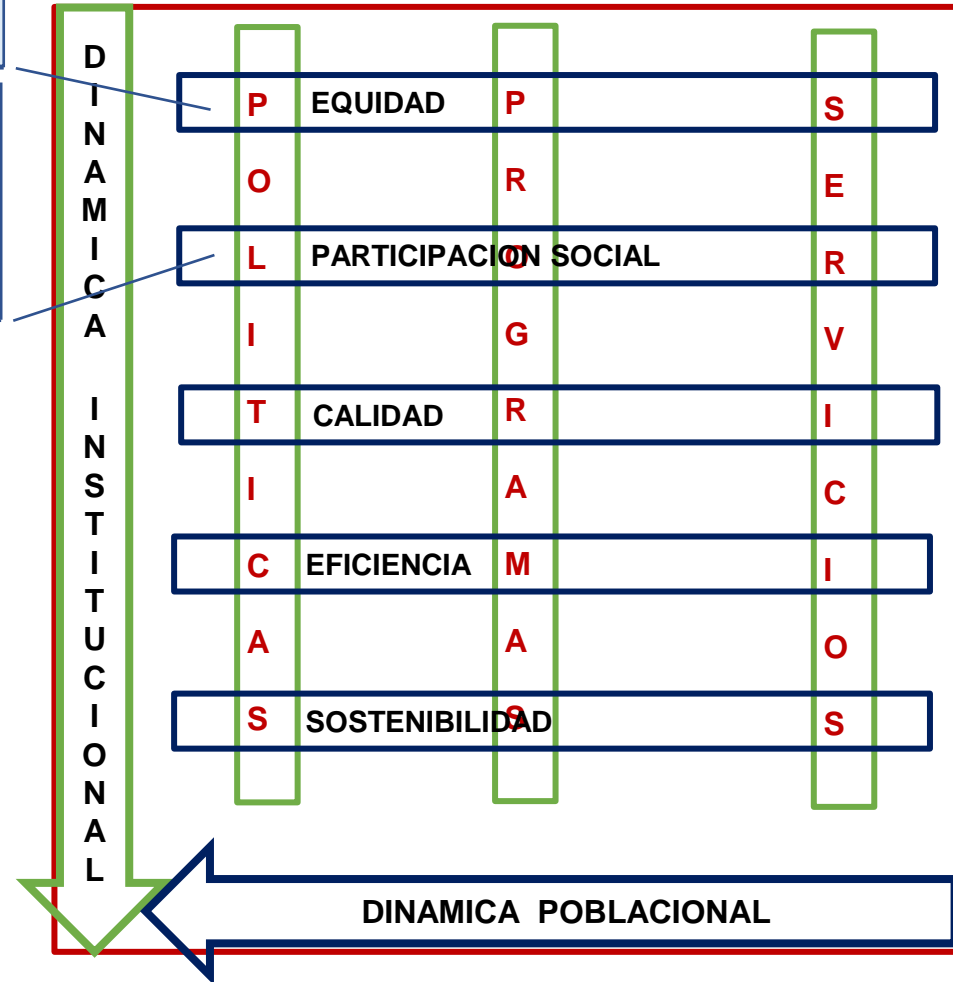
ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MODELO INTERCULTURAL:



1. PRIORIDAD DE ATENCIÓN A GRUPOS ÉTNICA Y LABORALMENTE EXCLUIDOS, 2. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, 3. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN AUTÓCTONA, 4. CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y LA BIODIVERSIDAD.

1. DESCENTRALIZACIÓN: TRASPASO DE PODERES Y FACULTADES A LAS AUTORIDADES DEL NIVEL LOCAL Y FORTALECIMIENTO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, 2. DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISEÑO, IMPLMEMNTACION Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.

ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MODELO INTERCULTURAL:

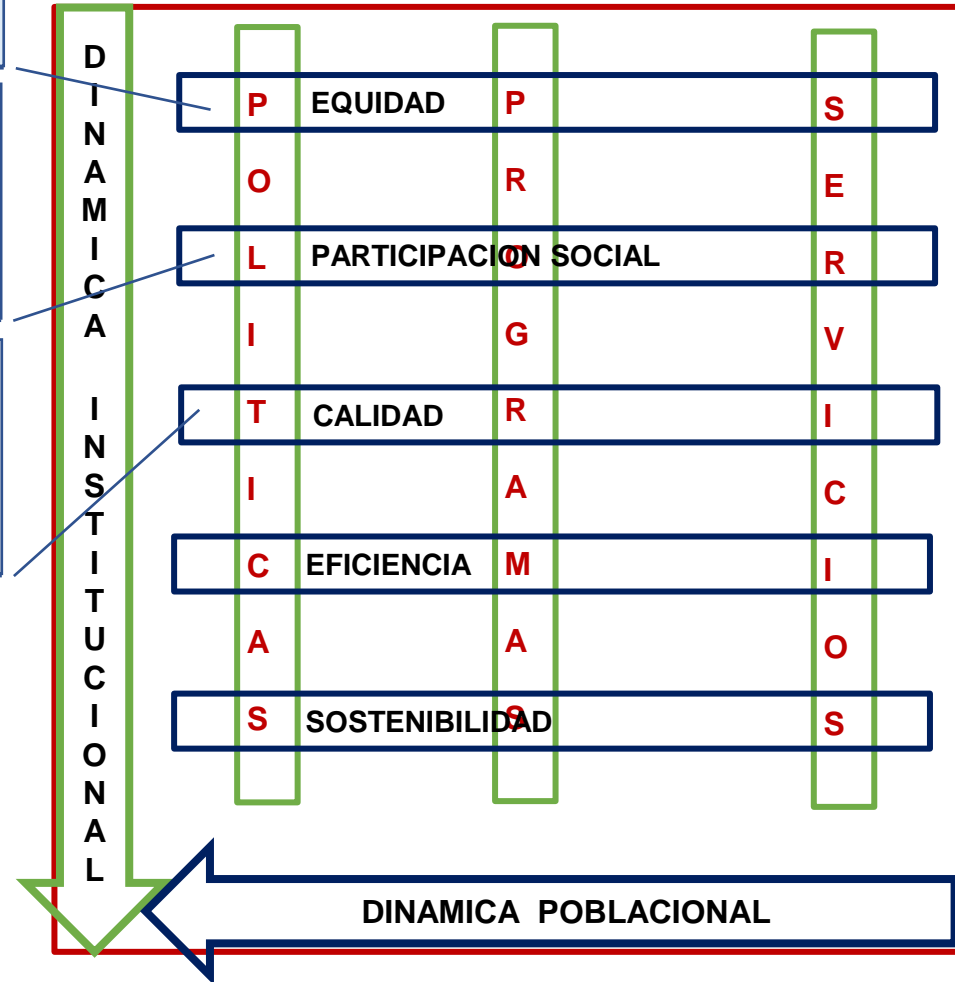


1. PRIORIDAD DE ATENCIÓN A GRUPOS ÉTNICA Y LABORALMENTE EXCLUIDOS, 2. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, 3. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN AUTÓCTONA, 4. CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y LA BIODIVERSIDAD.

1. DESCENTRALIZACIÓN: TRASPASO DE PODERES Y FACULTADES A LAS AUTORIDADES DEL NIVEL LOCAL Y FORTALECIMIENTO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, 2. DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISEÑO, IMPLMEMNTACION Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.

1. IMPULSO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE MODELO DE SALUD, 2. DESARROLLO DEL MARCO JURÍDICO QUE PERMITA LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS PARADIGMAS Y ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD. 3. FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE AMBOS SISTEMAS.

ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MODELO INTERCULTURAL:



