



INNOVANDO EN SALUD

FORTALECIENDO LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES)

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE IMPLANTACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL

ESQUEMA METODOLÓGICO PARA INCORPORAR LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD, MEDIANTE EL ENFOQUE INTERCULTURAL



INDICE

I. Introducción	3
II. Cultura y salud	3
III. Discriminación en la Salud	4
IV. Interculturalidad	5
V. Los Derechos Humanos en Salud	7
VI. Propuesta metodológica	8
VII. Conclusiones	11
VIII. Directorio	11

ESQUEMA METODOLÓGICO PARA INCORPORAR LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD, MENDIANTE EL ENFOQUE INTERCULTURAL ¹

INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, a través de su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, ha desarrollado un modelo de sensibilización intercultural para el personal de salud, tanto para el que se encuentra en formación en las Diferentes Facultades y Escuelas de Medicina y Enfermería, como para el que se encuentra en la operación de las unidades de salud de todo el país, considerando la diversidad de población y la riqueza y heterogeneidad de las regiones geográficas. El objetivo es mejorar la calidad de la atención, el impacto de la misma, la satisfacción del usuario y el respeto de los derechos humanos de los consultantes.

La propuesta para la sensibilización intercultural en salud, se desarrolló tomando en cuenta la composición multicultural del país, ejemplificada por la existencia y uso de más de 62 lenguas indígenas diferentes de población originaria, diversos grupos de población mestiza producto del contacto con inmigrantes de países americanos, europeos y asiáticos, y que se expresan cada uno con la “cosmovisión” y la identidad propia de su cultura.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, en diferentes documentos y buscando políticas equitativas para el desarrollo de los sistemas de salud tradicionales, ha propuesto y recomendado, como en la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas que: “...reconoce el carácter multicultural de los pueblos de la Región, que se manifiesta en sociedades heterogéneas de diferente grado en los países... Plantea...la necesidad de formular propuestas basadas en un proceso de aprendizaje y capacitación intercultural, de carácter multidireccional, intersectorial, interinstitucional, interdisciplinario, simultáneo y operativo”².

CULTURA Y SALUD

Entendemos por cultura, el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido.³ Al compartirse este sentido con otras personas, se crea una identidad grupal, en la cual se comparte una visión y comprensión del mundo, historia, costumbres y hábitos.

Así en cualquier sociedad, coexisten un sinnúmero de miradas acerca de la realidad. Sin embargo, no es común reconocer estas diferencias como algo enriquecedor, sino que en muchos casos, el temor a lo “diferente” domina generando relaciones de competencia y discriminación.

¹ Este esquema se ha presentado en talleres de salud intercultural, incorporado en la propuesta de la “relación personal de salud-paciente”.

² Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. Washington, DC: OPS; 1997. (Serie Salud de los Pueblos Indígenas No.6)

³ Adaptado de Esteva Gustavo, “Desafíos de la Interculturalidad”. Mimeo.

DISCRIMINACIÓN EN LA SALUD

En nuestra sociedad, estas percepciones coexisten de manera desigual e inequitativa, y se ha impuesto la perspectiva y visión de sólo una parte de la sociedad, imponiendo esta visión hegemónica y dominante, en la mayor parte de las actividades humanas, dañando y descalificando los aspectos positivos de la convivencia entre poblaciones diferentes, impregnado diferentes áreas de las actividades humanas como la religión, la educación, la política, la producción en general y por supuesto, *la medicina y la salud*.

La relación desigual en las sociedades, produce una sobrevaloración de las ideas de los grupos humanos mejor posicionados, que se imponen por encima de otras formas de pensar, avasallando las percepciones de grupos con menores oportunidades de desarrollo.

A estos grupos humanos se les hace sentir devaluados, no ejerciendo éstas de manera digna sus derechos sociales. Están en estos casos las mujeres, los ancianos y los niños entre otros grupos denominados "grupos vulnerables".

"ya sea por marginación, ignorancia, enfermedad o incapacidad para acceder a los servicios públicos, un gran número de personas se encuentran en situación de desventaja para ejercer plenamente sus derechos y libertades. Esta vulnerabilidad les hace blanco fácil de abusos de todo tipo. En México, el género, la edad, la orientación sexual, la pertenencia a un grupo étnico o ser portador de virus de inmunodeficiencia humana son condiciones que según el lugar o las instituciones conllevan a la discriminación y consecuente violación de sus derechos humanos, e incluso la muerte"⁴

En el campo de la salud, esto ha sido denunciado en múltiples ocasiones por organizaciones civiles, reflejándose en los tratos, discriminación y violación de los derechos sexuales y reproductivos que la mujer, en especial la indígena, enfrenta continuamente en los servicios de salud. Esto propició incluso, que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, emitiera una recomendación respecto a malas prácticas en la prestación de los servicios de salud. (Recomendación No 4 de diciembre de 2002).

