

REFLEXIÓN



FOTO SUMINISTRADA POR EL AUTOR

INTERCULTURAL COMPETENCE IN HEALTH: KEY TOOL FOR FACING CHALLENGES IN HEALTH ATTENTION MODELS

1

La inclusión de la competencia intercultural para el talento humano en salud, normada por el Ministerio de Salud y Protección Social exige que instituciones responsables, como el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA y sus instructores, comprendan el significado de interculturalidad en salud y su aplicación en el contexto formativo de los aprendices de diferentes programas, fortaleciendo competencias de intervención en comunidades con este tipo de características. Éste artículo tiene como objetivo reconocer los principales conceptos en el tema, contextualizar sobre la normatividad vigente e identificar los puntos principales sobre los cuales se debe construir el proceso de formación de la competencia. A través de la revisión de fuentes primarias, referentes teóricos y técnicos se hace una descripción de los aspectos más relevantes que se deben conocer para su aplicabilidad en procesos formativos. Este artículo de reflexión invita a conocer y profundizar sobre el tema, hacer uso del curso de formación complementaria diseñado y poder distinguir los puntos clave que se proponen desde los referentes técnicos que han profundizado en el tema.

Palabras Clave: Competencia Intercultural; Atención en Salud con Competencia Cultural; Centros de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos (DeCS)

The inclusion of the intercultural competence for the human talent in health, ruled by the Health and Social Protection Ministry demands that the responsible institutions, like the National Learning Service – SENA and its instructors, understand the meaning of interculturalism in health and its application in the formative context of apprentices from different programs, strengthening competences of intervention in communities with this kind of characteristics. The objective of this article is to recognize the main concepts on the topic, to contextualize about the current regulation and to identify the main points to be used to build the competence formation process. Through the revision of primary sources, theoretical and technical models a description of the most relevant aspects to be known for its application on formative processes. This reflective article invites to know and deepen in to the topic, to make use of the designed complementary formation course and to be able to differentiate the key points that are proposed from the technical models that have deepened in to the topic.

Keywords: Intercultural competence; Health attention with cultural competence; Human Resources development and training centers (DeCS).

El tema de salud intercultural ha tomado auge en la última década en diferentes regiones del continente y Colombia no ha sido ajeno a este proceso, evidencia de lo anterior es la inmersión del término dentro de la construcción teórico-conceptual de la reforma de salud y la consecuente conformación del Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS del sistema de salud nacional. Nuestro país, al igual que los demás países latinoamericanos, se ha caracterizado por tener una composición poblacional con una gran diversidad étnica y multicultural. Por tal motivo la aplicación de la interculturalidad en salud ha cobrado suma importancia y sus conceptos se abordan dentro de los enfoques del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021(Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) , donde la política pública direcciona las acciones de intervención en salud hacia lo diferencial, lo étnico y el reconocimiento de la equidad; también la Ley Estatutaria en Salud 1751/15 (Congreso de Colombia, 2015, p.4) en su artículo 6° toma la interculturalidad² como elemento interrelacionado que fundamenta el derecho a la salud, el reconocimiento de las diversas culturas que tienen una concepción y un sistema propio de salud, diferente al manejado por la población no étnica de nuestra sociedad.



Esta configuración social en salud nos vuelca a la reflexión acerca de la importancia sobre comprender el significado de la interculturalidad en nuestro rol como actores del sistema y así garantizar el derecho fundamental a la salud. En los siguientes apartes se expondrán los conceptos que se manejan sobre la materia y cómo podemos incluir el desarrollo de la competencia intercultural dentro de la ejecución de la formación para que egresados, profesionales y demás actores de la atención cumplan con lo definido en el MIAS y el sistema de salud del país.

