

Guía de Comunicación Intercultural

en el ámbito hospitalario

2
0
2
2



Dirigido a personal de salud

HSB HOSPITAL
SAN BERNARDO



EUNSa
Editorial Universitaria

Hidrobo Unda, Homero David; Bergagna, María Alejandra; Villagra, Osvaldo

Guía de comunicación intercultural en el ámbito hospitalario: dirigida a personal de Salud / Homero David Hidrobo Unda ; María Alejandra Bergagna ; Osvaldo Villagra. - 1a ed. - Salta: Universidad Nacional de Salta, 2022.

Libro digital, TXT

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-633-592-8

1. Derecho a la Salud. 2. Cuidado de la Salud. 3. Promoción de la Salud. I. Bergagna, María Alejandra. II. Villagra, Osvaldo. III. Título.
CDD 362.0425

Título: “Guía de comunicación intercultural en el ámbito hospitalario: dirigida a personal de Salud “

Autores: Homero David Hidrobo Unda; María Alejandra Bergagna; Osvaldo Villagra

Año: 2022 Universidad Nacional de Salta

Buenos Aires 177 – Salta Capital – CP 4400 – Arg.

Tel.: 0387-4258707 – Fax: 0387-4325745

E-mail: eunsa@unsa.edu.ar; editorialunsa@gmail.com

Web: www.unsa.edu.ar

Edición: 1ra. Edición.

I.S.B.N. Nº: 978-987-633-592-8

EUNSA – Editorial de la Universidad Nacional de Salta

Dirección: Esp. Rafael Gutiérrez

Registros: Juan Carlos Palavecino

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina – Printed in Argentina

Queda prohibida la reproducción total o parcial del texto de la presente obra en cualquiera de sus formas, electrónica o mecánica, sin el consentimiento previo y escrito del autor.

GUÍA DE COMUNICACIÓN
INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO

Autoridades Hospital San Bernardo:

Dr. Pablo Salomón

Gerente General

Dr. Fernando Cardos

Subgerente General

Dr. Guillermo Lemir

Gerente Sanitario

Dr. Esteban Saicha

Gerente de Atención a las personas

CPN. Fernando Martinis

Coordinador General de la Administración

Lic. Humberto Pineda

Jefe Programa Comunitario

Diseño gráfico:

Citlali Doljanín

David Hidrobo

Ilustraciones y portada:

Duen Sacchi

Historieta:

Guion: Pamela Rivera y Osvaldo Villagra

Ilustraciones: Luis Colque

Diseño y diagramación: Lourdes Rivera

Idea, Compilación y Edición:

David Hidrobo (Programa Comunitario HSB)

Alejandra Bergagna (Cátedra Salud Intercultural- Universidad Nacional de Salta)

Osvaldo Villagra (Facilitador Intercultural, Municipio de la Ciudad de Salta)

Colaboradores:

Elfi Jockers (Ministerio de Salud Pública Salta)

Silvina Delaporte (Ministerio de Salud Pública Salta)

Susana Kalely Moreno (Escuelas Domiciliarias Hospitalarias Ministerio Educación Salta)

Mónica Sacchi (Cátedra Salud Intercultural- Universidad Nacional de Salta)

Cristina Vargas (Fundación Asociana)

Osvaldo Villagra (Facilitador Intercultural, Municipio de la ciudad de Salta)

¡Chiwoye!, ¿Cómo andas?, me llamo Woyisejh, aunque los criollos me dicen Antonio. Soy del pueblo Wichí, nací por la zona de Santa Victoria Este en Salta, pero mi papá se fue a trabajar a un campo de poroto en Embarcación. Ahí había escuela, entonces nos quedamos todos.

Estudié hasta la secundaria, pero hice cursos de agente sanitario y en eso trabajo ahora.

Junto con Estela, voy a ser su compañero de viaje por este recorrido que busca acercar herramientas e ideas para mejorar la comunicación dentro de ámbitos de salud, caracterizados por la diversidad.





¡Puama! ¡Buen día! Soy Estela y pertenezco al pueblo Ava Guaraní. Vivo en Pichanal, pero toda mi niñez crecí con mis hermanos en Irigoyen, en las casitas del ingenio azucarero, donde trabajaban mi papá y mi mamá.

La salud siempre me interesó y, desde niña, mi mamá me fue enseñando los secretos de las plantas, de nuestros alimentos, para que no olvidemos quienes somos. También soy enfermera profesional. Acompaño familias acá en Pichanal, pero a veces me llaman de Orán y Embarcación.

Vamos a acompañar, junto con Woyisejh, este recorrido de aprendizaje y conocimiento.

¡BIENVENIDAS Y BIENVENIDOS!

ACERCA DE ESTA GUÍA



En una provincia tan diversa como Salta, encontramos la presencia permanente de personas de pueblos originarios que requieren atención dentro de los servicios de salud. Esta realidad demanda en el personal de salud, el desarrollo de conocimientos y destrezas específicas en relación a los abordajes y acompañamientos en un marco de diversidad cultural.

En este espacio encontrarás conocimientos, reflexiones y estrategias para desarrollar y fortalecer una comunicación asertiva, eficiente y respetuosa con personas de pueblos originarios que buscan o necesitan atención, acompañamiento o asistencia en el ámbito hospitalario, ya sean pacientes o familiares.

¿Para qué sirve?

Esta guía permite conocer y reconocer la presencia y diversidad de pueblos indígenas en la provincia de Salta. Presenta también enfoques de atención, asistencia y acompañamiento en salud que ubican en el centro a las personas y comunidades. Desde allí, plantea posibilidades y propuestas de comunicación que permitan garantizar el derecho a la salud y el diálogo intercultural. Esto explica la importancia de las y los facilitadores interculturales.

Finalmente brinda herramientas y recomendaciones prácticas a ser usadas en los ámbitos sanitarios en general, y hospitalarios en particular, con el objeto de promover relaciones equitativas entre personas indígenas y personal sanitario.

¿A quiénes está dirigida?

Los aportes de esta guía están dirigidos, principalmente, a personal y equipos que desempeñan sus funciones en cualquier área, servicio o programa del ámbito sanitario en general y hospitalario en particular de la provincia de Salta, a través de la puesta en conocimiento de conceptos básicos de comunicación y ejemplos claros del quehacer cotidiano de este ambiente.



¿Cómo se construyó esta Guía?

Los contenidos que se presentan a continuación provienen de los saberes compartidos y aprendizajes desarrollados en el Curso Taller de Comunicación e Interculturalidad organizado por el Programa Comunitario del Hospital San Bernardo en los meses de octubre y noviembre de 2021 y contó con la disertación de facilitadores interculturales del pueblo Wichí, profesionales de salud con larga experiencia en el campo de la salud pública, facilitadores de organizaciones de la sociedad civil y, educadoras comprometidas con la interculturalidad en salud.

De igual forma incluye aportes e inquietudes de las y los participantes del Curso Taller, los cuales fueron registrados a partir de entrevistas realizadas al final de cada uno de los cuatro encuentros que se llevaron a cabo entre octubre y noviembre de 2021.

COMUNICACIÓN Y SALUD: APROXIMACIONES

Atención centrada en las personas y Calidad de la atención en relación a la comunicación.



La atención centrada en las personas es un enfoque reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(3) que considera que las personas que requieren atención de salud son sujetos y deben ser abordados desde un enfoque holístico tomando en cuenta sus dimensiones biopsicosociales (6).

Este acercamiento, que reconoce el rol protagónico de las personas en la toma de las decisiones relacionadas con su salud, implica considerar los objetivos, valores, creencias y preferencias de quienes requieren asistencia en las unidades de salud.

Una de las características de la atención centrada en la persona, es **la sensibilidad y respuesta cultural** (3). Esto implica reconocer la identidad étnica y los valores culturales del paciente, su lenguaje, necesidades de comunicación y preferencias, así como su reconocimiento de género y necesidades espirituales.

Para quienes prestan asistencia y acompañamiento, esto implica tener conciencia sobre la identidad cultural del paciente, prestar atención y respeto por las explicaciones culturales del paciente sobre su salud y enfermedad, brindar respuestas integrativas en el diagnóstico y proponer planes terapéuticos acordes con las identidades culturales del paciente (7).

Esto incluye, entre otras cosas, el perfeccionamiento de las formas y estrategias de comunicación, considerando que influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento del plan terapéutico, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de exámenes complementarios (8).



“La comunicación es, para la relación, como
la respiración para la vida”

Virginia Satir

MARCOS LEGALES Y COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

Basado en la exposición de la Lic. Elfi Jockers y Lic. Silvina Delaporte

A nivel internacional, nacional y provincial, se han generado convenios, tratados y leyes que dan un marco normativo de apoyo y validez a las acciones en torno a la comunicación intercultural. De los mismos dependen los avances en el cumplimiento de las obligaciones legales del Estado en torno al respeto, la protección y la garantía del derecho a la salud en general, y de los pueblos indígenas en particular.

A continuación se presentan algunos de ellos.

Documentos Internacionales

CONVENIO 169. OIT (1989) (Reafirmado por Argentina ley 24.071)

A nivel mundial, el Convenio 169, es un instrumento legal de gran importancia, ya que aborda los derechos básicos de los pueblos indígenas. En relación al tema de la comunicación intercultural, resaltan los siguientes artículos:

Art. 5. Deberán reconocerse y protegerse los valores y las prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales de dichos pueblos.

