

MÁS ALLÁ DE LO INDÍGENA: SALUD E INTERCULTURALIDAD A NIVEL GLOBAL

Michael Knipper^a

RESUMEN

Diversos estudios a nivel mundial señalan la inequidad en salud según categorías étnicas o asociado con el estado de inmigrante. La perspectiva intercultural se aplica, por lo tanto, en países y situaciones muy distintas, y los criterios para definir los grupos sociales enfocados tal como los planteamientos varían según el contexto local. Sin embargo, hay desafíos comunes que son relevantes en todas las situaciones donde el tema de salud y etnicidad se pone de manifiesto. Además, a diferencia de la noción "interculturalidad", los problemas claves que comprometen, por ejemplo, la atención sanitaria para poblaciones indígenas o inmigrantes no son recientes, sino la historia es rica en experiencias previas muy significativas para la actualidad. Desde una visión global e histórica, el presente artículo pone a consideración tres puntos claves: la necesidad de definir adecuadamente a los grupos enfocados para evitar estereotipos culturales y la creación de desigualdades nuevas, el reto de convertir etnicidad en una categoría "saludable" y la reflexión explícita de la dimensión ética y moral, basada en la ética médica codificada y los derechos humanos.

Palabras clave: Competencia Cultural; Migración Internacional; Diversidad Cultural; Grupos Étnicos; Atención Primaria de Salud (fuente: DeCS BIREME).

BEYOND THE INDIGENOUS: HEALTH AND INTERCULTURALITY AT THE GLOBAL LEVEL

ABSTRACT

Health inequalities are broadly documented for ethnic minority groups and immigrants worldwide. Intercultural perspectives in health are thus developed in very different places and situations. Both the criteria for defining the target groups as well as the ways the health problems of these groups are looked at, are shaped by the particular local context. However, some challenges are common to almost all situations where the topic of ethnic diversity and health is considered. And in contrast to the rather novel term, the issues at stake in "intercultural health" are not new at all. Against this background, the present article brings into focus three essential points: the necessity of defining ethnicity adequately to avoid stereotyping and the creation of new inequalities; the challenge of converting ethnicity into a helpful and thus "healthy" category in the field of medicine and health; and the need for the integration of explicit and serious reflections on medical ethics and human rights that provide for the normative framework and moral orientation of health activities with indigenous, migrant and other particularly vulnerable groups

Key words: Cultural competency; Emigration and Immigration; Cultural diversity; Ethnic groups; Primary health care (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

A inicios del siglo XXI, las complejas relaciones entre salud y etnicidad están en la agenda de la medicina y de la salud pública a nivel mundial ⁽¹⁻⁶⁾. Mientras que en las Américas, en Asia, África, Oceanía y Australia la atención está concentrada en los pueblos indígenas, en Europa, el enfoque es sobre los inmigrantes, que según estadísticas oficiales, en países como Alemania constituyen alrededor de 20% de la población residente ^(7,8). Sin embargo, esta separación temática es más bien superficial, ya que los procesos migratorios son relevantes a nivel global e involucran a poblaciones indígenas. Además, las mismas definiciones de las categorías "indígena" e "inmigrante" son temas de debate, puesto que los criterios de

identificación y su significado no son inequívocos sino dependen de varios factores sociales, políticos y también científicos en los contextos particulares de su aplicación ^(9,10).

