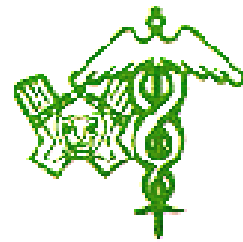
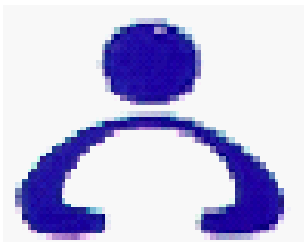


MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL



# *El Facilitador Intercultural*

Hugo E. Delgado Súmar

Lima, junio del 2002



# EL “FACILITADOR” INTERCULTURAL

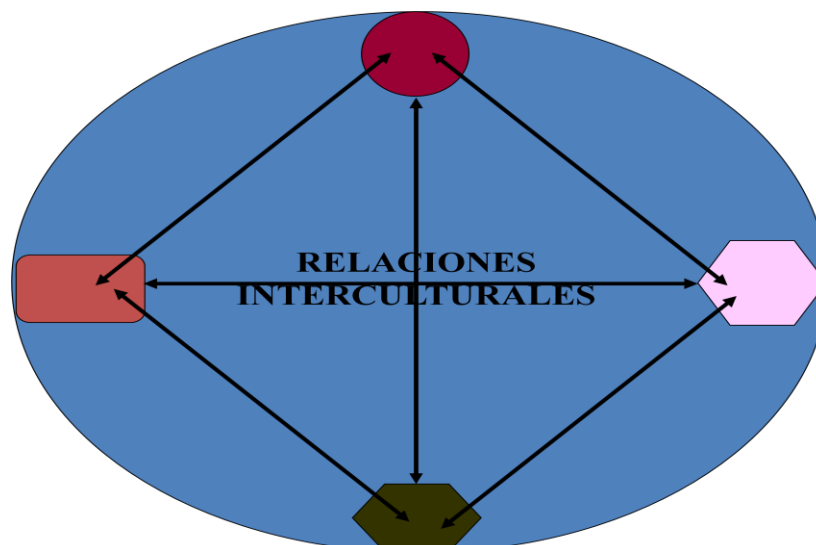
## 1. Multiculturalidad

La realidad de nuestro país, es pluricultural, pluriétnica y plurilingüe. En él coexisten una diversidad de culturas las que permanentemente interactúan entre sí.



## 2. Relaciones Interculturales

Al interactuar las distintas culturas de nuestro país, entran en “Relaciones Interculturales”; es decir, entran en una situación de interculturalidad de hecho



Se denominan “Relaciones Interculturales” al encuentro de grupos humanos con tradiciones culturales diversas, en una relación relativamente intensa en la vida cotidiana, en el que la influencia mutua se ejerce en ambos sentidos, independientemente de que se reconozca o no dicha influencia.

### 3. Los Sistemas Médicos

En esta realidad multicultural, coexisten dos sistemas médicos, uno oficial al que se denomina occidental y uno tradicional. El sistema médico oficial, lo es en razón de formar parte del paradigma uni o monocultural bajo el cual se ha estructurado y organizado el país, a espaldas de su realidad multicultural. En el sistema médico tradicional, por otro lado, existe no una, sino muchas “medicinas tradicionales” que corresponden a espacios diferentes y consecuentemente, a culturas también diferentes.

Al igual que en el aspecto cultural, existe como consecuencia de ello, un sistema de salud dominante y un sistema de salud subordinado que corresponde a las culturas Quechua-Aymara y Amazónica.