METODOLOGÍA

El presente artículo de reflexión de tipo descriptivo toma la revisión de literatura de fuente primaria, utilizando las bases de datos LILACS, Google Scholar, Scielo, Dialnet y Redalyc para ubicar artículos publicados en revistas indexadas. Se utilizaron las palabras claves en la búsqueda: Interculturalidad, Interculturalidad en salud, y Formación intercultural. Se identificaron 44 publicaciones, de las cuales se tomaron 21 que son mencionados como referentes teóricos en el continente americano y publicaciones normativas para Colombia en referentes normativos vigentes. A partir de ésta búsqueda se hace una lectura interpretativa para descripción de la temática a abordar.

RESULTADOS

Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad e Interculturalidad en salud, Conceptos.

Antes de abordar el tema de Formación Intercultural en Salud, es necesario aclarar conceptos relacionados con dicha temática. Iniciaremos con la definición del concepto moderno de **Cultura** abordado de manera profunda en la investigación de Hidalgo (2005), quien ubica la aparición del término en la Alemania de finales del siglo XVIII durante el Ilustracionismo con el vocablo **kultur**³: "cultivar" en el sentido agrícola. Se usó el vocablo para referirse a la capacidad de las sociedades para "cultivarse" en favor de su desarrollo. Con la consolidación de la antropología a finales del siglo XIX, Edward Taylor define cultura como un complejo de construcciones sociales (basadas en la moral, valores, creencias, conocimientos, entre muchas otras), que parte de lo individual y se hace universal a través de la interacción social entre individuos, ésta definición se constituye en la primera aproximación de un concepto teórico.

Entre la década de 1886 y 1896, Franz Boas transforma el concepto evolucionista de Taylor y lo enmarca en la perspectiva histórica dada por interacciones sociales del individuo y sus productos intelectuales y materiales (lo individual), que al ser compartido en relaciones con los demás (lo colectivo), y a su vez con la relación otros grupos y el entorno (lo particular), permite que cada sociedad construya su cultura y por tal motivo ésta puede ser similar o

no a las demás, éstas son las bases del concepto sobre relativismo cultural.

Antropólogos como Malinowski (1975) conceptualizaron cultura, definiéndola como una estructura compleja que busca la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo logrando su adaptación al medio, y las relaciones sociales entre miembros conforma una organización, los ordenamientos simbólicos representados por el lenguaje permiten la transmisión de experiencias y conocimiento. Para el autor, la magia y la religión permiten reforzar positivamente los satisfactores de necesidad psicológicas.

El filósofo Levi-Strauss une los postulados de Boas y Malinowski y propone en su teoría que mas allá de que cada cultura posea normas u organizaciones sociales propias, existen estructuras idénticas entre grupos debido a condiciones propias del ser humano, pero que de cualquier modo el conjunto de reglas que conforma un sistema cultural se compone de símbolos transmitidos por la comunicación.

Como se ha revisado hasta ahora, el concepto de cultura implica una cimentación de tipo social que tiene su génesis en la satisfacción de necesidades individuales, y que al contacto entre miembros de grupos sociales adquiere una connotación colectiva; dicha interacción puede variar entre grupos sociales o también puede tener características similares entre grupos, pero sea cual fuere el nivel de concordancia, otorga una particularidad a un grupo social determinado y fortalece la identidad cultural.

Con esta concepción, pasamos a definir los términos **multiculturalidad e interculturalidad**, conceptos que a la luz de muchas personas son sinónimos pero que teóricamente distan de esto. El **multiculturalismo** ha sido trabajado desde Estados Unidos en los años 70 con Charles Taylor a través de la política del reconocimiento y el multiculturalismo (Taylor, 2009, p. 53-116), en donde la lucha y la tensión social de grupos minoritarios para lograr el reconocimiento político y la conquista de derechos sociales, ha llevado a los Estados a incluir en su jurisprudencia la garantía de protección social y bienestar de acuerdo a las necesidades específicas de dichas poblaciones. Si bien es cierto que el multiculturalismo ha permitido la inclusión de las minorías en las agendas gubernamentales, países basados en gobiernos liberales democráticos generan políticas universales que no utilizan enfoques diferenciales (Espinosa, 2010), caso como nuestro país que tiene un sistema de salud universal hegemónico e igualitario donde es difícil insertar cosmovisiones basadas en sistemas de salud indígenas ancestrales y que difieren de las concepciones de la salud occidental. Con lo anterior podemos inferir que la multiculturalidad es vista como una corriente política y filosófica que observa las diferencias como una variedad cultural que establece en la sociedad la idea basada en la tolerancia y del respeto por la diversidad sin necesariamente interactuar entre diferentes tipos de culturas (CENEP, 2008, p. 2)