Art. 7. El mejoramiento del... nivel de salud... de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan.

Art. 25. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados a proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control.

DECLARACION DE ALMA-ATA

Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

La Declaración de Alma-Ata admite, entre otras cosas, que la medicina tradicional es uno de los recursos de los servicios de atención primaria de salud que podrían contribuir al mejoramiento de los resultados sanitarios y observa positivamente los progresos realizados por muchos gobiernos para incluir la medicina tradicional en sus sistemas nacionales de salud (13).

Con esto, se dan los primeros pasos en el reconocimiento de un derecho que va a ir tomando forma en la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2014-2023) . Representa un avance en materia de derechos hacia la implementación de paradigmas de salud intercultural.

Declaración de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)

Esta Declaración prevé un articulado que justifica la necesidad de comunicación intercultural, no sólo en cuanto a las demandas que existen sobre los servicios de salud, sino que va un paso más allá, al reconocer los derechos que les asisten de utilizar, desarrollar y fortalecer sus propias prácticas de salud.

Art. 24: Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales, minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

Art. 25. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.



ESTRATEGIA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) SOBRE MEDICINA TRADICIONAL

Este documento está basado en el Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional celebrado entre el 7 y el 9 de noviembre de 2008 en Beijing (China), resultando del mismo la Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional.

La estrategia procura brindar herramientas para que los Estados miembros fortalezcan la comunicación entre los prestadores de medicina convencional y medicina tradicional con el fin de cooperar entre sí para compartir conocimientos y prácticas de medicina tradicional e intercambiar programas de formación (14)

**SALUD LIBRE
DE DISCRIMINACIÓN**

Documentos Nacionales

CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA (22 DE AGOSTO DE 1994)

La Carta Magna de la Nación, reconoce la presencia y preexistencia de los pueblos indígenas. Exhorta a garantizar el respeto a la identidad y la participación de las poblaciones indígenas en los intereses que les afectan.

Art. 75. Inc. 17. Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos.

Documentos Provinciales

LEY N° 7.121. DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE SALTA (2000)

Esta ley prevé la adecuación de las políticas de educación, salud, vivienda y seguridad social y económica, a contextos interculturales. Impulsa además, la revalorización de la "medicina empírica" vigente en los distintos grupos indígenas. También dispone lo siguiente:

Art. 29. Obligatoriedad que los profesionales del área sanitaria..., que desarrollen sus actividades en zonas de asentamientos aborígenes, tomen previo conocimiento de los aspectos socioculturales de la población bajo su atención.

LEY N° 7.856. CREACIÓN DE UNA RED DE APOYO SANITARIO INTERCULTURAL E INTERINSTITUCIONAL PARA PUEBLOS ORIGINARIOS (2014)

Esta ley, en proceso de reglamentación, promueve la focalización y coordinación de los problemas de salud, socioculturales, socioeconómicos y de identidad que afectan a los pacientes de los pueblos originarios. De igual forma prevé la incorporación de facilitadores interculturales en los servicios de salud.

Algunas ideas sobre el uso de los derechos y marcos legislativos en concordancia con una comunicación intercultural

Cosmovisión quiere decir visión del mundo. Incluye la perspectiva, concepto o representación mental que una cultura o persona se forma de la realidad. Ofrece un marco de referencia para interpretar la realidad, la cual contiene creencias, perspectivas, nociones, imágenes y conceptos.

Varias de las legislaciones presentadas, incluyen la necesidad de participación de las personas indígenas en la gestión de su salud, en tanto autonomía.

Para ello, se requiere la generación de actitudes y espacios que habiliten una comunicación asertiva entre personas de pueblos indígenas y personal de salud.

Es recomendable que la comunicación se oriente a promover la identificación de las necesidades, sugerencias, ideas y proyectos que tienen las personas y colectivos indígenas en torno a su salud.

A partir de ello, las acciones de los servidores de salud cobran fuerza en la medida que, además de la socialización de recomendaciones, tratamientos y directivas, puedan acompañar procesos donde las personas y colectivos indígenas tengan roles activos en la prevención, cuidado y garantía de su salud, a partir de la puesta en valor y uso de sus conocimientos y cosmovisión.



PRESENCIA DE PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PROVINCIA DE SALTA

Aunque existen varios datos aproximados sobre el número de personas indígenas que viven en la provincia de Salta, En este documento utilizaremos los datos recuperados en 2018 por el Programa de Relaciones Interculturales del Ministerio de Salud de Salta a partir de la información de la Dirección de Atención Primaria en Salud.

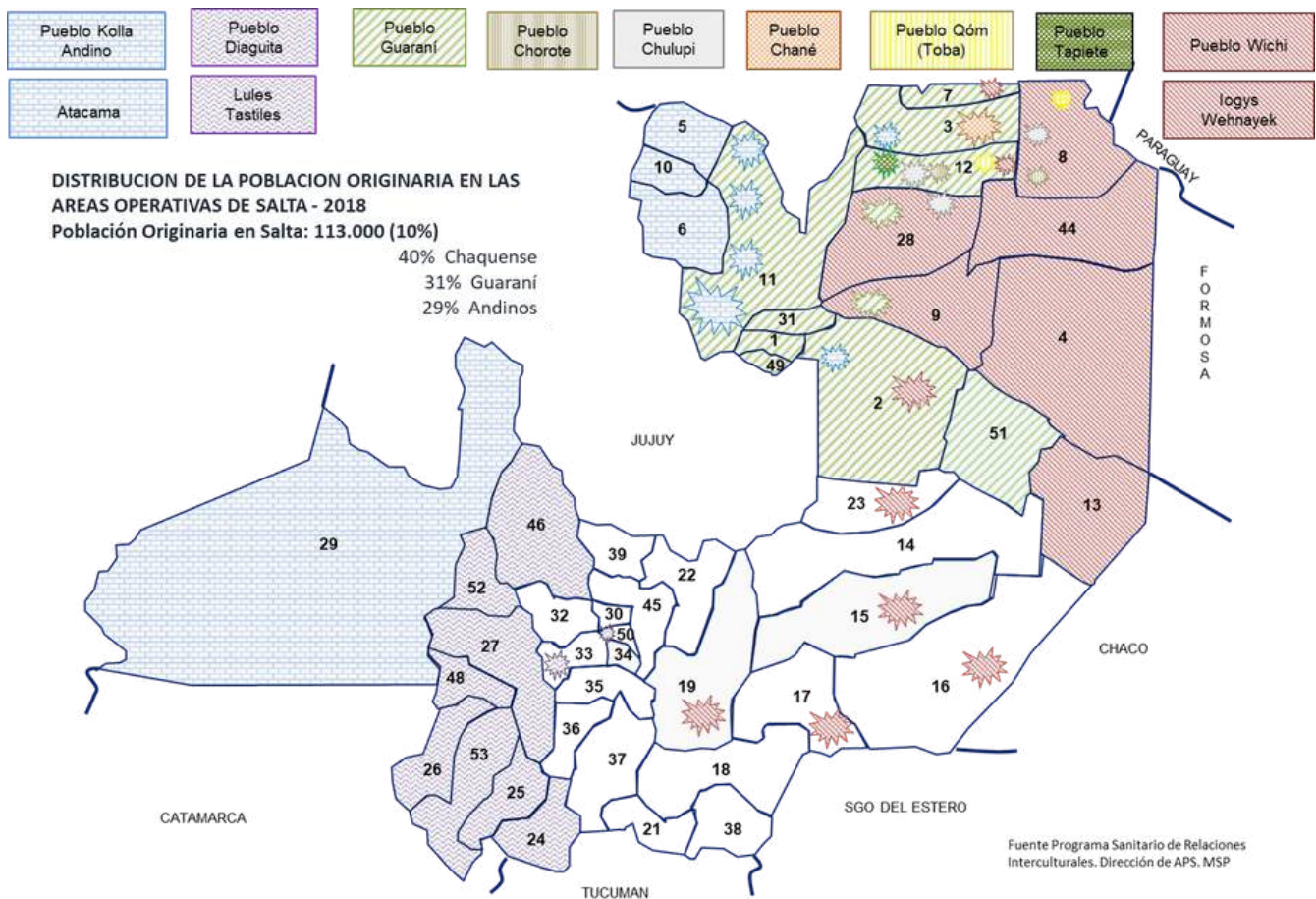
Según esta información, **para 2018 vivían 113.000 personas indígenas en la provincia**, lo que representa un 8% del total de la población. Este porcentaje es muy elevado si se considera que el promedio nacional es del 2.8%.



Según el **Censo del año 2010, en Argentina vivían 955.032 personas indígenas, distribuidas en 39 Pueblos Indígenas**. En este marco, la provincia de Salta tiene la mayor diversidad indígena del país, con 14 pueblos, 9 de ellos reconocidos en la legislación provincial y 5 en proceso de reconocimiento. A la fecha, se identifican los siguientes pueblos: **Wichí, Kolla, Guaraní, Chorote, Chulupí, Diaguita- Calchaquí, Chané, Qom (Toba), Tapiete, Atacama, Tastil, Lule, Yojwi y Weenhayek**.