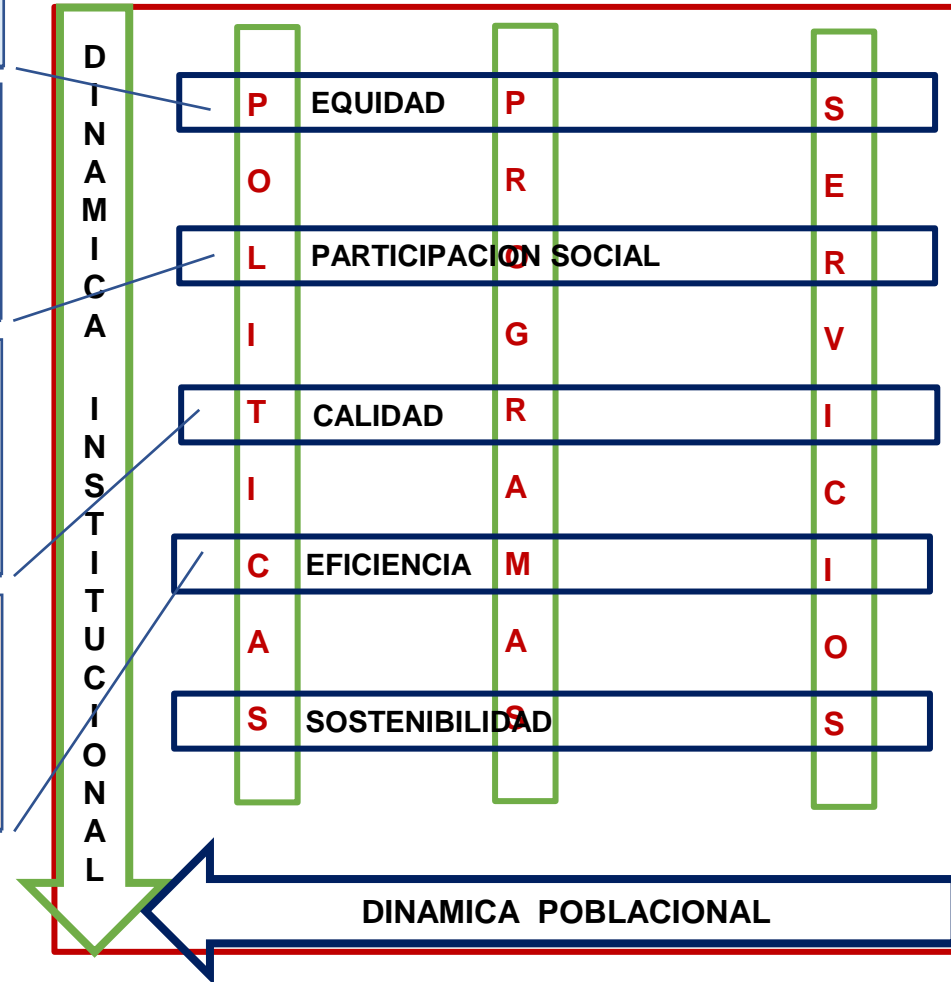
1. PRIORIDAD DE ATENCIÓN A GRUPOS ÉTNICA Y LABORALMENTE EXCLUIDOS, 2. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, 3. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN AUTÓCTONA, 4. CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y LA BIODIVERSIDAD.

1. DESCENTRALIZACIÓN: TRASPASO DE PODERES Y FACULTADES A LAS AUTORIDADES DEL NIVEL LOCAL Y FORTALECIMIENTO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, 2. DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISEÑO, IMPLMEMNTACION Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.

1. IMPULSO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE MODELO DE SALUD, 2. DESARROLLO DEL MARCO JURÍDICO QUE PERMITA LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS PARADIGMAS Y ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD. 3. FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE AMBOS SISTEMAS.

1. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS, 2. DESARROLLO DE NUEVAS MODALIDADES DE GESTION CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD.

ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MODELO INTERCULTURAL:



1. PRIORIDAD DE ATENCIÓN A GRUPOS ÉTNICA Y LABORALMENTE EXCLUIDOS, 2. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, 3. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN AUTÓCTONA, 4. CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y LA BIODIVERSIDAD.