Un análisis de Ramírez (2015, p. 56-61) permite establecer los aciertos y fallas del multiculturalismo propuesto por Taylor. Dentro de lo positivo esta la construcción filosófica y política que permite superar el individualismo social y se antepone el reconocimiento del otro como beneficio para el desarrollo social; como segunda medida su aplicación evita la desorganización social o el aislamiento individual por falta de normativas que apoyen las minorías; como tercera medida permite superar la homogenización y universalización de derechos, reconociendo que existen grupos e individuos que piensan, sienten y tienen identidades sociales diferentes permitiendo que no se vulneren sus derechos; y finalmente el aporte del multiculturalismo permite que se identifiquen las formas de discriminación y marginación de grupos minoritarios. Dentro de lo negativo el multiculturalismo, en su afán de preservar culturas y mantener lo específico de ellas, valores humanos que son generales y universales; otro aspecto negativo es que desconoce que para la supervivencia de una cultura determinada se requiere que sus individuos estén convecidos de su identidad cultural, generando conflictos con otras culturas y por ende incitando a una posible segregación con los que no se comparten los mismos valores e identidad social e incitando a un aislamiento social para evitar que una minoría sufra procesos de aculturación; como última observación la multiculturalidad genera una exacerbación de la diversidad generando fallos a nivel jurídico sectorizados y promoviendo al final la desigualdad entre culturas.

En referencia a la **interculturalidad**, su inclusión surge en el esfuerzo de superar las barreras impuestas por el multiculturalismo, generando propuestas interventivas socioeducativas en poblaciones minoritarias que permitan evitar fenómenos de aculturación⁴. El concepto intercultural se relaciona con el acercamiento y relación entre culturas donde se acepta y reconoce la diversidad e identidad cultural, y se establece una comunicación comprensiva manteniendo su propia cultura, es decir sin procesos de aculturación (Vallespir Soler, 1999, p.49) . El auge mundial y latinoamericano en la implementación de políticas con enfoque intercultural surge por los trabajos de asistencia de la Organización de las Naciones Unidas-ONU y la Organización Internacional del Trabajo-OIT quienes, entre de 1950 y 1990, impulsaron en los Estados la necesidad de protección y garantía de derechos a pueblos étnicos especialmente población indígena. El Convenio 169 establecido en 1989 (Organización Internacional del Trabajo, 2014) , insta a los Estados a propender por el derecho de autodeterminación de las minorías indígenas para controlar su propio desarrollo económico, social y cultural, garantizando la posibilidad de autogobierno, la polietnicidad y su propia representación (Ramírez García, 2015, p.56) . Bajo esta perspectiva, la interculturalidad busca la interacción entre diferentes culturas, pero como requisito previo dichas culturas deberán fortalecer su identidad y ser identificadas por las demás como necesidad para que exista el reconocimiento⁵ (Salaverry, 2010) .