En concordancia a la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural implementó una serie de Talleres sobre "El enfoque Intercultural en salud" que incidían directamente en un elemento central de la Cruzada: "el Trato digno", potenciando la intención de sensibilizar al personal de salud sobre el respeto a los pacientes y sus formas de pensar, su cultural y sus creencias. De esta manera, se generó una propuesta innovadora al proponer el consenso con

⁴ Contreras, Antonio, Reyes Mario y Sánchez Rocío. "Dónde es más peligroso ser..." Grupos vulnerables, Suplemento Letra S, periódico la Jornada No. 89 página 6, Diciembre de 2003, México.

INTERCULTURALIDAD

la sociedad que utiliza los servicios mediante procesos participativos. Esta iniciativa se inscribe en la posibilidad de articular una propuesta que se fortalezca con el trabajo realizado por diversos actores de la sociedad. En este sentido, la sensibilización del que otorga el servicio no es suficiente, se requiere que la población obtenga la mayor información posible para el ejercicio de sus derechos, que por desconocimiento, les hace vulnerables a los abusos y malos tratos.

“la vulnerabilidad fracciona y, por lo tanto, anula en conjunto de garantías y libertades fundamentales, de tal forma que las personas, grupos y comunidades en esta situación tienen derecho únicamente a nivel formal, ya que en los hechos no se dan las condiciones necesarias para su ejercicio. Estas circunstancias viola los derechos de los miembros más débiles de la sociedad y los margina, razón por la cual el Estado tiene la responsabilidad de proteger a estas personas, quienes frecuentemente desconocen sus derechos, ignoran los medios para hacerlos valer y carecen de los recursos para acudir ante los sistemas de justicia”⁵.

La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad, cambia de una cultura a otra. En esta cosmovisión, para poder entendernos con personas de otra cultura, es necesario establecer puentes de comprensión y comunicación.

Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que comparten el mismo entorno, que se realiza con *respeto y horizontalidad*. Es decir, que ninguna se pone arriba o por debajo de la otra. En esta relación intercultural, se pretende que personas de culturas diferentes, puedan entenderse mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otras u otros. De esta manera se facilita la apertura para ser escuchado y enriquecerse con las ideas de los demás.

Relación Intercultural en salud significa, la apertura por parte del prestador de los servicios de salud, - formado en una cultura tradicionalmente “hegemónica”- a conocer y comprender la cultura y cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos, para actuar con absoluto respeto a las personas.

Este enfoque se refiere a:

- Reconocimiento y aceptación de las diferencias y diversidad.
- Trato con dignidad, como sujetos y personas.
- Respeto a las creencias y percepciones del usuario(a).
- Dialogo horizontal.
- Comprensión mutua y empatía
- Sinergia. Que uno más uno es mayor que dos, y que la diversidad es un valor que puede potenciar soluciones enriquecedoras.

⁵ Contreras, Antonio, Reyes Mario y Sánchez Rocío. “Dónde es más peligroso ser...” Grupos vulnerables, Suplemento Letra S, periódico la Jornada No. 89 página 7, Diciembre de 2003, México.

LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

“...En nuestro país no existía un ordenamiento legal que compilara los derechos de los usuarios de los servicios médicos en sentido estricto, no obstante, algunos de éstos estaban enunciados en la legislación sanitaria, en congruencia con las disposiciones que regulan el derecho a la protección de la salud consagrado en nuestra Carta Magna.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, establece el derecho a la protección de la salud como un derecho social de todos los mexicanos, el cual entraña una serie de privilegios inalterables por la autoridad pública.

Es muy importante comprender lo que el citado párrafo determina: «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...» Se advierte fácilmente que la ley fundamental no estipula un «derecho a la salud», contra lo que se suele decir, sino sólo un derecho a disponer de medios para la protección de la salud mediante el acceso y la disponibilidad de los servicios correspondientes.

El ordenamiento a que alude dicho precepto constitucional es la Ley General de Salud, promulgada el 30 de diciembre de 1983 y publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de noviembre de 1984, la que establece en su artículo 2º como finalidades del derecho a la protección de la salud: el bienestar del hombre; mejoramiento de la calidad de vida, generación de una cultura para la salud, disfrute de servicios de calidad y la enseñanza e investigación.