El departamento con mayor presencia indígena en relación al total de su población es Iruya, con un 56%. Le sigue Santa Victoria (46%), La Poma (41%), Rivadavia (34%), Los Andes (28%) y Molinos (23%). Sólo en uno de los veintitrés departamentos no se registraron personas indígenas (Rosario de la Frontera).

DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS DE PUEBLOS ORIGINARIOS EN LA PROVINCIA DE SALTA



Nº	Área Operativa	Nº 2	Área Operativa3	Nº 4	Área Operativa5	Nº 6	Área Operativa7	Nº 8	Área Operativa9
1	C. Sta. Rosa	11	Orán	22	Gral. Guemes	32	Rosario de Lerma	46	Campo Quijano
2	Pichanal	12	Tartagal	23	Apolinario Saravia	33	Chicoana	48	Secantás
3	Aguaray	13	Rivadavia	24	Cafayate	34	El Carril	49	Urundel
4	Morillo	14	Las Lajitas	25	San Carlos	35	Cnel. Moldes	50	La Merced
5	Sta. Victoria Oeste	15	J.V González	26	Molinos	36	La Viña	51	La Unión
6	Iruya	16	El Quebrachal	27	Cachi	37	Gauchipas	52	La Poma
7	P. Salvador Mazza	17	El Galpón	28	Gral. Mosconi	38	El Potrero	53	Angastaco
8	Sta. Victoria Este	18	Rosario de la Frontera	29	San A. de los Cobres	39	La Caldera		
9	Embarcación	19	Metán	30	Cerrillos	44	Alto la Sierra		
10	Nazareno	21	El Tala	31	Hipólito Yrigoyen	45	Capital		

Diversidad Lingüística. Principales lenguas que se hablan en la provincia.

En Argentina se hablan 12 lenguas indígenas. De ellos, 8 perviven en la provincia de Salta. Estos son: quechua, guaraní, wichí, toba (qom), chané, chorote (Manjui), tapieté, chulupí (Nivaclé) y aymará. La lengua indígena más hablada es el wichí, seguida por el guaraní (5). Aunque hay localidades donde casi la totalidad de la población habla una lengua indígena, en la actualidad, casi todas las personas hablan castellano, aunque sea un poco.

Es importante mencionar que, dentro de un mismo idioma pueden haber diferencias lingüísticas que corresponden principalmente a las ubicaciones geográficas. Con respecto al wichí, por ejemplo, Tobar (12) distingue tres variedades dialectales:

Wichí Lhämtes Vejoz. Llamado también mataco vejoz, vejós o arribeño del Bermejo, Hablado en la zona de Tartagal y el río Bermejo en Salta y áreas vecinas de Chaco y Formosa. Son en general montaraces.

Wichí Lhämtes güisnay. Llamado también Wiznay y abajeño del Pilcomayo. Hablado en la ribera sur del río Pilcomayo en la Provincia de Salta y Formosa. Son en general ribereños.

Wichí lhämtes Noctenes. Llamado también oktenai o arribeño del Pilcomayo, corresponde a la parcialidad weenhayek y es hablado en la región boliviana de Yacuiba, Villa Monte y Crevaux y en la zona de Tartagal.

Es de gran importancia ser consciente de los idiomas y sus variedades, presentes en las áreas sanitarias donde trabajamos. Existen formas de referirse a la salud, enfermedad y cuidado que se transmiten casi exclusivamente por este medio. De ahí, la relevancia de contar con facilitadores interculturales.

El Proceso de Comunicación

Extracto de la disertación de la Mgs. Mónica Sacchi

La comunicación es un eje fundamental para las relaciones humanas. No es solamente una herramienta más de la vida, sino que implica un estilo de relación que enriquece o empobrece nuestros vínculos.

Los procesos de comunicación son circulares sistémicos, es decir, no implican solamente la transmisión de mensajes. Si bien un emisor envía un mensaje, quien lo recibe, también lo recodifica, resignifica y en algunas ocasiones lo devuelve. Es así que, el proceso es de ida y vuelta.

Tanto la emisión como la recodificación y respuesta se construyen a partir de nuestros "Mapas Mentales", que son el conjunto de representaciones sociales, creencias, paradigmas culturales, sistemas de valores y miradas que tenemos y que se convierten en los filtros desde los cuales nos comunicamos. Mediante ellos, interpretamos la realidad de manera específica.

Por su parte, la comunicación no implica solamente la transmisión de datos, sino que tiene que ver fundamentalmente con compartir. Compartir, como proceso donde se ponen en común y en circulación los saberes, inquietudes y conocimientos que apoyan dicha interacción puntual, de tal manera que el resultado de ese acto dialógico entraña conclusiones o resultados para ambas partes (11).

Ahora bien, la comunicación intercultural demanda competencias específicas. En primer lugar, y como premisa básica para desarrollar una comunicación eficiente en el marco de interacciones interculturales, es necesario el reconocimiento de la diversidad, que se comprende como una expresión de la diferencia.

Es importante entrenar el interés por el contexto cultural de las otras personas, es decir, ir conociendo desde dónde hablan, por qué manifiestan esas ideas y qué es lo que pueden estar entendiendo en relación a lo que decimos.

Algunas situaciones que se codifican en relación a los mapas mentales:

"Yo creo que el mensaje que nosotros damos no es claro y que el problema de accesibilidad a la salud tiene que ver con que no entendemos la forma como las personas de pueblos originarios ven la vida, la muerte, sus necesidades básicas, sus signos de alarma, las cosas que consideran importantes" (médica 15/10/2015)



- Percepción sobre gravedad de las patologías. Directrices como "vuelva cuando se sienta malita" o "traiga al niño cuando empeore", son expresiones que pueden ser interpretadas de muy diversas maneras. Los umbrales de dolor, la percepción de enfermedad y las barreras de acceso a los servicios de salud pueden influir en comprender cosas muy diferentes al objetivo comunicativo del emisor.
- La decisión de cuándo asistir a los servicios de salud cambia de acuerdo a las experiencias previas propias o de conocidos relativas al trato, atención y efectividad.
- Percepción sobre las distancias. De acuerdo a la experiencia y cotidianidad, la percepción de distancia se puede modificar. Esto influye en el acceso a los servicios de salud y adherencia a tratamientos.
- Aquellas palabras y términos que considero claros. Nuestra percepción de claridad de palabras y explicaciones, viene dada por nuestro manejo del idioma, educación y aprendizaje cultural. En un contexto de diversidad cultural esto puede cambiar de forma importante y es necesario revisar constantemente si se está logrando el objetivo de la comunicación.

Formas de Comunicación

Todo el tiempo comunicamos. Lo hacemos de forma verbal y no verbal, sin embargo, la segunda forma implica alrededor del 85% del valor de credibilidad, mientras que la verbal, solamente el 15%. Por valor de credibilidad entendemos la capacidad del mensaje de ser aceptado como verdadero.

Nuestra postura, expresión y tono de voz, influyen de forma importante en la eficiencia de nuestros mensajes. Es importante revisar la coherencia entre lo que decimos y cómo lo decimos y atender a los elementos que forman parte de la comunicación no verbal. Los sentidos de los seres humanos, los gestos, las expresiones, los movimientos del cuerpo y el espacio pueden ser utilizados de diversas formas, de acuerdo a las pertenencias culturales de los sujetos (11).

Sugerencias en relación al proceso de comunicación

Existen diferentes aspectos que influyen al momento de la comunicación dentro de los ámbitos hospitalarios. A continuación, presentamos algunas posibilidades:

Emocionalidad. La emocionalidad, que es influida por nuestras historias personales, responsabilidades, situaciones laborales, que se viven en el día a día; tiene incidencia directa en la forma de comunicación verbal y no verbal. Al momento de entablar comunicación con una persona, es importante hacer consciente el momento que estamos atravesando. Tres elementos claves a trabajar en estas situaciones son: la capacidad empática, predisposición y la calma.

Disposición física. Es importante generar espacios que habiliten la palabra y la escucha, con características de confidencialidad para brindar información sensible, tal como diagnósticos, comunicación sobre fin de vida o referencias a situaciones íntimas.

Género. La diferencia de género en la comunicación entre personal de salud y pacientes o familiares indígenas, puede implicar potencialidades o limitaciones. En algunos grupos indígenas, existe comunicación más fluida entre personas del mismo género. Esto también depende del tipo de patología que se trate.

Comprensión. Es importante verificar que exista comprensión en el proceso comunicativo. Recuerda que la comunicación funciona según la respuesta o reacción que desencadena. Si se encuentran dificultades en la comprensión, se puede recurrir a familiares y/o acompañantes para mediar en la comunicación, facilitadores interculturales (recomendado). Si no tuvieramos ese acceso, se puede utilizar medios gráficos de comunicación, como dibujos, señalización de partes del cuerpo, etc.

Características del contenido. Es necesario revisar el contenido de la información que se va a transmitir. Identificar si las palabras y los conceptos son entendidos por las personas a quienes están dirigidos los contenidos.

En lo posible, redactar el diagnóstico o las indicaciones para que, si la persona no pudiera comprenderlo o recordarlo, alguien pueda leer el resultado de su consulta.