La interculturalidad ha sido estudiada desde diferentes ópticas disciplinarias como la antropología, la comunicación y fuertemente en

la educación, pero para fines de este artículo revisaremos la concepción de **interculturalidad en salud**. Las bases del concepto en el sector salud no son muy claras y se tienen indicios de su abordaje desde la antropología médica en el estudio de las aplicaciones de atención en salud utilizadas en los países y que son diferentes a la medicina occidental en culturas estudiadas, a pesar de esto, dichos estudios se caracterizaron por la observación no participante y el tema fue excluido por la medicina práctica. La inclusión del tema intercultural como lo menciona Salaverry (2010, p. 89) no ha sido promovido por la naciones mismas y obedece a causas externas como la Segunda Guerra Mundial que permitió la reivindicación de los Derechos Humanos y la reorganización de los Estados, y como producto trae el surgimiento de tensiones entre diferentes culturas posterior a la caída del sometimiento entre países y el empoderamiento de las diferentes minorías étnicas en pos de su autonomía y respeto a creencias, saberes y conductas sociales propias. Otra de las causas externas se deriva de los procesos emigratorios de personas de países con bajo desarrollo a países desarrollados como forma de superar las crisis económicas post guerra, con lo cual se enfrentan las diferentes culturas por marcadas diferencias de derechos en los países de acogida. Dicha presión obligó a los gobernantes incluir en sus agendas la interculturalidad, pero por ser un tema abordado desde la antropología y no propiamente por la salud ha sufrido ciertas dificultades en su aplicación, bien sea por problemas de etnocentrismo médico de las ciencias de la salud occidental, por conflictos en su aplicación en la práctica de la medicina asistencial o por confusiones de implementación de su concepto.

Entendiendo la interculturalidad en salud como la relación dinámica entre culturas, y en este caso los sistemas de salud occidental y tradicional, conlleva ejercicios de reciprocidad, voluntad y horizontalidad, necesita de espacios de encuentro mediado por el diálogo de saberes manteniendo las especificidades de cada sistema respetando las diferencias, en el que se propende por que los pueblos originarios ganen espacios de reconocimiento por parte de las instituciones oficiales con el objetivo de mejorar la salud de la población (Hasen, 2012, p. 19) . Uno de los múltiples retos que busca superar este enfoque se denomina el síndrome cultural⁶ (Salaverry, 2010, p. 91) que hace referencia a aquellas enfermedades y etiologías que no están clasificadas dentro de la atención de la medicina occidental. Ejemplo de esta barrera en intercambios culturales son las consabidas enfermedades como el susto, el mal de ojo, el descuaje, entre otras, causadas por entidades patológicas relacionadas con sustracciones del alma, acciones o intensiones nocivas deseadas por el hombre, el castigo de deidades, situaciones conflictivas sociales, por mencionar algunas; este panorama se evidencia en regiones con alta influencia étnica y son tajantemente rechazadas por los profesionales de la salud, desconociendo sus raíces culturales y agrediendo el respeto cultural, con lo que se causa un quebrantamiento en la atención intercultural en salud. Otra barrera intercultural que se pretende superar se refiere a la comunicación como lo menciona Saavedra (2015, p.

18-19) en su ponencia, vista más allá de las dificultades idiomáticas y de diferencias de lenguas y que incluye además la superación de diferencias comunicativas, actitudinales, ideológicas e institucionales, esto requiere que las partes fortalezcan competencias comunicativas interpersonales relacionadas con la empatía, el trato amable, la sensibilidad en el trato intercultural y la construcción de capacidades cognitivas en pro del entendimiento. El ejercicio comunicativo requiere que las partes sean facilitadores en el ejercicio de diálogo de saberes con competencias mediadoras, interpretativas y negociativas al enfrentar pensamientos, cosmovisiones y saberes distintos. Otro punto álgido en la que interculturalidad en salud busca intervenir es la organización de los sistemas de salud y sus modelos de atención, esto debido al carácter hegemónico de los grupos sociales no étnicos, y en este sentido poder establecer puntos de acuerdo respetando la diferencia es crucial para lograr una relación intercultural. El sentido de el enfoque busca reorganizar la atención y la prestación mediante la horizontalización del sistema, es decir, que las acciones en salud no deben ser impuestas sino concertadas promoviendo el respeto a la diferencia sin discriminar las culturas.

DISCUSIÓN

¿Por qué desarrollar competencias interculturales en los actores de salud?