No obstante, hay un denominador común enfatizado en todos los estudios e iniciativas dedicados al tema de salud y diversidad étnica a nivel mundial: la inequidad, tanto en el estado de salud como en relación al acceso a servicios sanitarios según categorías étnicas o el estado de inmigrante, que no puede ser explicado solamente por factores socioeconómicos. Respecto a la salud de las poblaciones indígenas, por ejemplo una serie de artículos en la revista médica británica *The Lancet* fue introducida con la pregunta *Why are they*

^a Médico, Doctor en Medicina, Instituto de Historia de la Medicina, Justus-Liebig-Universität. Giessen, Germany.

behind everyone, everywhere? ⁽¹¹⁾. El editor general del *Lancet*, Richard Horton, por su parte llamó la atención sobre la urgente necesidad de actuar en favor de la salud de las poblaciones indígenas a nivel mundial, a pesar de las dificultades teóricas y metodológicas para encontrar una definición general para la categoría "indígena". Recalcó que por la magnitud de los problemas era ...*Time to act now for equity and health* ⁽¹²⁾. Sin embargo, sería justo hacer el mismo llamado para poblaciones afroamericanas, inmigrantes y otros grupos sociales considerados "minorías étnicas".

Para poder apreciar adecuadamente los desafíos relacionados con la desigualdad étnica en el campo de la salud y definir estrategias de acción sostenibles, el presente artículo plantea una percepción global del tema. Propone que el análisis vaya más allá de la situación de grupos étnicos o poblaciones particulares, principalmente por dos razones: primero, para relacionar lo que ocurre a nivel local, con los procesos socioculturales, políticos, económicos y migratorios a nivel internacional. A principios del siglo XXI, ni la situación de los pueblos indígenas no contactados, por ejemplo de la Amazonía, es independiente de los desarrollos, intereses y proyectos de gobiernos, compañías y poblaciones a nivel local, regional e internacional. El segundo punto consiste en el potencial esclarecedor de la perspectiva global, ya que siempre incluye una visión comparativa entre regiones, países y continentes. Sobre todo en el caso de tener profundidad histórica, esta perspectiva de análisis ayuda a identificar los aspectos esenciales de los problemas, es decir, los desafíos que se repiten en todos los contextos regionales e históricos. Al mismo tiempo, ayuda a discernir lo que es propio y específico en el nivel local para poder encontrar soluciones que se adapten a su peculiaridad.

PUNTOS ESENCIALES

La meta es evitar estereotipos sobre "indígenas" o los demás individuos o grupos identificados como "diferentes" (sea por origen, lengua, hábitos e indumentaria o aspectos físicos como el color de la piel) y a la vez reconocer lo que en la relación interétnica son los factores culturales, estructurales e institucionales relevantes por parte de la medicina y del personal sanitario. De esta manera la atención específica para las dimensiones socioculturales de salud, enfermedad y atención sanitaria en caso de minorías étnicas o inmigrantes, se convierte en un "cristal de aumento" para percibir en detalle factores que son importantes para la medicina a nivel general ⁽¹³⁾. Esa perspectiva es sobre todo importante en el área de la educación médica, ya que llama la atención a puntos esenciales

como el tema de la comunicación médico-paciente, que independientemente de la etnicidad implica la necesidad de adaptarse al paciente individual (entre otros aspectos en el lenguaje y estilo de comunicación) ⁽¹³⁻¹⁵⁾. Otra materia clave es hacer entender la gran importancia del contexto social y económico, tanto para salud y enfermedad, como para que la atención sanitaria pueda efectuarse satisfactoriamente. Sin reconocer estos aspectos de carácter general e identificar su significado en cada situación particular, nunca será posible hacer de "eticidad" una categoría "saludable" en el sentido de que su uso sea beneficioso para la salud y la calidad de la atención sanitaria en el Perú, Alemania u otro lugar del mundo.