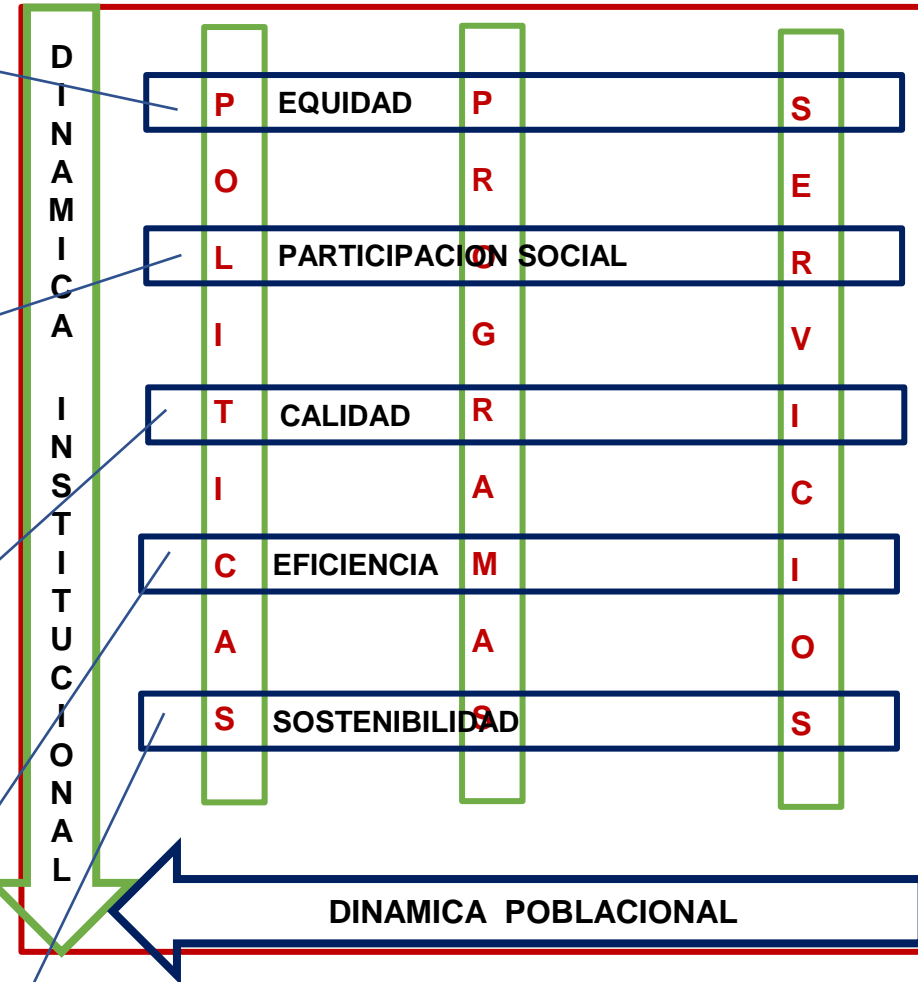
1. DESCENTRALIZACIÓN: TRASPASO DE PODERES Y FACULTADES A LAS AUTORIDADES DEL NIVEL LOCAL Y FORTALECIMIENTO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, 2. DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISEÑO, IMPLMEMNTACION Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.

1. IMPULSO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE MODELO DE SALUD, 2. DESARROLLO DEL MARCO JURÍDICO QUE PERMITA LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS PARADIGMAS Y ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD. 3. FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE AMBOS SISTEMAS.

1. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS, 2. DESARROLLO DE NUEVAS MODALIDADES DE GESTION CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD.

1. ATENCIÓN Y TRABAJO DIRECTO CON LA FAMILIA. 2. APOYO A LA ORGANIZACIÓN COMUNAL 3. FINANCIAMIENTO ADECUADO, 3. INCIDENCIA EN POLÍTICAS DE PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD MODELO INTERCULTURAL:



FUENTE:

[1] Delgado Súmar, Hugo E. Metodología de Trabajo en Salud Intercultural. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Salud Intercultural. Lima, 2002.

LA ARTICULACION Y EL DIALOGO DE SABERES

1. Dónde desarrollarlo?

Hay consenso en que el diálogo de saberes debe desarrollarse en el marco de la Interculturalidad.

2. Para qué desarrollarlo?

Primera propuesta:

Diálogo intercultural de saberes para la incorporación de los saberes tradicionales en los sistemas científicos, que en la práctica constituye una validación de conocimientos para la expropiación;

Segunda propuesta:

Diálogo intercultural de saberes para romper fronteras, que haga posible generar algo nuevo, universalmente válido;

Tercera propuesta:

Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de conocimiento indígenas, para que después, y sólo bajo un plano de horizontalidad y de igualdad, se pueda dialogar con las ciencias occidentales, principalmente para encontrar soluciones a problemas específicos.

3. Qué se requiere para lograrlo?

Resolver los problemas estructurales, de subordinación, explotación y discriminación de los portadores del conocimiento tradicional.

4. Quiénes deben hacer esta articulación?

[1] Los portadores del conocimiento tradicional (las comunidades indígenas, las comunidades nativas, sus líderes, los científicos e intelectuales indígenas); [2] los educadores, los científicos y académicos no indígenas; [3] los gobiernos (nacional, regional y local), los legisladores, los funcionarios estatales; [4] los críticos y los evaluadores.

5. Qué se requiere de los interlocutores del diálogo?

Que tengan la capacidad de imaginar una nueva realidad.