Una vez contextualizados los conceptos, es necesario iniciar este aparte con la reflexión sobre la conformación de Políticas Interculturales en Salud de Ana María Oyarce (División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 1998, p. 54-56) , quien resalta el carácter pluricultural de las naciones americanas y que por motivos históricos y políticos, la coexistencia de culturas no es equilibrada ni horizontal y las minorías étnicas con raíces ancestrales se encuentra en estado de subordinación por la ideología occidentalizada de la mayoría de la población. Las sociedades de nuestro continente tienen, como orden social, validado un sistema de salud basado en la medicina occidental como el único oficialmente reconocido y las medicinas ancestrales o tradicionales no son valoradas dentro de su organización en salud. Dado que la función principal de los sistemas de salud es la de responder a las necesidades de la población a la cual brinda cobertura, es necesario que éstas se alíen hacia la protección de los derechos, el respeto a la diversidad y entrar en un diálogo que permita la satisfacción de poblaciones que no comparten la misma cosmovisión en salud. Por tal motivo una política intercultural en salud se basa en una transformación propositiva participativa que transforme los modelos atención en los cuales coexistan culturas diferentes que a su vez comparten el mismo espacio territorial y usan los mismos servicios de atención sin que necesariamente sean excluyentes con respecto a las diferentes percepciones sanitarias.

Tal sentido de transformación se ha dado en Colombia, aunque lentamente, constituyéndose este esfuerzo a través de diferentes

normativas y avances en el tema. Desde la promulgación de la Constitución Política de 1991⁷, la formulación del Decreto 1397 de 1996 donde se conforma la Mesa Permanente de Concertación con Pueblos y Organizaciones Indígenas permitiendo su participación en las decisiones que les competen para intervenir sus problemáticas, hasta el Decreto 1773 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) que crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente con el objeto de respaldar la construcción colectiva de la Políticas Públicas en Salud de pueblos indígenas de manera participativa para el diseño del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI, se han abierto brechas y se crea la necesidad de entender y aplicar en todos los actores relacionados la interculturalidad en salud.

La formación en el enfoque intercultural para los profesionales de salud en Colombia

Con el preámbulo anterior, en este aparte se revisará la necesidad del fortalecimiento de la competencia intercultural para los actores sociales en salud desde los planteamientos políticos del país. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021(Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 48-52) como compromiso de Estado y expresión su política pública promueve la equidad en salud desde el reconocimiento de ésta como derecho independiente de las condiciones sociales, culturales y económicas de los colombianos, y dentro de su marco conceptual distingue la necesidad de intervenir la salud de la población bajo el enfoque diferencial como sujetos de derechos inmersos en particularidades culturales, de género, étnicas y económicas, y del enfoque étnico distinguiendo la pluriculturalidad del país y su multiculturalidad representado por la población indígena, afrocolombiana, negra, palenquera, raizal y Rrom o gitana; la Ley Estatutaria en Salud 1751(Congreso de Colombia, 2015, p. 4) que bajo sus principios determina que la Interculturalidad, vista como el respeto por las diferencias culturales existentes en el país, requiere de la construcción de mecanismos para la atención en salud sin desconocer los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios que las étnias poseen; y la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y su Modelo de Atención Integral en Salud-MIAS que deben recoger el enfoque diferencial planteado dentro de la Ley Estatutaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) ; se constituyen en referentes para la promulgación de " **Lineamientos de incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de los pueblos indígenas en Colombia**" (Ministerio de Salud y Protección social, 2017) y objeto de este artículo.

Estos lineamientos son la base que orientan la formación del talento humano del país en referencia al enfoque intercultural en salud, fortaleciendo competencias que permitan armonizar la atención en salud de cultural diferentes y existentes en nuestro país. Para tal fin se designa responsables que deberán participar en la construcción de las estrategias apropiadas para este proceso entre los

cuales se encuentran las Autoridades, Organizaciones y sabedores tradicionales indígenas, las Instituciones de Educación Superior-IES, Instituciones para el Trabajo y el Desarrollo Humano, el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, las autoridades locales, las Empresas Promotoras de Salud-EPS y Empresas Promotoras de Salud Indígena-EPSI, las Empresas Sociales del Estado-E.S.E., las Instituciones Prestadoras de Servicios-IPS e Instituciones Prestadoras de Servicios Indígenas-IPSI a nivel nacional.