Conocimiento del contexto. Es importante conocer y comprender el contexto social y cultural en el que funciona el área de salud donde nos desempeñamos, qué personas se atienden, cuál es su procedencia y si tienen necesidades especiales.

Algunos tips en contexto intercultural

- Preguntar el nombre que usa la persona dentro de la comunidad
- Saludar con la mano
- Identificar aquellas manifestaciones corporales que habilitan o inhiben los procesos de comunicación

Elementos que dificultan la comunicación

Extracto y adecuación del texto "Migraciones e Interculturalidad" de Mariana Beherán

En el proceso de comunicación, cada persona incluye imágenes, conceptos y herramientas de sí misma para pensarse en relación a una otra, pero también incorpora ideas y nociones con las que asocia y caracteriza a aquellas con quienes interactúa. En principio, esto no es algo perjudicial, ya que estas ideas previas nos dan un marco que creemos adecuado para iniciar una comunicación sin grandes errores iniciales. En este sentido, las ideas previas actúan como orientadores de la comunicación, planteándonos un escenario general, exploratorio, para iniciar un diálogo.

Sin embargo, estas nociones se vuelven peligrosas cuando no se abren a la posibilidad del conocimiento, reconocimiento y encuentro, y generan barreras en el acceso y garantía de derechos. Dichas situaciones se pueden comprender a partir de tres conceptos: estereotipos, prejuicios y discriminación.

Estereotipos

Son las imágenes generalizadas o caracterizaciones esquemáticas que las personas forman en su mente respecto de otras u otros grupos, en base a creencias y opiniones preconcebidas. En cierta medida, ayudan a organizarse en la diversidad del mundo y a dar una guía general de cómo conducirse ante aquello que no es totalmente conocido. Pero, a la vez, como se basan en un conocimiento escaso o frágil, simplifican y dan una visión limitada.

Los estereotipos se construyen en un medio social y cultural específico y se aplican a todas las personas pertenecientes a categorías como: nacionalidad, edad, sexo, grupo étnico, preferencia sexual, procedencia geográfica, entre otras. El denominador común que genera que los estereotipos se activen es la diferencia pero: ¿la diferencia a qué? A lo considerado como "no normal".

En este marco, las actitudes e impresiones que se tienen de ciertos grupos de la población son interpretados como "naturales" y "universales", y no como una percepción propia y particular o como consecuencia de experiencias previas y procesos de aprendizaje.

¿Te suena?

"La población criolla por lo general participa en forma activa del tratamiento, no así las personas de pueblos originarios que por lo general son más sumisos, se resisten a la atención... Los pacientes de pueblos originarios por lo general no hacen ningún tipo de consulta, se hacen recomendaciones y no se obtiene respuesta. (D, Enfermera Hospital, 20/09/15)(16)

"También hay que dejar constancia de la cultura que ellos conservan y tremendamente de sus principios, donde al "blanco" no lo dejan actuar con medidas preventivas de las enfermedades, se dejan morir, No les interesa (la prevención). Si no va un agente sanitario a ellos a vacunarlos, a revisarlos se dejan estar... si le duele algo el wichí no consulta... hay que buscarlo". (J, Enfermero, Jefe de Servicio, 29/07/15)(16)



Prejuicios

Cuando la caracterización esquemática de los estereotipos da lugar a que se formen juicios de valor sobre esa persona o grupo de personas, se forma un prejuicio. Se manifiestan en la actitud tomada hacia una persona, o grupo de personas, y esta decisión de conducta se fundamenta en el contenido de un estereotipo. Sobre la base de los prejuicios, se asientan los diferentes tipos de discriminación



¿Lo sentís familiar?

El wichí no trabaja, él quiere todo de arriba que le den, él pide. Los demás pueblos originarios, como por ejemplo los del valle calchaquí trabajan, no son tan pueblos originarios "puros";... "Los guaraníes son trabajadores... La mayoría consiguen empleo, tienen ansias de progresar." (S Enfermera, 15/10/ 2015)(16)

"Entonces ya dicen que porque son del cerro no entienden y no hay que explicarles mucho porque igual no van a entender". (T enfermera 08/09/2015)(16)

"yo hablo con las madres, muchas, no las más jovencitas porque ellas si se cuidan más quizás porque han aprendido más en la escuela y son más independientes, pero acá hay mujeres de 30, 35, 40 que no deciden solas, sus maridos son muy machistas y si se cuidan piensan que es porque los traicionan." (enfermera 08/09/2015)(16)

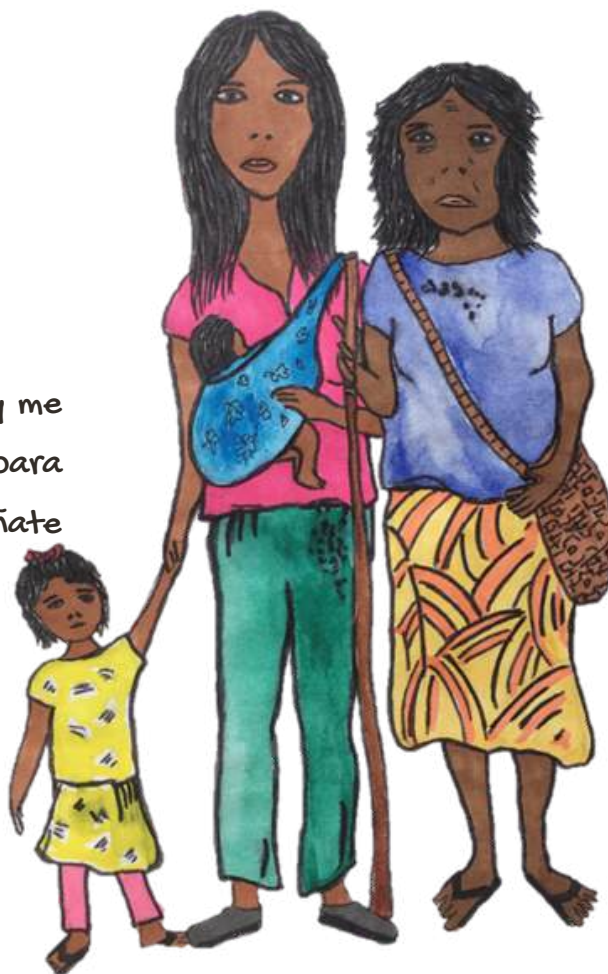
Discriminación

Cuando esa actitud influye en la toma de decisiones sobre cuestiones que atañen a esa persona (o ese grupo), los prejuicios constituyen la base de un acto de discriminación. La discriminación es la puesta en práctica de aquello que los prejuicios sugieren.

La Ley argentina N° 23.592 (1988) expresa: "discriminar es impedir, obstruir, limitar o menoscabar el pleno ejercicio de los derechos y garantías, de manera arbitraria, de alguien utilizando como pretexto su género, etnia, creencias religiosas o políticas, nacionalidad, situación social o económica, orientación sexual, edad, capacidades o caracteres físicos, entre otras condiciones.

¿Te ha pasado?

"Me notado diferencias en el trato. Me visto y me duele decirlo colegas que no le sacan la ropa para auscultarlos, enfermeros que les dijeron "bañate antes de entrar". " (médica, 15/10/2015)(16)



Diseccionemos

Estereotipo

{ Las personas wichí hablan castellano, pero pareciera
que no lo entienden } { *Prejuicio*
y, con esa excusa, no siguen los
tratamientos. } { Así que yo les digo una vez lo que
Discriminación
tienen que hacer y si no siguen el tratamiento ¡qué se
las arreglen! }

Estereotipo

{ Las personas indígenas llegan siempre con las
enfermedades avanzadas, } { creo que son
Prejuicio
irresponsables, no cuidan su salud, ni la de sus hijos. }

{ Entonces, si no vienen, no se les va a dar un nuevo
Discriminación
turno, que esperen el mes que viene. ¡Somos hijos del
rigor! }

En primera persona

Kalely Moreno

Docente Wichí

A veces aparecen prejuicios, estereotipos e imaginarios acerca de los miembros de la comunidad. En los servicios de salud, los trabajadores se preguntan: "¿Por qué (las personas indígenas) no entienden?, ¿por qué no me miran cuando hablo?"; y no se dan cuenta que todos tenemos pautas culturales diferentes.

Es importante tener más herramientas para el trabajo en conjunto con los pueblos, para seguir creciendo y conociendo más. Creo que dentro del sistema es necesario que se pueda seguir trabajando y dar visibilidad a la cultura wichí y otras culturas que aún mantienen la lengua y que se conozcan la culturas, ya que hay mucho desconocimiento, de los pueblos de la provincia.



COMUNICACIÓN, PERSONAS INDÍGENAS Y ÁMBITO HOSPITALARIO

La importancia de la identificación y el registro

“Sólo se valora lo que se conoce y sólo se protege lo que se valora”.

Como ya se mencionó, es muy importante conocer el contexto social y cultural de las áreas de salud en las cuales nos desempeñamos, . Esto permite estar al tanto de los perfiles epidemiológicos de las personas que se atienden, sus enfermedades prevalentes y preeminentes, necesidades específicas, determinaciones sociales de la salud, etc.