### 4. El fracaso del modelo “unicultural”



No obstante el rápido crecimiento y expansión de los servicios de atención sanitaria, en 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que de 65 a 80% de la población mundial utiliza productos de la medicina tradicional para cuidar su salud; y un estudio de la British Medical Association de 1993, indica que el uso de hierbas –muy difundido en países en vías de desarrollo- se está incrementando en los países desarrollados. Sin embargo, esto que pareciera novedoso sólo constituye la confirmación de una realidad que dio lugar a la Conferencia de Alma Ata, en el año de 1978 y a las sucesivas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, emitidas entre 1977 y 1991 con el propósito de instar a los gobiernos a otorgar “una importancia adecuada al empleo de sus sistemas tradicionales en conjunción con la medicina

moderna"; a la organización de actividades de investigación y de enseñanza y a la creación de centros regionales de investigación para el estudio de plantas medicinales y sistemas médicos tradicionales; a la incorporación de los Especialistas de la Medicina Tradicional en los programas de atención primaria de la salud, entre otros muchos aspectos.

Medidas éstas que se derivan de las propias limitaciones del modelo occidental: su incapacidad o sus limitadas posibilidades para tratar enfermedades como el VIH/SIDA y los problemas de salud mental asociados con el estrés de la vida moderna; los crecientes costos de la tecnología y los medicamentos que requieren los servicios médicos; su carácter individualista en oposición al "enfoque comunitario o colectivo de la curación y la vida"; su enfoque biomédico, en oposición al "carácter integral de la salud y la enfermedad que engloba lo corporal (material) y lo incorpóreo (no material)"; su permanente "separación del bienestar físico del bienestar espiritual, cultural, ambiental y económico". En esta línea de razonamiento, se inscribe el reciente reconocimiento del gobierno Indú de *"que el sistema alopático (aplicado por la medicina de estilo occidental) entrañaba ciertas desventajas obvias, a saber: el factor costo, la falta de cobertura de una inmensa mayoría de la población, las enfermedades generadas en los hospitales, el uso excesivo de productos químicos, el uso indiscriminado de antibióticos, el exceso de tecnología tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y la consiguiente despersonalización de la terapia"*<sup>1</sup>, entre otros muchos aspectos.

Todo ello, corrobora que frente a un explosivo crecimiento de la población, y consecuentemente, frente al crecimiento de las demandas de salud de una población cada vez más numerosa, las políticas de salud implementadas por los estados, en particular, y la Organización Mundial de la Salud, en general, han fracasado. A este respecto, el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), emitido al término de la Tercera Evaluación de la Estrategia SPT2000<sup>2</sup>, es muy elocuente.

Este panorama, al término de más de 20 años de iniciada la Estrategia "Salud para todos en el año 2000", ha motivado a la OPS a instar a los Gobiernos Miembros a "renovar sus compromisos y sus estrategias de salud en el contexto de las tendencias sociales, económicas, políticas, ambientales y tecnológicas que están afectando la salud de las poblaciones, al ambiente y a los servicios de salud, dándole prioridad a la adopción de políticas para resolver sus problemas de salud de manera sostenida, con miras a mejorar constantemente la calidad de vida de su población".

---

<sup>1</sup> Mencionado en Contact (Suiza), No. 136, Octubre-noviembre de 1996.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín Epidemiológico. 18(4):1-4. Diciembre 1977.

En nuestro país, que no es ni puede ser una isla en este proceso de globalización, se reproducen de manera fidedigna, los siguientes tres aspectos: Estamos enfrentando como todo país latinoamericano, una explosión demográfica que desborda nuestras capacidades de subsistencia y consecuentemente hace colapsar los servicios básicos indispensables para la reproducción social de nuestro pueblo. En nuestro país, como en todos los pueblos tercermundistas, la imposición de un modelo médico "moderno", monopólico, extraño -de alguna manera- a nuestra realidad, costoso en su implementación y su funcionamiento, de estructura eminentemente urbana, de carácter fundamentalmente reparativo, impersonal y despersonalizador, ha fracasado, en términos de cobertura y de accesibilidad, condenando a la marginalidad con respecto a los servicios oficiales a más del 50% de la población. En nuestro país, como en la casi totalidad de culturas del mundo, los sistemas tradicionales han resistido, terca y tenazmente, los procesos de dominación, "sin dejar de ser accesibles" para los sectores mayoritarios de la población; y sin por ello dejar de ser sensibles a la introducción de elementos de la medicina académica, por los procesos de mercantilización económica, movilidad social y "mestizaje" cultural. Finalmente, en nuestro país, como en cualquier otra realidad, la medicina tradicional constituye un sistema del que forman parte muchas y numerosas tradiciones, en permanente interacción e integración, provocando como resultado de ello, un permanente proceso de reelaboración de "medicinas alternativas" acordes con cada realidad local.