En concreto, el presente ensayo examinará tres puntos clave que, desde una perspectiva global e histórica, cumplen todos los requisitos para ser llamados "esenciales" en contextos donde el tema de salud y diversidad étnica se pone de manifiesto. Son temas que de una u otra manera siempre, y en todas las situaciones llamadas "interculturales" en salud, tienen importancia decisiva y que por lo tanto tienen que ser considerados seriamente. *Primero*: el problema de la definición de los grupos enfocados y las consecuencias que resultan de la aplicación de una u otra categoría. Trabajar con criterios mal fundados y que no reconocen explícitamente la historicidad y dependencia de la perspectiva particular y de las influencias políticas y sociales en el establecimiento de categorías étnicas, produce resultados de valor dudoso y poca utilidad. ¿Cuál es, por ejemplo, la etnicidad de un individuo de origen indígena que de la Sierra emigra como "colono" a la Amazonía, donde disputa el acceso a la tierra con las poblaciones autóctonas, que en parte han sido los inmigrantes y colonos de épocas anteriores? *Segundo*: considerando que categorías étnicas son cuestionables. ¿Cuáles son las condiciones para que su aplicación en salud sea útil para fines sanitarios? ¿Cómo se puede dar un sentido médico a categorías étnicas y evitar que se produzcan resultados cuestionables tanto metodológica como éticamente? Estudios médicos y epidemiológicos con categorías étnicas pobremente definidas pueden, incluso, contribuir a la consolidación de estereotipos culturales y de las desigualdades que deberían combatir ⁽¹⁶⁾. El *tercer* punto de carácter esencial es, finalmente, la reflexión explícita acerca de las dimensiones éticas que deberían guiar las actividades médicas y científicas con poblaciones marginadas como las minorías étnicas, pueblos originarios y migrantes. Los valores de la ética médica codificada y los derechos humanos universales establecen el marco normativo de mayor importancia para el área de la salud. Es importante recordar que el papel del profesional sanitario se desenvuelve en un marco normativo muy especial y sin duda exigente, pero que al fin y al cabo es

la única base sostenible de la confianza que pacientes y la sociedad en general depositan en los profesionales de la salud.

¿CÓMO DEFINIR LOS GRUPOS ÉTNICOS?

Mejor que cualquier teoría, los ejemplos concretos de individuos que viven o han vivido en carne propia, ser sujetos de diferentes identificaciones étnicas, hace comprender los problemas teóricos de esta categoría. Por ejemplo el caso del Dr. Manuel Núñez Butrón (1900-1952), considerado uno de los héroes de la salud pública del Perú: ⁽¹⁷⁾ Nacido como hijo ilegítimo de un cura católico y una mujer mestiza en el poblado de Saman al sur de la provincia de Azángaro, Núñez Butrón fue considerado *misti* en su pueblo, porque sus padres hablaban Castellano. Sin embargo en su trayectoria educativa, que le llevó de la escuela de Juliaca al colegio de Puno y luego a las universidades de Arequipa, Lima e incluso Barcelona en España, su origen de provincia lo hacía ser considerado “indio” ⁽¹⁸⁾. En Arequipa los estudiantes universitarios le llamaban así para insultarle. Después de ganar reconocimiento en esta universidad por su gran rendimiento académico, la misma historia se repitió en Lima y luego en Europa. En Barcelona era “indio” por el simple hecho de ser procedente del Perú, y también aquí esta calificación contenía un matiz que expresa inferioridad. Sin embargo pocas personas logran convertir experiencias de este tipo en iniciativas tan positivas como Manuel Núñez Butrón. Después de regresar de Europa se dedicó a crear un sistema de atención sanitaria para las poblaciones indígenas y campesinas de la región de Juliaca, que anticipó lo que cuatro décadas más tarde se llamará “Atención Primaria de la Salud”. También en este sentido, en lo que a sus actividades médicas y su interpretación del papel del profesional sanitario se refiere, el ejemplo de Manuel Núñez Butrón vale ser tomado en cuenta en las discusiones actuales acerca de la salud intercultural.

La dificultad de definir coherentemente las categorías étnicas es un tema que se repite a través del tiempo y en diversos espacios, desde que en el siglo XVIII naturalistas como Carl Linnaeus (1707-1778) o luego Johann Blumenbach (1752-1840) emprendieron la tarea de clasificar la humanidad en “razas” distintas de acuerdo con categorías físicas, de procedencia y también morales. Hacia finales del siglo XIX, médicos y antropólogos consolidaron ese pensamiento, convencidos de que los procedimientos y teorías de las ciencias “exactas” aseguraban el carácter “objetivo” de sus interpretaciones. Sin embargo, el análisis histórico revela que los conceptos y las teorías científicas como

el Darwinismo siempre reflejaron una “mirada occidental hacia el otro” ⁽¹⁹⁾ encontrado en África, Asia o las Américas.