Posibilita también el armado de redes operativas y articulaciones para una respuesta efectiva a situaciones que puedan surgir en la atención de salud.

Como una de las posibles estrategias para lograr un conocimiento de la población indígena atendida, resalta la identificación y registro de la misma, Existen varios mecanismos para ello.

Identificación por observación

Una primera forma de identificación se puede dar por "observación", es decir, reconocer aspectos del lenguaje, vestimenta u otras características distintivas de personas pertenecientes a ciertos pueblos originarios. Aunque esta forma permite un primer reconocimiento, entraña también algunas limitaciones ya que excluye a todas aquellas personas que, siendo indígenas, no exhiben los mencionados atributos.

Además, no toma en cuenta la participación de las personas indígenas como sujetos activos en su reconocimiento identitario y puede cometer varios errores en relación a la pertenencia de las personas.

Identificación por registro en Historia Clínica

En algunos casos, las distintas áreas sanitarias consignan la pertenencia étnica de las y los pacientes. Esta valiosa información permite a los servicios de salud activar redes y articulaciones rápidamente en caso de ser necesario. Sin embargo, esta práctica, debe ser normalizada, ya que sigue siendo mínima en relación a la cantidad de personas indígenas atendidas.

Identificación por red operativa externa

En la práctica sanitaria, nos encontramos con diferentes instituciones, grupos de la sociedad civil y referentes comunitarios con quienes participamos en la resolución o seguimiento de ciertos casos. Estos colectivos y personas, pueden desempeñar roles muy importantes y es recomendable construir una guía de recursos que les incluya.

Cuando esta red operativa está activa, las personas que la integran pueden dar cuenta del ingreso de pacientes y su estado. Asimismo, desde nuestras áreas sanitarias podemos notificar altas e indicaciones de relevancia a ser consideradas en el lugar de origen.



Identificación por red operativa interna

En la construcción de estrategias de atención de calidad a personas de pueblos originarios, es de gran importancia la sensibilización y articulación con diferentes actores de nuestras áreas operativas. Gran parte del personal de salud tiene contacto con las personas de pueblos originarios que requieren atención. Servicio de vigilancia, administrativos, y profesionales de la salud, en sus diferentes ámbitos (enfermería, medicina, salud mental, fisioterapia, fonoaudiología, etc.); tienen algún contacto o prestan algún servicio. En la medida que conozcan la presencia de facilitadores, operadores o personas que brindan apoyo a pueblos originarios, se convierten en aliados estratégicos en la identificación y resolución de situaciones particulares.

Identificación por primera entrevista

Una estrategia muy efectiva es la primera entrevista. Esta consiste en recorrer los servicios del área sanitaria y hacer una pequeña entrevista a las personas que se encuentran internadas. En función del conocimiento sobre la población que asiste a la institución, se puede focalizar en grupos específicos tales como personas del interior. Esta visita permite identificar la presencia de personas de pueblos originarios que no han sido reconocidas por observación, no fueron notificadas como tales en la documentación de referencia o ingreso, y no fueron reportadas por miembros de las redes operativas. Para su aplicación, se requiere el diseño de una estrategia de presentación y primer acompañamiento.



LA IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE ABORDAJE INTERCULTURAL

La experiencia del Hospital San Bernardo

Una vez que se avanza en la identificación y registro de personas de pueblos originarios, se encontrará que su presencia es permanente en todos los servicios y prestaciones de la institución. Si volvemos al paradigma de atención en salud centrada en las personas, encontramos la necesidad que aquellas personas que prestan asistencia y acompañamiento, puedan perfeccionar las formas y estrategias de comunicación y abordaje, teniendo en cuenta que ello influye directamente en una mejor evolución en el estado de salud, adherencia a los planes terapéuticos, mayores niveles de satisfacción en la atención y menor costos para la casa de salud.

Para lograr esto, es recomendable que el área de salud organice grupos interdisciplinarios que puedan brindar una atención integral a las personas que llegan para recibir atención sanitaria y a sus acompañantes. Cada persona que forma este equipo tiene responsabilidades específicas, pero la clave es poder resolver los casos que se presentan de forma conjunta. A continuación se propone un posible perfil de funciones y competencias, teniendo siempre en cuenta que cada área la adecuará de acuerdo a sus dinámicas de gestión:

Médicas/os: Las y los profesionales médicos son muy importantes al momento de un abordaje intercultural. Al igual que los demás integrantes del equipo, pueden identificar personas de pueblos originarios en su consulta o intervención, observar las necesidades de los acompañantes y redactar las solicitudes pertinentes (medicamentos, insumos, alimentación, albergue, permisos de acompañante).

A partir de esta primera identificación, pueden pedir intervención de otros profesionales en relación a particularidades sobre alimentación, acompañamiento intercultural, resolución de conflictos, gestión de hospedaje, etc.

Trabajadores/as sociales: Reciben solicitudes del equipo médico y dan curso a las articulaciones para garantizar la presencia de un acompañante. Gestionan la autorización de estudios y procedimientos de mediana y alta complejidad. Autorizan raciones alimentarias para acompañantes y familiares. En caso que el paciente llegue sin acompañante, coordinan con el área operativa que realizó la derivación o con la Secretaría de Asuntos Indígenas y Desarrollo Comunitario para realizar trámites extra muro.

Enfermería: Acompaña en la identificación de pacientes originarios. Apoya en el seguimiento de pacientes internados. Es un actor clave en el cuidado de la persona durante su permanencia en la unidad operativa. Asimismo, se convierte en un agente de comunicación, ya que se encarga de la actualización del estado de salud, convirtiéndose en puente con el profesional médico y en soporte emocional de la persona.

Personal administrativo y gestión de turnos: Muchas de las personas de pueblos originarios, provienen de centros alejados de las áreas de atención en salud o tienen dificultades para el acceso que implican otras barreras, además de la distancia (dificultades en la comunicación, imposibilidad de paso por algunas localidades, antecedentes de maltrato, etc). Una vez que se encuentran en los servicios de salud, surge con frecuencia la necesidad de nuevos estudios o interconsultas. Así también, aparecen casos de pacientes que deben hacer planes de asistencia y seguimiento. En estos casos, es de mucha utilidad que se designen turnos anticipados y que se pueda hacer un acompañamiento para el acceso efectivo a los mismos. Esto influye directamente en la atención y mejoramiento de salud de los pacientes.

Personal de seguridad: En muchos casos, son los primeros actores con quienes interactúan las personas de pueblos originarios. De su trato y disposición depende, en alguna medida, la percepción sobre el servicio que se da en la unidad operativa.

Facilitadores interculturales

En la provincia de Salta, la Ley 7856, de "Creación de una Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios", sancionada en 2014, contempla en su segundo artículo, la provisión de facilitadores interculturales bilingües necesarios para la cobertura de los hospitales, a efectos de permitir una adecuada armonización intercultural entre el sistema de salud y el paciente originario, garantizando su atención y contención.

Entre las funciones de esta figura, muy necesaria en el ámbito hospitalario, se encuentra la identificación de personas en las salas de espera, reconocimiento de signos de gravedad, guía dentro de los servicios, asistencia en la programación de turnos, comunicación permanente con personal de salud y con los diferentes actores que intervienen en una atención integral. En este sentido, la articulación con los servicios sociales o áreas de competencia de los distintos hospitales es fundamental, ya que permite detectar posibles situaciones de acompañamiento.

De igual forma, el facilitador tiene entre sus competencias el seguimiento de casos, acompañamiento en la realización de trámites y derivaciones en caso de necesidad.

Su participación es importante también en actividades y estrategias de promoción de salud con el fin de aportar elementos culturales fundamentales para el intercambio de saberes.

En primera persona

Osvaldo Villagra

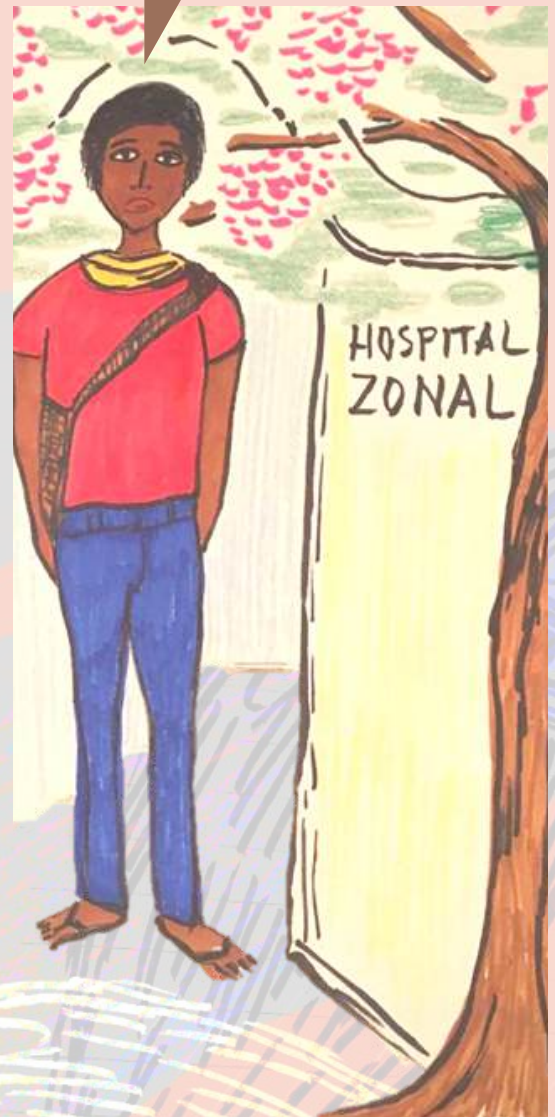
Facilitador Intercultural Wichí

Como facilitadores tenemos la posibilidad de conversar con las personas con mayor profundidad, en un ambiente familiar. Así podemos conocer y transmitir el estado de salud, los procedimientos que se están realizando y los cuidados necesarios. También sabemos que está sucediendo en el ámbito familiar y conversamos con la familia desde nuestra cosmovisión y pautas culturales

Entre las inquietudes frecuentes que tienen las personas que llegan a atenderse en los hospitales de la capital, se destaca el tiempo de permanencia. Te dicen: "yo salí de mi casa a las apuradas, dejé todo lo que tenía que hacer". A veces las personas vienen a control y tienen la idea que vuelven el mismo día y hay ocasiones que deben quedarse. Cuando se quedan, aparecen muchas cosas que hay que resolver como gestionar los pasajes y el albergue. Eso implica ponerse en contacto con otras instituciones. En eso apoyamos también.