## **05. La necesidad de un modelo "multicultural"**

Derivado del problema y consciente de las necesidades de solución, el Estado peruano ha dispuesto la reorganización del Sector, y dentro de este marco, la transformación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional en Centro Nacional de Salud Intercultural. Es decir, el Estado ha decidido adoptar el enfoque intercultural en la organización y provisión de servicios de salud de carácter integral y culturalmente adecuados, dando cumplimiento a las recomendaciones contenidas en las Resoluciones V - CD37.R5 "Salud de los Pueblos Indígenas" (XXXVII Reunión. 1993) y VI - CD40.R6 "Salud de los Pueblos Indígenas" (XL Reunión. 1997) de la OPS y del 1 Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas (Winnipeg, Canadá, 1993).

Este hecho, convierte al CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL en el organismo facilitador de los procesos intersectoriales e interdisciplinarios de intercambio de experiencias y de generación de conocimiento y metodologías en el tema de la interculturalidad en salud. Es decir: Investigar con, capacitar a, y llevar a cabo acciones conjuntas entre "LOS INTERLOCUTORES VALIDOS" de ambos sistemas.

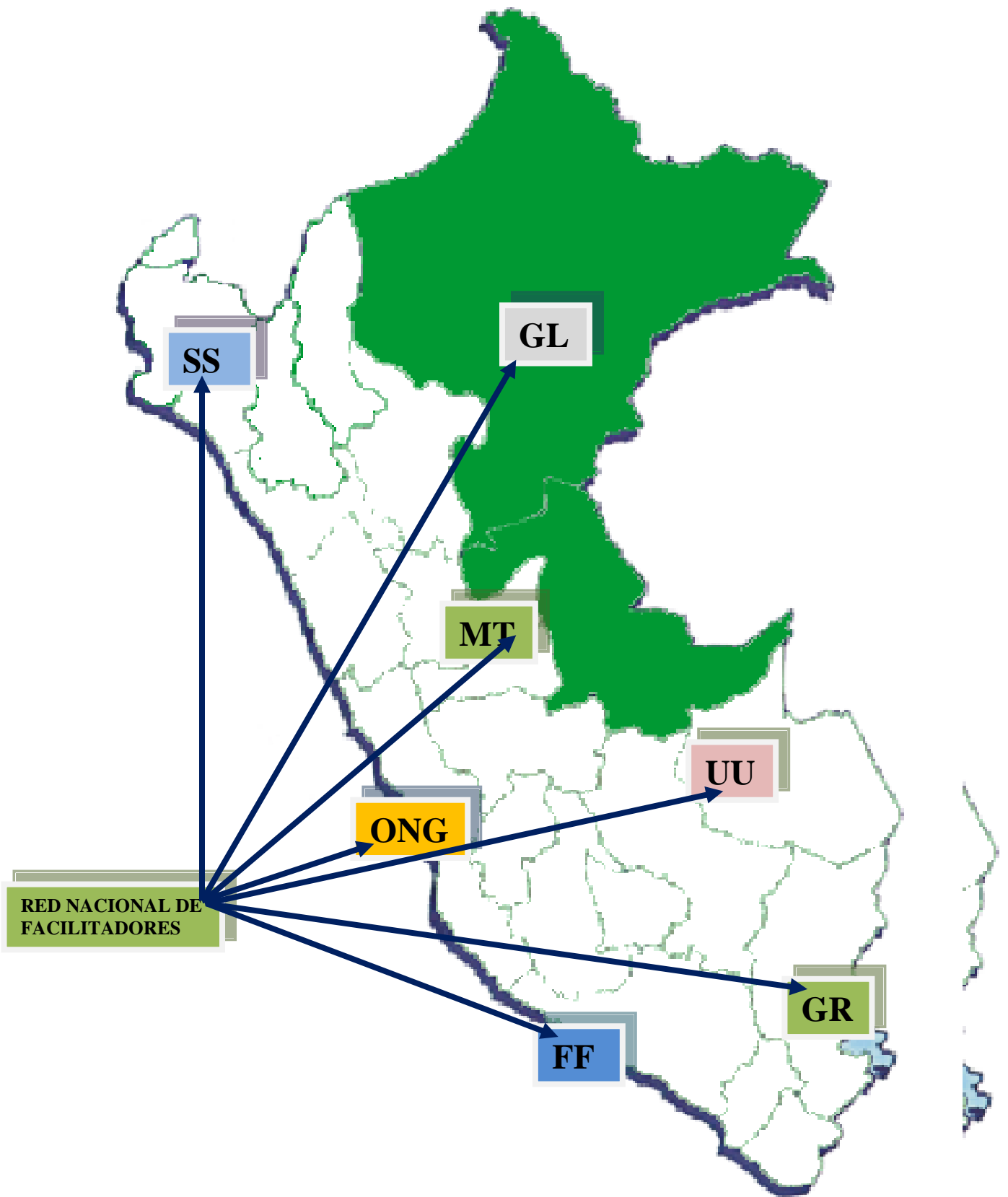
Para ello, el CENSI requiere: a) capacitar a su personal en materia de interculturalidad; b) **crear una red nacional de facilitadores,**