Hasta hoy, en las palabras “raza” y “etnicidad” resuena un entendimiento de la diversidad humana que al menos implícitamente supone la existencia de grupos humanos distintos y determinados por factores biológicos ⁽²⁰⁾. Sin embargo, ni la genética moderna ha sido capaz de corroborar estas concepciones. En el año 2000, los editores de la revista *Nature Genetics* expresaron rotundamente que la genética no ha podido ni puede comprobar la existencia de diferentes “razas” humanas, ya que las categorías “raza” y “etnicidad” tienen un carácter esencialmente social ⁽²¹⁾. Repiten, de esta manera, lo que más que un siglo antes fue expresado por antropólogos y médicos como el célebre Rudolf Virchow (1821-1902). El creador de la patología celular siempre defendió la tesis de que la raza humana era única, en contra de otros que procuraron comprobar la existencia de varias razas humanas distintas y hasta jerárquicamente divididas ⁽²²⁾.

Un médico alemán bien conocido en el Perú, que sostuvo el concepto de la “raza única” incluso en las primeras décadas del siglo XX, cuando a su alrededor las ciencias raciales (y racistas) ganaban más y más fuerza, fue Max Hans Kuczynski (1890-1967), patólogo en la Universidad de Berlín hasta 1933 ⁽²³⁻²⁶⁾. En base a su amplia formación y experiencia profesional, que abarcaba tanto las ciencias naturales (en especial la microbiología) como la medicina clínica, la anatomía patológica y la antropología (física y sociocultural), Kuczynski rechazó rotundamente interpretaciones “raciales” para observaciones médicas o epidemiológicas de todo tipo. Insistió en un planteamiento amplio que, en lugar de ofrecer explicaciones unidimensionales, tomase en cuenta las relaciones dinámicas entre los aspectos físico-biológicos, sociales y culturales de enfermedad. En lugar de satisfacerse con interpretaciones superficiales basadas, por ejemplo, en una supuesta relación directa (causal) entre etnicidad/raza y enfermedad, examinó las condiciones y estilos de vida de diferentes grupos étnicos y sociales dentro del contexto concreto donde vivían. Incluyó en su planteamiento aspectos como las características físicas de la gente y su posible ascendencia de origen diferente, pero también actividades económicas y sociales, hábitos alimenticios y de higiene. Consideró además procesos de migración temporal o permanente y cambios socioculturales, tanto entre las poblaciones nómadas de las estepas asiáticas como de indígenas y colonizadores en las zonas rurales del Perú.

En la actualidad, las relaciones entre etnicidad, enfermedad y salud son aun más difíciles de captar que en la época de Manuel Núñez Butrón y Máxime