Así mismo, en el artículo 51 de dicha Ley se establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Igualmente señala el derecho de los usuarios a presentar quejas respecto de la prestación de los servicios.”

Tomado de: Manuell Lee, Gabriel Ricardo, Subcomisión Nacional A. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Los derechos de los usuarios de los servicios médicos, tienen uno de sus fundamentos más importantes en las declaraciones internacionales, pactos y convenciones que reconocen que la salud es un derecho humano.

Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vida, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Derivado de lo anterior, la propuesta de derechos Humanos en salud, pretende promover y facilitar a que la población cuente con los apoyos necesarios para conocer y demandar mejores servicios, es decir “empoderar” a la población sobre sus derechos respecto a la salud.

Entendemos por *empoderamiento* o *poderío*, la capacidad de una persona o grupo para relacionarse y enfrentar dentro de un marco de igualdad y horizontalidad a otros actores sociales, estableciendo diálogos y negociaciones con igualdad de oportunidades.

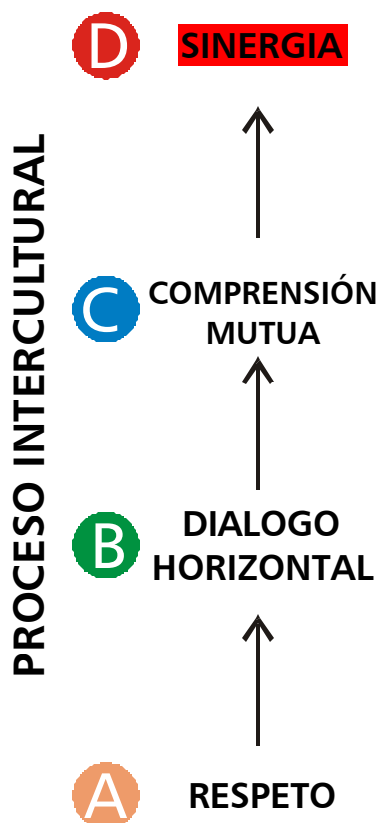
Es un proceso individual y colectivo de autoafirmación, en el que las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones sobre eventos importantes en sus vidas, y para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, usando los recursos de su entorno a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es la capacidad de decidir sobre su propia vida.

Nuestra propuesta de relación intercultural equitativa, pretende, empoderar a la población especialmente la indígena, respecto a sus derechos humanos en Salud, al reconocer su cultura en este marco de respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios, de la misma manera y respetando el principio de horizontalidad del enfoque intercultural, proponemos dotar al personal de salud las herramientas, que les permitan establecer una relación complementaria y participativa con un usuario empoderado.

PROPUESTA METODOLÓGICA

Hemos formulado una propuesta que incorpora los Derechos Humanos en Salud, en el modelo de sensibilización intercultural para el personal de salud, con el fin de responder a las expectativas de un usuario informado, responsable y respetando y aprovechando el esquema y procesos que contempla.

INTERCULTURALIDAD



- $1 + 1 = > 2$
- Obtención de resultados que son difíciles de conseguir de manera independiente.
- Valor de la Diversidad.

- Entendimiento del otro(a).
- Enriquecimiento mutuo.
- Sintonía y Resonancia (Capacidad y disposición para comprender e incorporar lo planteado por el otro(a).
- Empatía. (El ponerse en los zapatos del otro(a).

- Interacción con igualdad de oportunidades.
 - Reconocimiento de que no hay una verdad única.
 - Empoderamiento.
 - Relación ganar – ganar.
-

- Trato con Dignidad. Trato como sujetos.
- Escucha Respetuosa. Libre expresión de percepciones y creencias.
- Reconocimiento de la otredad (existencia de otros modelos de percepción de la realidad).

Proceso Intercultural:- El esquema superior muestra cómo la Interculturalidad como proceso se realiza a partir y desde diferentes niveles. Aun cuando, como en el primer nivel, solo se traten relaciones de: (A) respeto, el reconocimiento del "otro" es un primer nivel de comunicación intercultural. Se pretende que poco a poco las relaciones interculturales se enriquezcan hacia el (B) diálogo horizontal, que fomente la confianza, el empoderamiento, donde el que ha creído que está ubicado en un "nivel inferior" logre una relación de igualdad con el que se cree de "un nivel superior" para interactuar con igualdad de oportunidades; (relación donde los dos ganan); llegar a (C) la Comprensión mutua, con capacidad de "ponerse en los zapatos del otro". Finalmente lograr la "Sinergia" la suma donde uno más uno es mayor o más que dos y donde se logran resultados que difícilmente se lograrían de manera independiente. Es donde más se valora la diversidad y se respeta el derecho de las personas.