En el cumplimiento de estas directrices formativas se planean una serie de estrategias con unos objetivos específicos y metas a alcanzar, entre ellas se presentan:

- **Gestión para la formación del Talento Humano en Salud con enfoque intercultural.** Los actores mencionados en cinco años tienen como meta implementar acciones para el desarrollo de programas de formación preparatoria dirigidas a personas de los pueblos indígenas; la promoción de estrategias para que las instituciones formativas desarrollen procesos de formación continua en el enfoque intercultural dirigida a la comunidad educativa, formadores y facilitadores de los procesos de aprendizaje.
- **Armonización de los procesos de formación del Talento Humano en salud con los desarrollos de los modelos de salud de los Pueblos Indígenas.** Para este caso se debe gestionar en cinco años la definición, implementación y seguimiento de los planes de formación con enfoque intercultural, de acuerdo con las necesidades y avances en la construcción de los modelos de salud de los pueblos indígenas, donde el SENA es uno de los actores responsables, de acuerdo a los requerimientos de formación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Revisados estos lineamientos de formación, es necesario evaluar el avance que nuestra institución ha tenido en la materia para permitir la inclusión de esta competencia para fortalecer en nuestros aprendices vinculados a procesos de enseñanza y poder ofertar programas de Formación Complementaria a las instituciones vinculadas a la atención de población étnica y cultural. Actualmente se registra el curso virtual: **Atención en Salud con Pertinencia Étnica**⁸ que tiene una duración de 40 horas y cuyo objetivo es el de generar herramientas comunicativas en el talento humano en salud que permita establecer diálogos interculturales garantizando el derecho a la salud en la prestación de los servicios. Dentro de su estructura curricular se exponen conceptos básicos de interculturalidad y reconocimiento étnico, normatividad nacional e internacional sobre interculturalidad, técnicas de comunicación y etnoepidemiología⁹. Con estos conocimientos adquiridos el aprendiz estará en la capacidad de articular acciones interculturales en salud de acuerdo a los lineamientos normativos del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 48), entender la constitución de los sistemas médico tradicional y occidental para poder entender posibles barreras de atención e intervenirla a través de la propuesta de estrategias de eliminación, caracterizar organizaciones y grupos poblacionales étnicos de acuerdo a las necesidades en salud existentes, reco-

nocer las prácticas culturales en salud y proteger su derecho a la salud étnica y poder articular los saberes y conocimientos ancestrales en salud para lograr la armonización con el sistema de salud occidental.

CONCLUSIONES

Hacia una propuesta en el fortalecimiento de la competencia intercultural para los instructores, aprendices, y demás profesionales en el SENA-CFTHS

Nuestro papel fundamental en la formación del talento humano, el contacto continuo con la población en el contexto de prácticas, formativo y laboral debe direccionarnos al fortalecimiento del conocimiento y la atención enmarcado en el enfoque intercultural.

La Ley 1164, en Capítulo II, Artículo 12 define **competencia** como:

...“una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber hacer.” (República de Colombia, 2007, p. 10)

Con este referente normativo, la base del curso ya diseñado y los aportes en las orientaciones del Ministerio de Salud para incluir un enfoque étnico y cultural en su anexo técnico (2015, p. 22-23) debemos orientar en el desarrollo de la competencia en cuatro dimensiones:

- **Competencia cognitiva.** Adquirir la capacidad en el conocimiento y análisis del contexto de Determinantes Sociales en Salud que afectan la salud de las comunidades étnicas, entendimiento de las dinámicas técnicas, metodológicas y éticas con el trabajo con estas poblaciones, conocimiento de la normatividad vigente, conocimiento de los sistemas propios interculturales de los pueblos y experiencias de articulación con el sistema de salud occidentalizado, conocimiento de la organización y gobierno de las comunidades, y finalmente apropiación de técnicas y herramientas para la investigación intercultural.
- **Competencia valorativa.** Capacidad de construir relaciones asertivas y generar espacios para el diálogo intercultural, con respeto al contexto propio cultural.
- **Competencia comunicativa.** Capacidad de interacción y comunicación en diferentes contextos, mediante el uso del lenguaje pertinente y el desarrollo de estrategias comunicativas en material intercultural.
- **Competencia para aportar la autonomía de los pueblos y la toma de decisiones.** Capacidad para el trabajo articulado en planeación participativa y articulada con la población y el territorio, y fortaleciendo acciones que evidencien el ejercicio de la autonomía de los grupos étnicos.



El direccionamiento en la formación de estas dimensiones de la competencia intercultural, es una aproximación a la **Interculturalidad como reciprocidad**, donde la comunidad y el talento humano en salud se unen en la búsqueda de una respuesta común y tiene como centro la participación comunitaria activa y articulada en todo proceso (Lerín, 2004, p. 117).

Este es el reto al que nos enfrentamos como actores formadores en un sistema y modelo de atención en salud cambiante, enmarcado en un contexto social colombiano en el cual de los 7,7 millones de personas han sido reportadas como víctimas de desplazamiento forzado en Colombia, el 21,2% de reportados pertenecen a etnias Afrodescendientes, el 6,2% pertenecen a etnias Indígenas y han migrado 935.593 venezolanos al país (Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados - ACNUR, 2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados - ACNUR. (2018). Colombia. Fact sheet - Septiembre 2018, 1-3. Recuperado de <http://data2.unhcr.org/en/situations/venstif>

CENEP. (2008). Bibliografía comentada sobre interculturalidad y políticas públicas. Buenos Aires, Argentina.

Congreso de Colombia. LEY ESTATUTARIA No. 1751 (2015). Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf

División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. (1998). Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. Washington, D.C. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/14-Esp_IND7.pdf

Espinosa, V. E. (2010). Análisis y discusión sobre multiculturalismo, reconocimiento, ciudadanía e identidad del sujeto latinoamericano. Nodos y Nudos, 3(No. 29), 52-66. Recuperado de <http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/NYN/article/view/907/936>

Hasen, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. Ciencia y Enfermería, XVIII(3), 17-24. <https://doi.org/10.4067/S0717-955320120003000003>

Hidalgo, V. (2005). Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término. Revista de Ciències de l'Educació, 73-84. Recuperado de <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny05/article04.pdf>

Lerín, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. Desacatos, 15(16), 111-125.

Malinowski, B. (1975). La Cultura. En Encyclopedia of Social Sciences. Editorial Anagrama. Recuperado de <http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/Clasicos/Index.html%5Cnhttp://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/Clasicos/Index.html>

Ministerio de Salud y Protección social. (2017). Lineamientos de incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de los pueblos indígenas en Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-indigenas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <http://www.osancolombia.gov.co/Portals/0/BoletinesPublicaciones/PlanDecenalDeSaludPublica.pdf> Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Decreto 1973 de 2013. Bogotá, Colombia. Recuperado de http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2014/Decretos2014/DECRETO_1953_DEL_07_DE_OCTUBRE_DE_2014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Anexo Técnico: Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del Enfoque Diferencial Étnico en la Atención Integral en Salud, con pertinencia cultural. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Anexo-tecnico-pertinencia-cultural.pdf>



Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) . Política de Atención Integral en Salud." Un sistema de salud al servicio de la gente". Minsalud. Bogotá D.C., Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/mode-lo-pais-2016.pdf>

Organización Internacional del Trabajo. (2014) . Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Oficina Internacional del Trabajo (Vol. 53) . <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ramírez García, H. S. (2015) . Intercultural Praxis: Multiculturalism Challenges and the Ethics of Miscegenation. *Persona y Derecho*, 70(70) , 47-75. <https://doi.org/10.15581/011.70.47-75>