Kuczynski-Godard. La aceleración de los desarrollos socioculturales y demográficos relacionados con la “globalización” lleva a situaciones aun más complejas. Sobre todo de los crecientes movimientos migratorios y la expansión transnacional de la vida social de muchas personas y familias, que residen alternando o sucesivamente en más de un país o continente (en Perú y España, en Alemania y Turquía, en La India y Tanzania, por ejemplo), resultan grandes desafíos para percibir y captar adecuadamente la diversidad étnica y cultural en la sociedades modernas. ¿Cómo se puede, por ejemplo, operacionalizar la categoría “inmigrante” para investigaciones médicas y otras? En Alemania, por ejemplo, entre los años 2004 y 2006, el número de inmigrantes oficialmente reconocidos subió de 9% a 19% de la población residente, como consecuencia de un cambio de categoría⁽⁸⁾. Cuando antes se contaba sólo a los extranjeros, ahora también se cuenta a las personas naturalizadas o los descendientes de las minorías alemanas en países de la antigua Unión Soviética (actualmente uno de los mayores grupos de inmigrantes en Alemania). Sin embargo, dentro de este 19% de la población que es considerada persona con “trasfondo migratorio”, encontramos muchos individuos que nunca en su vida han tenido una experiencia personal de cambiar el sitio o país de residencia. Por ejemplo, los hijos de los trabajadores extranjeros de Turquía, Grecia o de los Balcanes nacidos en Alemania son todavía considerados “inmigrantes”, mientras otras personas, cuyas biografías de hecho incluyen fases de migración en parte difíciles, no entran en esta categoría. En el nivel internacional además, es importante preguntar si son “migrantes” solamente los que atraviesan fronteras nacionales, o si cuentan también los grupos que trasladan su lugar de residencia dentro de un país, como colonos (legales e ilegales) o refugiados por conflictos internos. Cada grupo social y cada situación local precisa de definiciones adecuadas y adaptadas al medio y a la cuestión enfocada.

Pero como ya lo indicó el ejemplo del Dr. Núñez Butrón, también el mismo individuo cuenta. Un número creciente de personas en todas las regiones del mundo insiste en que se reconozca su identidad híbrida que incluye dos o incluso más países, “culturas” o referencias de origen. En el censo de la población estadounidense del año 2000, por primera vez fue posible que los ciudadanos se identificaran con más que una “raza”⁽²¹⁾. Según su percepción individual podían considerarse “indígena americano” y a la vez “negro”, “blanco y nativo de Hawai”, o también “latino y asiático”. Resulta un total de 63 distintas posibles permutaciones. Es evidente que conceptos tradicionales que suponen la preexistencia de categorías étnicas o raciales mutuamente excluidas y estables, no son capaces de captar satisfactoriamente

la realidad, que en general es mucho más compleja y dinámica. Sin embargo, todo censo precisa de categorías claramente definidas para ser viable. Todo censo, por lo tanto, precisa de la toma de decisiones explícitas a la hora de definir estas categorías y, por lo tanto, nunca es un cuadro “objetivo” de la realidad sino solamente una aproximación válida a partir de una perspectiva particular.

En América Latina el desafío de mayor visibilidad es como “contar a los indígenas”⁽⁹⁾. ¿Cuáles son los criterios para definir la categoría “indígena”, y a quién corresponde tomar las decisiones? Desde el “regreso de lo indígena”⁽²⁷⁾ en América Latina “ser indígena” se ha convertido en muchos países en recurso político importante^(28,29). El vaivén de la política influye decisivamente sobre la elección de las categorías empleadas para el censo. No sorprende, por lo tanto, que en un país como el Ecuador *el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos* identifique, para el período entre 1990 y 2004, siete censos distintos, que hacen variar el porcentaje de la población indígena entre 3,8 y 43% de la población general⁽³⁰⁾. Reducidos a meras categorías estadísticas con trasfondo dudoso, factores étnicos como la identidad indígena pierden fácilmente todo su significado. A continuación se explorará el potencial que tienen, independientemente de las cifras particulares que resultan de censos y estadísticas.

¿CÓMO HACER DE “ETNICIDAD” UNA CATEGORÍA SALUDABLE?