La propuesta es la siguiente:



Esta propuesta está inscrita en un modelo de sensibilización, en la cual no se pretende capacitar en elementos teórico-técnicos de difícil comprensión y aceptación, sino presentar elementos de manera motivacional que permita al "alumno"(a) comprender lo esencial del elemento y relacionarlo con su vida.

En ciencias de investigación, existe el concepto de "ignorancia óptima" con relación al saber que estorba, distrae y que nos puede dificultar que se comprenda y asimile la información sustancial. Esto puede ser debido a demasiada información o información irrelevante, compleja y en términos técnicos de diferentes lenguajes, que pueden ocasionar mayores confusiones e inclusive una "vacunación" hacia los temas que estamos intentando promover.

Por esta razón, hemos abordado “los derechos Humanos en Salud”, desde los mismos elementos prácticos que han dado resultados en el enfoque intercultural, es decir, mediante el diálogo y la reflexión sobre las experiencias de cada uno de los actores del proceso.

Las estrategias pedagógicas, son dinámicas de reflexión y participación que pretenden que los y las asistentes, obtengan sus conclusiones desde sus propias experiencias.

Los contenidos que se proponen son los siguientes:

ELEMENTOS METODOLÓGICOS	
TEMÁTICA	DOCUMENTOS Y SOPORTE
CULTURA	Definiciones
México Cosmovisión	“Cuerpo Humano en Ideología” A.López Austin. F.C.E.
Modelos de Atención a la Salud	Menéndez, Eduardo., Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (Gestión) En salud., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, 1984
RELACIÓN PERSONAL DE SALUD PACIENTE	- Presentaciones PPT. - Guión de presentación
Derechos Humanos y Decálogo de los Derechos de los pacientes	Convenio 169 de la OIT, Constitución Política Mexicana, Art. 2 y 4º. Carta de los derechos generales de los pacientes: http://www.conamed.gob.mx/derpacientes.htm
Los Derechos de los Médicos	Carta general de los derechos de los Médicos. CONAMED http://www.conamed.gob.mx/cartamedicos.html
La ética y los Derechos Humanos	Código de ética para las enfermeras y los enfermeros de México. México 2001.
¿Qué puedo hacer con lo que tengo?	Acuerdos y compromisos
Indicadores de calidad desde la perspectiva poblacional indígena	Dirección de Medicina Tradicional, documento de trabajo. México, 2003

CONCLUSIONES

Esta propuesta metodológica desde la perspectiva intercultural es muy importante integrarla en los planes y programas de formación del personal de salud. Su carencia produce errores y problemas muy graves en la relación del personal de salud, sobre todo con grupos vulnerables.

Creemos que abordarla desde la interculturalidad en salud facilita su comprensión y sensibilización, además que la enmarca en un contexto integral más amplio.

En el caso de que requiera información adicional, le sugerimos se comunique a la **Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural**.

Dr. José Alejandro Almaguer González, Director.

A los teléfonos: (01 55) 52 11 77 47 y (01 55) 52 56 01 13 al 16 en la extensión 201 y 202. Correo electrónico: medicinatradicional@salud.gob.mx

Vicente Vargas Vite, Subdirector de Interculturalidad en los Servicios de Salud, a los mismos teléfonos y/o correo electrónico y marakame@correo.unam.mx y marakame@salud.gob.mx

Dr. Hernán José García Ramírez, Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención a la Salud, a los mismos teléfonos y/o correo electrónico: educeverhg@hotmail.com, hernanjgr@salud.gob.mx

Agradecemos al Dr. Enrique Ríos Espinosa, Titular de la Coordinación de Salud Para Pueblos Indígenas, el apoyo brindado durante el tiempo que la Dirección de Medicina Tradicional Mexicana formó parte de dicha Coordinación. (Agosto del 2001 a diciembre de 2002)

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Calos Santos-Burgoa Z.
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dr. Juan Manuel Castro Albarrán
Director General Adjunto de Implantación de Sistemas de Salud

Dr. José Alejandro Almaguer González
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

México, D. F. Revisado: Noviembre de 2003