**capacitando e incorporando funcionalmente a la Institución a representantes de ambos sistemas;** c) fortalecer sus filiales y capacitar a sus miembros y d) crear los mecanismos previstos en el Plan Operativo 2002 para introducir su enfoque de manera transversal en los programas de formación y desarrollo de los recursos humanos y en los procesos de formulación y ejecución de planes, políticas y programas.

## **6. Red Nacional de Facilitadores Interculturales**

### **1. Origen de los facilitadores**

1. Sistemas Médicos
  1. Personal de la Red Hospitalaria Nacional (Hospitales, Centros de Salud, Postas Médicas).
  2. Especialistas de la Medicina Tradicional de las Comunidades campesinas, nativas y urbanas.
2. Filiales del INMETRA
3. Universidades
4. Organismos No Gubernamentales
5. Gobiernos Regionales y Locales





## **2. Funciones de los Facilitadores**

Facilitar los procesos de intercambio de experiencias y de generación de conocimientos y crear los espacios de encuentro, diálogo y convergencia en los cuales, los interlocutores válidos de los sistemas médicos (médicos y terapeutas), a través de procesos interactivos, puedan crear y recrear los modelos de salud integrales y culturalmente apropiados a cada realidad local.

## **3. Ámbito de acción del facilitador**

1. Institucional
2. Local

## **4. Perfil (ideal) del facilitador intercultural**

Siendo su función, la de facilitar los procesos interactivos de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias culturas, es un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito (1) Político, (2) Económico, (3) Social, (4) Cultural, (5) Etéreo, (6) Lingüístico, (7) de Género y (8) Generacional; se requiere, que el facilitador intercultural cuente con las siguientes aptitudes que garanticen su accionar:

1. Relaciones interinstitucionales
  1. Mantiene buenas relaciones con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Antropología social y/o cultural

Su Cultura:

  1. Entiende su propia cultura.
  2. Conoce bien las potenciales y limitaciones de su propio Sistema Médico.

La otra Cultura:

  3. Conoce la cosmovisión en la que se asienta la otra cultura.
  4. Conoce bien el Sistema Médico de la otra cultura.
  5. Conoce los usos y costumbres de la otra cultura.

Interculturalidad:

  6. Respeta y acepta la diversidad cultural dentro de la cual se mueve..
  7. Es sensible para adaptarse a otras culturas.
  8. Sabe aplicar principios de antropología social y/o cultural.