La complejidad enmarcada en la noción “etnicidad” no es tanto un problema como una oportunidad singular ya que al utilizarlo concientemente en el área de la salud, dirige la atención hacia aspectos importantes que se han perdido de vista desde que la medicina decidió seguir el camino exclusivo de las ciencias naturales a finales del siglo XIX. Desde sus inicios, el progreso de la medicina moderna ha sido acompañado por voces que reclamaban una mayor apertura de los conceptos médicos, de la práctica sanitaria y de las instituciones para las dimensiones sociales e individuales tanto de la enfermedad como de las relaciones terapéuticas^(26,31,32). El cirujano Ferdinand Sauerbruch (1875-1951), por ejemplo, uno de los más prestigiosos representantes de su campo en la historia de la medicina alemana, acuñó en 1926 el proverbio que *...Con las ciencias naturales se puede entender la enfermedad, pero no al enfermo*⁽³³⁾. Sin embargo, durante el siglo pasado, que vio el gran despliegue del progreso biomédico con avances extraordinarios, sobre todo en el área de la terapéutica, las perspectivas más amplias se desvanecieron o acabaron de cierto modo marginadas en disciplinas especiales como la medicina

psicosomática o la medicina social. Estrategias alternativas, especialmente la atención primaria de salud investida oficialmente en la conferencia de Alma Ata de 1978, tampoco lograron cambiar el rumbo de la medicina en general. Su enfoque amplio y "horizontal" en muchos lugares fue reducido muy pronto hacia un planteamiento "vertical", que empleaba estrategias focales para combatir enfermedades o problemas de salud específicos y sin mayor consideración de las condiciones locales⁽³⁴⁾. En comparación con los avances en las ciencias básicas de la medicina, en tecnologías, procedimientos y fármacos, el progreso con relación al acceso universal y la reducción de inequidades ha sido escaso.

Ante la aparente dificultad de considerar sería y adecuadamente el complejo significado de los factores socioculturales en el área de la salud, una consideración apropiada de las categorías étnicas abre perspectivas para una medicina más humana y más satisfactoria, tanto para pacientes como proveedores. Y es justo el reconocimiento explícito de los problemas teóricos de definición, significado, inestabilidad y perspicuidad, que contribuye a que "etnicidad" se pueda convertir en una actividad "saludable".

En el *Journal of the American Medical Association*, este modo de ver ha sido expresado con la distinción entre "etnicidad" como "factor causal" o "indicador" de, por ejemplo, riesgos específicos: ⁽³⁵⁾ suponer que la identificación étnica basada en cualquier criterio (origen, lengua, vestimenta o rasgos físicos, etc.) podría ofrecer explicaciones causales de riesgos de enfermedad o problemas de atención sanitaria es una equivocación. Al entenderlo como "indicador" llama la atención a la compleja interacción de factores socioculturales, psicológicos y físico-biológicos con relación a salud, enfermedad y atención sanitaria en estos casos. En el momento de ser percibido relevante, la etnicidad de pacientes o grupos poblacionales, tal como la diferencia cultural en relación al personal sanitario, *advierte de posibles riesgos* específicos y de la necesidad de considerarlo y de tomar las medidas adecuadas.

Posibles riesgos son, por ejemplo, dificultades de comunicación por lenguajes distintos, prejuicios culturales sobre el "otro" tanto de lado de los profesionales como de los pacientes/usuarios o experiencias previas negativas igualmente en ambos lados que tienen que ser vencidos. En el caso de poblaciones indígenas tal como de inmigrantes, las condiciones de vida son muy necesarias de ser tomadas en cuenta, ya que a veces son muy distantes de lo que el personal sanitario es capaz de imaginarse. Además, las biografías de personas que se han desplazado para vivir en otro país

o región, libremente o por necesidad, pueden implicar traumatismos, cargas emocionales y experiencias de posible consecuencia psíquica o somática. Pero sin una exploración respetuosa y paciente no pueden ser determinados por terceros, aunque hayan tratado con personas de origen e historias similares antes.