Otra inquietud frecuente es el diagnóstico. Cuando pregunto qué les dijo el médico, a veces la respuesta es "nada". Entonces nos convertimos en un nexo para que las personas y los profesionales se puedan entender entre sí.

RECUERDA!, la Ley de la provincia de Salta 7856, contempla la incorporación de facilitadores interculturales en los hospitales de referencia.



En primera persona

Personal de salud

(Entrevistas interior, 2015)



“Si yo no entiendo a una mamá wichi, no entiendo el idioma de ellos yo no puedo saber lo que les pasa... si el sistema de salud no conoce el idioma de la familia imposible que la mama preste atención y tome conciencia”. (16)

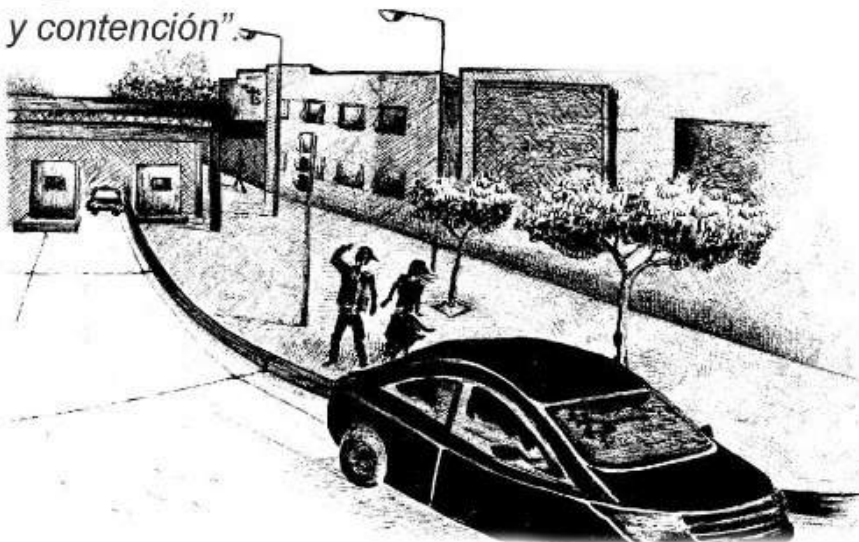
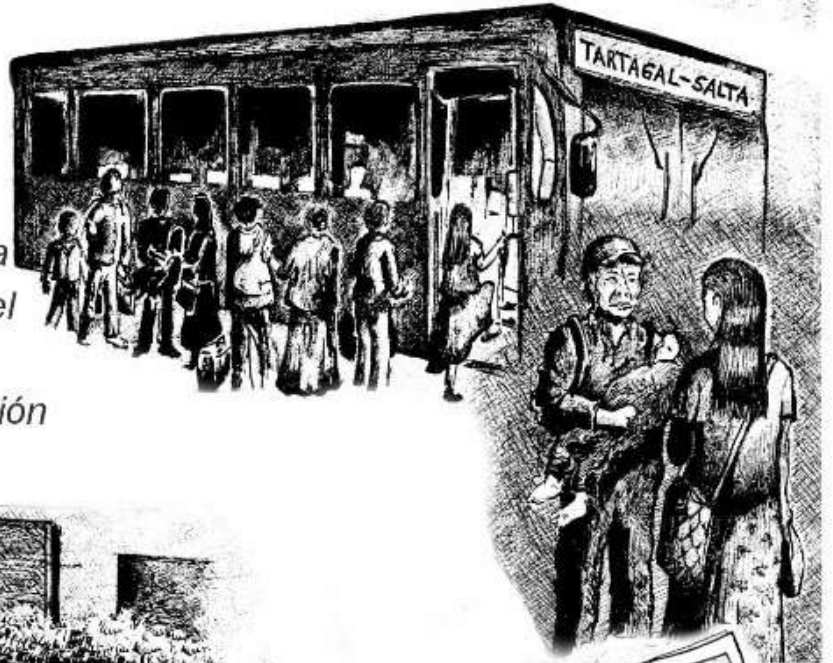
“Cuando receptionamos familias wichi les decimos “is” y se ríen. Yo me presento como guaraní, y ahí se abren y comienza la puerta de confianza entre el personal de salud y el paciente... Y podemos ayudar a los médicos para interpretar conceptos de alguna patología y así ayudamos a los médicos cuando los pacientes no entienden”. (16)

Wichi ch'otfwa

En la Provincia de Salta, la **Ley 7.856** establece, desde el año 2014, la creación de la **Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios Sumaj Kausai (Buen Vivir)**. En su **Artículo 1**, explicita: “Facilitar la asistencia a los familiares ante la derivación médica con la correspondiente contención social, que faciliten la concreción de estos requerimientos, en el marco de un ambiente de respeto a sus valores culturales y ancestrales...”



Artículo 2º: “Proveer los *Facilitadores Interculturales Bilingües necesarios para la cobertura de los hospitales, a efectos de permitir una adecuada armonización intercultural entre el sistema de salud y el paciente originario, garantizando su atención y contención*”.





- Creo que no me entendió. Necesito que hables con él, que le expliques que...



En ese momento...

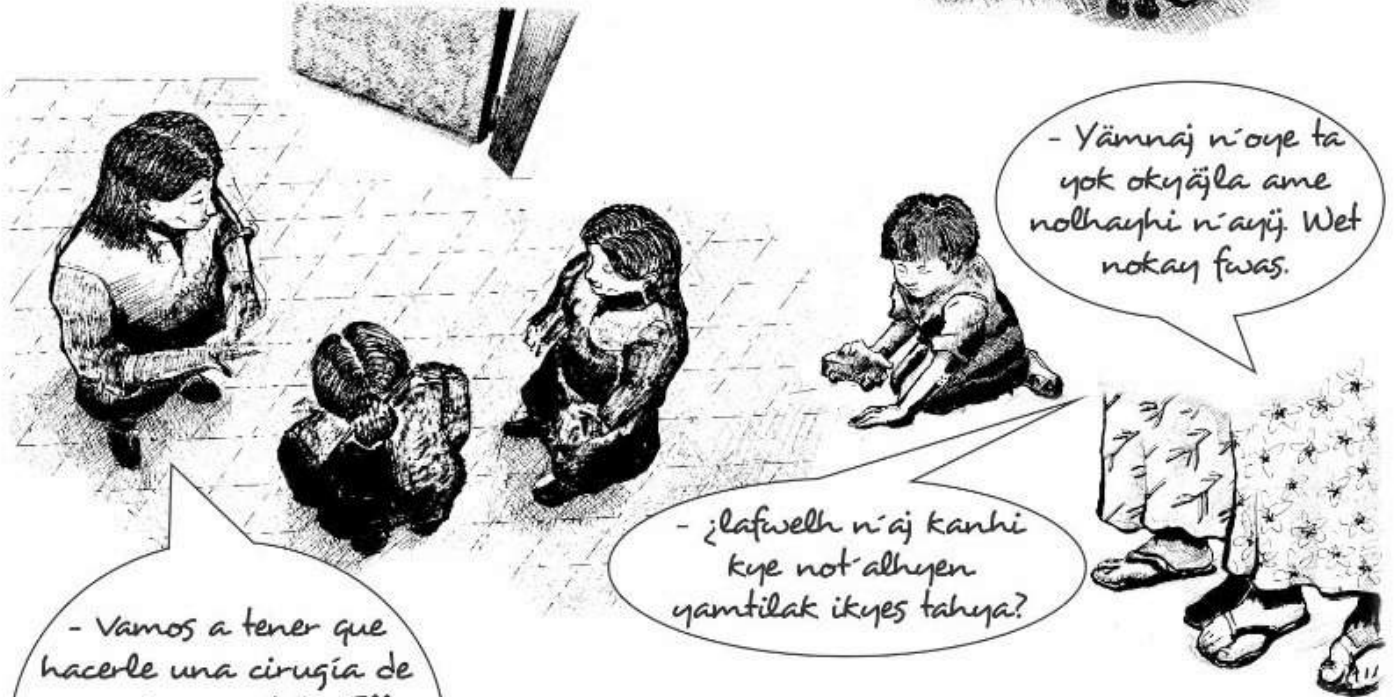
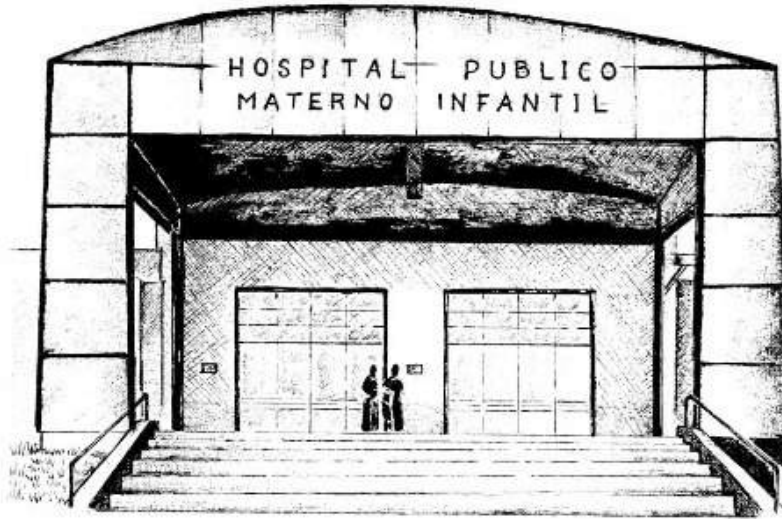
Más tarde...