9. Contextualiza de manera adecuada el lenguaje -oral y gestual- médico de la otra cultura.
3. Comunicación intercultural
  1. Conoce bien su propio idioma.
  2. Conoce bien el idioma de la otra cultura.
  3. Está dispuesto a aprender otros idiomas.
  4. Puede identificar bien los puentes de comunicación.
  5. Puede identificar bien las barreras de comunicación.
  6. Sabe escuchar.
4. Orientación lingüística
  1. Tiene habilidad para aprender idiomas.
  2. Tiene la disciplina en el aprendizaje de la lengua.
  3. Capta con facilidad las estructuras idiomáticas.
  4. Identifica los dialectos dentro del mismo idioma.
5. Comportamiento personal
  1. Es humilde y está dispuesto para aprender de otros.
  2. Practica lo aprendido.
  3. Es perseverante y disciplinado.
  4. Valora en alto grado el servicio.
  5. Tiene identificación con su público objetivo.
  6. Su comportamiento constituye modelo para otros.
  7. Se comunica comprensiblemente.
6. Conocimientos básicos
  1. Conoce la geografía del área en el que interactúa.
  2. Conoce la historia de los grupos humanos con los que interactúa.
7. Conocimientos sobre interculturalidad
  1. Conoce la Constitución Política del País.
  2. Conoce los Acuerdos y Convenciones sobre la materia.
  3. Tiene claro el sentido de la misión de la Institución.
  4. Se mantiene informado sobre aspectos de Interculturalidad.
8. Liderazgo
  1. Entiende el concepto de autoridad.
  2. Se impone metas y objetivos específicos.
  3. Sabe trazar planes y estrategias.
  4. Le gusta trabajar en equipo (conformar equipos multidisciplinares [o polivalentes] y actuar

- interdisciplinariamente y, abordar su tarea desde una perspectiva transdisciplinaria).
5. Es innovador, creativo y flexible.
  6. Conoce principios de buena administración.
  7. Sabe delegar responsabilidades.
  8. Reconoce y admite sus limitaciones.
9. Interculturalidad
1. Conoce estrategias y métodos de Interculturalidad.
  2. Entiende y se identifica con su labor.
  3. Sabe generar espacios de encuentro intercultural.
  4. Se muestra sensible y receptivo con respecto a los interlocutores de los sistemas que intenta poner en relación.
  5. Comunica claramente los objetivos de la interculturalidad.
  6. Espera pacientemente los resultados.
  7. Está consciente de los posibles obstáculos
10. Relaciones interpersonales
1. Sabe relacionarse con las comunidades objetivo o con los profesionales de los sistemas médicos.
  2. Mantiene abierta la comunicación con los profesionales y/o instituciones contrarias al propósito intercultural.
  3. Es tolerante con las ideas diferentes a las suyas.
  4. Sabe manejarse cuando es sometido a crítica.
  5. Tiene dominio propio.
  6. Es respetuoso y comprensivo en su trato con otros.
  7. No busca imponer sus puntos de vista.
  8. Tiene conceptos básicos de psicología.
11. Salud emocional
1. Busca y acepta ayuda en las crisis.
  2. Demuestra estabilidad y madurez.
  3. Toma decisiones y acepta sus responsabilidades.
  4. Enfrenta las dificultades y fracasos.
  5. Tiene una buena autoestima.
  6. Es consistente con las metas que se propone.
  7. No es de doble ánimo.
12. Vida espiritual
1. Es maduro con relación a sus principios.
  2. Respeta los principios de los otros.
13. Desarrollo de la ética
1. Es íntegro y transparente en su trato con los otros.

2. Es consistente entre lo que dice y hace.
3. Respeto los principios éticos de los otros.

14. Habilidades prácticas

1. Sabe el manejo de audiovisuales.
2. Tiene facilidad de organizar eventos.
3. Tiene conocimientos de administración.