Todo consejo médico y toda terapia, especialmente en caso de enfermedades crónicas, queda sin efecto cuando no se toma en cuenta las condiciones de vida concretas y las alternativas de actuar *reales* de las personas afectadas. La indicación, por ejemplo, del médico a la indígena embarazada para que regrese por favor cuando haya dilatado suficiente para entrar en la sala de parto resulta hasta ofensiva, si la mujer acaba de caminar ocho o más horas para llegar de su casa al centro de salud (observación personal). Lo mismo ocurre cuando a un paciente procedente de España o Turquía se le quita credibilidad a sus quejas de dolor insinuando que sufre del "morbo mediterráneo": ese prejuicio disfrazado de término médico es muy popular en los pasillos de hospitales alemanes y se refiere a la supuestamente "exagerada" expresión de dolor por pacientes de origen de uno de los países mediterráneos⁽³⁶⁾. Aquí aplica de manera adaptada lo que Braun y colegas expresaron respecto las discusiones sobre un medicamento antihipertensivo específico para "afroamericanos" en EEUU: *...Skin pigment is a lousy surrogate for drug-metabolism status or most any aspect of human physiology*⁽³⁷⁾, incluyendo la percepción y expresión de dolores postoperatorios.

Al usar "etnicidad" como indicador para los posibles riesgos asociados con la diversidad socio-cultural, económica etc. en salud, se convierte en herramienta intelectual para prevenir desigualdades y los efectos perjudiciales de los estereotipos étnicos, prejuicios y del racismo. Suprimir o dejar de lado las categorías étnicas por las dificultades teóricas y metodológicas que conllevan no es una alternativa. No soluciona los problemas sino les quita solamente visibilidad. Para poder combatir las inequidades es necesario desarrollar categorías adaptadas al medio, a la población enfocada y al problema en cuestión⁽³⁸⁾. Además, es preciso incluir una perspectiva etnográfica que facilite tanto los conocimientos necesarios de la situación local, como advierta de la necesidad de tomar en cuenta la perspectiva y las percepciones de los "otros": pacientes, familiares y pobladores⁽¹⁵⁾. Los estudios y actividades sanitarias del patólogo y salubrista Máxime Kuczynski-Godard son un ejemplo importante e ilustrativo de este planteamiento, tanto por su metodología y la calidad de análisis de sus investigaciones con diversas poblaciones en Asia Central, la Amazonía y los Andes peruanos, como por las reflexiones teóricas y ético-morales que

conllevaban. Sin embargo, lo que también hace pensar son la incomprensión y el rechazo que finalmente encontró tanto en Alemania como en el Perú.

Para resumir, el presente ensayo concluye con tres puntos clave para llevar a cabo el objetivo tan necesario como exigente de convertir “etnicidad” en una categoría saludable:

1. La necesidad de reconocer y tomar en serio la identidad sociocultural individual tanto del personal sanitario y de los pacientes, lo cual en muchas ocasiones incluye una diferencia significativa de las condiciones de vida, percepciones del mundo de salud y enfermedad muy diferentes. Sin embargo, las diferencias culturales en el área de la salud no están relacionadas directamente ni dependen de manera exclusiva de la etnicidad de los actores en una situación dada. Profesionales sanitarios o agentes de salud que comparten el mismo origen, lengua materna e identidad étnica pueden tener percepciones y prioridades muy diferentes en un caso concreto de enfermedad o en el curso de su interacción dentro del contexto sanitario. Esto se desprende, por ejemplo, de diferencias socio-económicas o por la identidad profesional de los agentes de salud. Cuanto mejor se conoce una sociedad, más nítidas figuran las diferencias socio-económicas, culturales y de identidad atrás de las etiquetas de tipo nacional o étnico.
2. El segundo punto por considerar es que la perspectiva “inter-cultural” siempre implica la consideración de los factores “culturales” de todos los actores en “inter-acción” (por ejemplo: médico y paciente). Es preciso, por lo tanto, tomar seriamente en cuenta la “cultura de la biomedicina”⁽¹⁵⁾. Esta noción se refiere a las rutinas institucionales y hábitos de trabajo y conducta, a los modos de pensar y comunicar, a la perspectiva particular hacia el cuerpo humano, sus funciones y dolencias y a los valores que el profesional sanitario adquiere y desarrolla a partir de empezar su formación. Uno de los desafíos más importantes y difíciles en el área de la salud intercultural es justo abrir esta “cultura de la biomedicina” en instituciones como hospitales y centros de salud para poder adaptar los servicios a las necesidades socioculturales de la población: el lenguaje de comunicación, la posibilidad de mantener el contacto con familiares y sentirse acompañado, la autodeterminación de los pacientes y el acceso a prestadores de servicios curativos o espirituales “no formales” en el curso de una enfermedad son puntos esenciales. También temas como la ropa, la acomodación y el respeto a la intimidad de los