República de Colombia. Ley 1164 . Disposiciones en materia de Talento Humano en Salud, 2007 § (2007) . Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1164_DE_2007.pdf

Saavedra, M. F. (2015) . Perspectiva intercultural en salud Seminario " Redimensionando la Salud Pública: enfoques, debates y desafíos". Universidad Veracruzana. Recuperado de <https://www.uv.mx/msp/files/2015/10/Figueroa-UV-Perspectiva-intercultural-en-salud.pdf>

Salaverry, O. (2010) . INTERCULTURALIDAD EN SALUD Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 27(1) , 80-93. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342010000100013>

Taylor, C. (2009) . MULTICULTURALISMO Y LA POLITICA DEL RECONOCIMIENTO. (M. Utrilla, L. Andrade, & G. Vilar, Eds.) (Segunda Ed) . México: Fondo de Cultura Económica.

Vallespir Soler, J. (1999) . Interculturalismo e identidad cultural. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (36) , 45-56. [https://doi.org/Revista Interuniversitaria de Formacion del Profesorado](https://doi.org/Revista%20Interuniversitaria%20de%20Formacion%20del%20Profesorado).

NOTAS

¹Instructor Coordinación de Salud Pública, Centro de Formación de Talento Humano en Salud, Servicio Nacional de Aprendizaje, Bogotá Colombia. Enfermero, Magister en Salud Pública(c), Universidad Nacional de Colombia. Coinvestigador Grupo de Investigación en Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Correo: leramirezv@sena.edu.co

²Los literales l), m) y n) establecen la protección del derecho fundamental a la salud, tomando como base el respeto por las diferencias culturales existentes, la construcción de medidas de intervención que integran las posibles diferencias culturales en salud, basados en el reconocimiento de saberes y tradiciones ancestrales, y la protección de pueblos reconocidos constitucionalmente como étnicos en el país.

³El vocablo Alemán se deriva de la francesa *cultuur* y este a su vez proviene del latín *colere* cuyo significado hace referencia al cultivo agrario en sentido estricto, pero es utilizado por los alemanes en referencia a la capacidad de las sociedades en cultivar con sus interacciones su propio desarrollo.

⁴Proceso en el cual un grupo poblacional adopta una nueva cultura o parte de ella, generalmente de forma involuntaria, abandonando su identidad o parte de ella. Este proceso es evidente durante los períodos de colonización, por ejemplo, cuando los indígenas fueron adoctrinados en la religión católica perdiendo su dimensión espiritual ancestral.

⁵Este reconocimiento hace parte de la política del reconocimiento que planteaba Taylor dentro del multiculturalismo y que reivindica los derechos de las minorías. Cabe agregar que el interculturalismo pretende sobrepasar la barrera de la homogenización en las políticas sin pretender aislar a las culturas en la diferencia.

⁶Derivado del término inglés *Culture-bound syndrome*, y a su vez es un término tomado de la psiquiatría, definido como ciertos patrones de conducta que son específicos de territorio geográfico y que parecen estar fuera de las categorías convencionales de diagnóstico psiquiátrico occidental. Esta definición pertenece al DSM IV, publicado por la American Psychiatric Association, en su revisión del año 2000.

⁷Los artículos 6, 10 y 68 reconocen la diversidad étnica del país y se compromete a la protección de dichos grupos favoreciendo su desarrollo social integral y cultural.

⁸Información captada de la página de oferta educativa de Sofia-Plus del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Fecha de Consulta: septiembre 31 de 2019 en: https://sena.blackboard.com/webapps/cgn-file_community_manager-BBLEARN/folders_comunidades/pagina_catalogo/enlaces_catalogo/documentos/salud/atencion_salud_pertinencia_etnica.pdf

⁹Diseño curricular consultado en página de SofiaPlus, octubre de 2019 <http://www.senasofiaplus.edu.co/sofia/home/principal.faces>