- Ijkyá olät lhame ta o is t'at, owatla oyapilh, kanhi not'unlan'oye wet okyesla.



- Kyiwoye

- Kyiwoye, okyätihla ikyesetn'o ow'ete. oles wet och'efwa ta ikanhi.



- Vamos a tener que hacerle una cirugía de urgencia a su hijo. Ella es la facilitadora intercultural. Puede hablar con ella también.

- Yámnaj n'oye ta yok okyáyla ame nolhayhi n'ayij. Wet nokay fwas.

- ¿lafwelh n'aj kanhi kye not'alhyen yamtilak ikyes tahya?

- Kamaj n'ánhiyejt'a kye lha ilätya ta häpta kye ifwalas hiyafwas ta nech'enla n'alek kye ni'isa pedro. Häpta tamenej ta kakyawos iwatla ikyenho atana kye lawahin.

- Owatla otaye ayej ow'etlheley latikyunhayaj.

**“La Corte de Justicia de Salta confirmó que debe aplicarse la salud intercultural.”
Que haya facilitadores culturales y albergues .**

23 de julio de 2022
www.pagina12.com.ar



ACTITUDES BÁSICAS EN LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

Basado en los postulados de Carl Rogers

Para terminar esta breve guía, es necesario resaltar que el trabajo centrado en la persona, pone énfasis en la actitud con la cual nos relacionamos ya que es la fuente generadora del estar presente con/junto al otro. Cuando el personal de salud logra crear un clima de acompañamiento en el que las personas se sientan progresivamente libres para comunicarse, se producirá un desarrollo de la adherencia a tratamientos, indicaciones terapéuticas, estado de ánimo y mejora.

En este sentido, se propone un sistema de facilitación y acompañamiento, donde la persona que acompaña disponga de tres actitudes principales: la escucha y empatía, la consideración positiva incondicional y la autenticidad o congruencia del facilitador.

Escucha y empatía

Esta actitud viene dada por una práctica de comprensión profunda del otro. Implica captar el mundo subjetivo de la otra persona desde su propio marco de referencia. Desde este enfoque, se entiende la empatía como la capacidad de percibir el mundo interior del otro, integrado por significados personales y privados, como si fuera el otro, pero sin perder nunca este **como sí**.

El escuchar del facilitador es la herramienta por la cual se logra atender el interior de las personas. No implica identificarse con el otro, ni proyectar el deseo a que el otro sienta lo que yo desearía escuchar; pero sí es un implicarse para conocer y participar en la experiencia del otro. Esta práctica no es una técnica ni una conducta habilidosa del responder, sino que es una apuesta para el ejercicio vivencial de la alteridad, una manera de ser, un estilo, un esfuerzo para comprender la experiencia del otro y confluir con su proceso experiencial sin evaluarlo, ni juzgarlo.

Esta actitud de escucha activa es incompatible con estar aconsejando, sino que implica un entrenamiento de ponerse al servicio en silencio y atención. Parte de la motivación a escuchar que viene dada por una intencionalidad interiorizada del facilitador. De igual forma, implica suspender cualquier tentativa de juicio sobre el contenido de la expresión del otro.

Siguiendo a Gendlin: «Solamente existen dos razones para hablar mientras se escucha: para mostrar que atiendes perfectamente, al repetir, lo que la otra persona ha dicho o significado o, para pedir repetición o clarificación»

Este rigor busca lograr que la persona se sienta escuchada ya que cuando esto sucede la posibilidad de interacción y encuentro, resolución de posibles conflictos e incluso de los padecimientos, aumenta considerablemente.

Consideración positiva incondicional. La validación de la experiencia del otro

Esta actitud es una disposición intencional a validar la experiencia del otro. Consiste en una mirada a la persona llena de aprecio. Aceptar al otro tal como es, con un respeto absoluto por su persona, sus actitudes y su comportamiento. Considerar positivamente quiere decir confiar en la capacidad del otro para desarrollarse y crecer, para decidir libremente y hacerse responsable de sus propias decisiones. Tiene que ver con una aceptación sin condiciones del interior del otro.

Esta aceptación no implica necesariamente aprobación o acuerdo, sin embargo, se trata de mostrar respeto por las decisiones del otro con independencia de mi acuerdo o desacuerdo. Esta ausencia de juicio valorativo no puede confundirse con la neutralidad. El facilitador centrado en la persona muestra acercamiento, amor, realiza una opción decidida y valiente de generosidad afectiva, y sabe manifestar este amor sin esperar nada a cambio.

Congruencia o Autenticidad

La siguiente es la actitud de ser uno mismo. Ser uno mismo trae aparejado el proceso de ir desposeyéndonos de máscaras y roles. Implica presentarnos en la relación facilitadora siendo como uno realmente es, sin interferencias entre ser mi yo auténtico y mi yo que me gustaría ser.

Esta congruencia del facilitador cubre la experiencia, la conciencia y la comunicación. Ser mí mismo en estos tres niveles es ser mi yo auténtico, ser una persona unificada. Se trata de que el facilitador deje fluir sus sentimientos en cada instante, se percate de su proceso experiencial y de las emociones que experimenta aquí y ahora que van siendo accesibles a la conciencia y sea capaz de vivir estos sentimientos, de experimentarlos en la relación y de comunicarlos si persisten. Establece así una relación de persona a persona. Mediante la actitud de autenticidad el facilitador no se niega a sí mismo ninguno de los sentimientos que experimenta en la relación y está dispuesto a experimentar de manera transparente cualquier sentimiento persistente y a comunicarlo. El facilitador se hace vulnerable en vez de adoptar un papel de profesional o de especialista. La autenticidad es, entonces, una disposición interna a estar abiertos a la experiencia, percatarnos y comunicarla. Significa que el nivel de la experiencia, el de la conciencia y el de la comunicación son congruentes, forman una unidad.

Historia del Uno y los todos

(Tomado de "Los Otros Cuentos. Vol.2)

Hubo un tiempo en el que no había tiempo. Era el tiempo del inicio. Era como la madrugada. No era noche ni era día. Se estaba el tiempo así nomás, sin ir a ningún lado y sin venir de ninguna parte. No había luz pero tampoco había oscuridad. Era el tiempo en el que vivían los más grandes dioses, los que nacieron el mundo, los más primeros. Dicen los más viejos de nuestros viejos que esos primeros dioses eran siete y que cada uno era dos. Dicen los más ancianos de nuestros ancianos que «siete» es como los más antiguos numeran a los todos, y que el uno siempre es dos para poder caminar. Por eso cuentan que los más primeros dioses eran dos cada uno y eran siete veces. Y estos más grandes dioses nos se nacieron sabedores y grandes. Pequeños eran y no mucho sabían. Pero eso sí, mucho hablaban y se hablaban. Puro palabrerío eran estos primeros dioses. Mucho se hablaban todos al mismo tiempo y nada se entendían unos a los otros.

Aunque mucho hablaban estos dioses, poco sabían. Pero, ¡a saber cómo o por qué!, hubo un momento en que todos se quedaron callados al mismo tiempo. Habló entonces uno de ellos y dijo y se dijo que era bueno que cuando uno hablara los otros no hablaran y así el uno que hablaba podía escucharse y los otros que no hablaban podían escucharlo y que lo que había que hacer es hablar por turnos. Los siete que son dos en uno estuvieron de acuerdo. Y dicen los más viejos de nuestros viejos que ése fue el primer acuerdo de la historia, el de no sólo hablar sino también escuchar.

Miraron los dioses los rincones de esa madrugada en que todavía no había ni día ni noche ni mundo ni hombres ni mujeres ni animales ni cosas. Miraron y se dieron cuenta de que todos los pedacitos de esa madrugada hablaban verdades y que uno solo no podía escuchar todos los rincones, así que se dividieron el trabajo de escuchar a la madrugada y así pudieron aprender todo lo que el mundo de entonces, que no era mundo todavía, tenía para enseñarles.



Y así vieron los más primeros dioses que el uno es necesario, que es necesario para aprender y para trabajar y para vivir y para amar. Pero vieron también que el uno no es suficiente. Vieron que se necesitan los todos y sólo los todos son suficientes para echar a andar al mundo. Y así fue como se hicieron buenos sabedores los primeros dioses, los más grandes, los que nacieron el mundo. Se supieron hablar y escuchar los dioses estos. Y sabedores eran. No porque supieran muchas cosas o porque supieran mucho de una cosa, sino porque se entendieron que el uno y los todos son necesarios y suficientes.

... ESTO RECIÉN EMPIEZA

El fortalecimiento de la comunicación intercultural en ámbitos sanitarios, plantea fascinantes desafíos para aquellas personas que se desenvuelven en este campo.

A nivel personal, implica identificar, revisar y modificar prejuicios y estereotipos que pueden devenir en procesos de discriminación dentro de las áreas operativas. Este no es un ejercicio en solitario sino que requiere, a la vez, que nuestra organizaciones vayan posicionando el tema, generando espacios de diálogo, reflexión, acompañamiento y apoyo en los diferentes niveles de gestión.

Esto se puede dar a partir de la implementación de redes internas y externas de respuesta efectiva, y de la institucionalización de las distintas estrategias interculturales en las áreas operativas.

Este es un camino de compromiso y creatividad, que viene siendo transitado por muchos servidores públicos de salud. Para quienes se suman al trayecto, la calurosa bienvenida en el horizonte de una salud plural, con calidad y calidez.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Gobierno de la Provincia de Salta, CFI. 2016. Mapa Social de la Provincia de Salta para la Cooperación Internacional 2015. Salta. Argentina

(2)BERGAGNA, A; CARRIZO, K; SACCHI,M. 2012, La Dimensión Intercultural en Salud. Experiencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina. En: Revista ISEES Nro. 11. Julio-Diciembre 2012. Argentina.

(3) Aguirre, M; Ayuso, S; Berrondo, C; Garea, M; Grunbaum, F; Joaquín, W; Ja Ko, I; Mezzenzani, A; Navarro, L; Nieva, A; Rauch, S; Salerno, S; Salgueiro, F; Sardella, A; Torreiro, L.2019. Atención Centrada en el Paciente. Persona como miembro activo de su cuidado. En :Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2019;61(274):176-178. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2019/10/Revista-274-11-Seguridad-del-paciente.pdf>

(4) Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas y Organización Panamericana de la Salud. 2019. Atención centrada en el paciente en la práctica interprofesional colaborativa: elementos clave, estrategias y próximos pasos. Washington DC.

(5) Casimiro, A. 2019. Patrimonio lingüístico y cultural de los Pueblos Originarios de Salta. Fondo Ciudadano de Desarrollo Cultural, Ministerio de Cultura, Turismo y Deportes de la Provincia de Salta,

(6)Espinosa, A. 2015. La medicina centrada en las personas y personalizada. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos. Cuba.

(7) Mezzich, J; Perales, A. 2016. Atención clínica centrada en la persona: Principios y estrategias. En: Rev. Perú med. Exp. Salud Pública. Vol. 33(4): 794-800.

(8) DE DIOS LORENTE, José Arturo y JIMENEZ ARIAS, María Elena. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. MEDISAN [online]. 2009, vol.13, n.1. ISSN 1029-3019.

(9) Etchezahar, E (Coord), Ungaretti, J; Bría, P; PESCE, a. 2020. Prejuicio y Discriminación en Argentina. Observatorio Psicología Social Aplicada. UBA. Buenos Aires.

(10) Montes, B. 2008. Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. Universidad de Jaén.

(11) Beheran, M. 2017. Migraciones e Interculturalidad. Guía para desarrollo y fortalecimiento de habilidades en comunicación intercultural. OIM. Argentina.

(12) Tobar, A. 1984. Catálogo de las lenguas de América del sur. Madrid: Gredos.

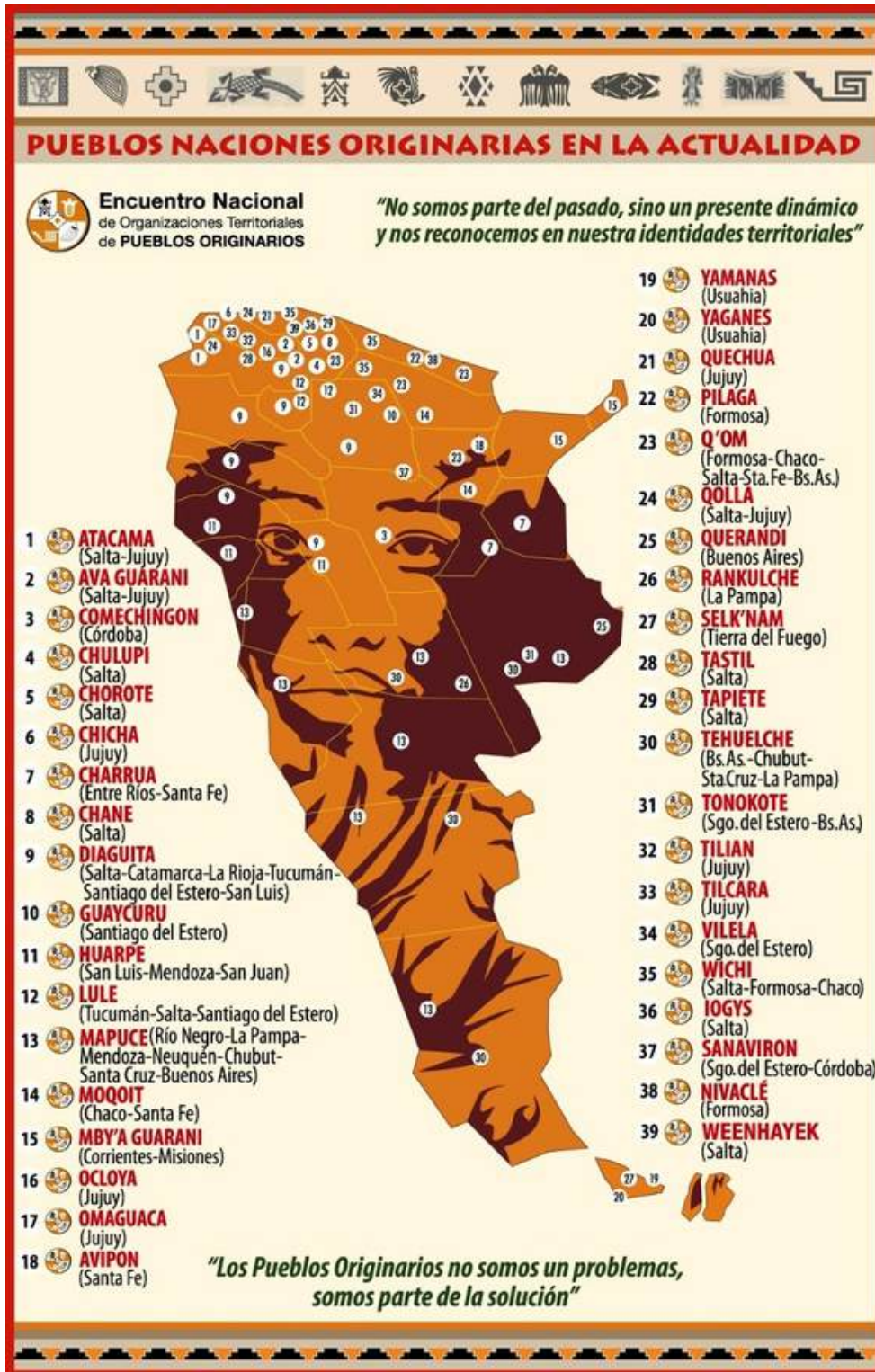
(13) Saberes que son medicina. El derecho de practicar nuestra medicina ancestral / Seila Pérez, Marcelo Soria, Catalina Huenuán, Karina Alfaro, Esther Del Milagro López - 1ª edición - Salta: Universidad Nacional de Salta, 2021.

(14) ONU. 2013. Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2013-2023. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf


(15) Barceló, T. 2012. Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. en Miscelánea Comillas. Vol. 70 (2012). num. 136.

(16) Bergagna, A; Carrizo, K; Sacchi, M; Quispe, V. Prácticas de Atención y Desafíos Pendientes en espacios interculturales. CIPIAL. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20161004101819/Interculturalidad_y_educacion.pdf

ANEXO. Mapa de pueblos Naciones Indígenas en el actual territorio Argentino (Fuente: ENOTPO)







Esta Guía busca proporcionar herramientas para fortalecer el enfoque intercultural en los servicios de salud con énfasis en el hospitalario. Es también un instrumento pedagógico para procesos de formación en salud pública y colectiva. Además se convierte en un insumo que contribuirá con la implementación de políticas públicas enfocadas al reconocimiento de la diversidad en áreas sanitarias.

ISBN 978-987-633-592-8