pacientes son de gran importancia en torno a la adecuación de la atención sanitaria a la vida y las necesidades reales de los usuarios. Gracias a los impulsos que la perspectiva intercultural en salud ha recibido en los últimos años, un creciente número de experiencias a nivel internacional da evidencia tanto del potencial y de la viabilidad de tales iniciativas, como de los retos todavía por superar⁽³⁹⁻⁴⁵⁾. Sin embargo, la atención para el trasfondo sociocultural, las condiciones de vida y las preocupaciones reales de los pacientes son temas generales de la atención sanitaria al nivel global^(15,46,47). Una cuestión controvertida es, hasta qué punto la promoción de las medicinas tradicionales pueda contribuir a mejorar la atención y el nivel de salud, sobre todo en poblaciones indígenas. Es sin duda importante facilitar a los pacientes el acceso a recursos sanitarios/espirituales según su propia voluntad y criterio. Pero la institucionalización de agentes y prácticas “tradicionales” dentro de las instituciones sanitarias es un tema complejo que precisa de reflexiones e investigaciones específicas, que toman en cuenta las experiencias por ejemplo en el marco de la Atención Primaria de Salud a nivel internacional⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾.

3. El punto final se refiere a la reflexión seria y constante sobre las expectativas que tiene la población con relación a la atención médica y los derechos. ¿Qué esperan los pacientes de los médicos, del personal de enfermería y de los demás profesionales de salud? ¿Qué pueden esperar y en qué pueden confiar? Según las normas básicas y obligatorias para todo profesional médico, el compromiso mayor de su actividad profesional es el bien del paciente y la contribución al bien de la sociedad. La Declaración de Ginebra de 1948, que hasta hoy es parte del código de ética de la Asociación Médica Mundial (y que es llamado también el “Juramento Hipocrático Moderno”), indica de manera explícita que el médico no debe de permitir *...Que consideraciones de edad (...), credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente...*⁽⁵¹⁾. La confianza del paciente en la ética profesional es la base normativa sobre la cual su relación con el médico se desenvuelve y de la cual éste depende para poder efectuar su trabajo profesional. Al mismo tiempo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que *...Toda persona tiene derecho a (...) asistencia médica (Art. 25) y ...A participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten (Art. 27)*⁽⁵²⁾. Si la inequidad en salud no puede ser vencida de otra manera que con adaptaciones profundas y

exigentes tanto de las instituciones sanitarias como en la actitud y las rutinas de los profesionales, el marco ético y normativo de la medicina no deja otro remedio que emprender el esfuerzo.

Los discursos amplios sobre la "salud intercultural" y el reconocimiento justo y adecuado de la diversidad étnica de nuestras sociedades en el campo de la medicina están empezando recién. Sin embargo, no comenzamos de cero. Sobre todo en América Latina, la historia es rica en ejemplos instructivos, como los mencionados médicos Manuel Núñez Butrón y Máxime Kuczynski-Godard. Además, tanto las controvertidas historias del indigenismo en países como México y el Perú, como la historia de la Atención Primaria de Salud (que no empezó de repente en 1978 sin antecedentes y que actualmente experimenta un renacimiento de cierto modo sorprendente), son referencias dignas de considerar. Finalmente, temas concretos como el pluralismo médico, la insatisfacción de pacientes y profesionales sanitarios con el predominio de enfoques biomédicos en comparación con perspectivas de carácter más "holístico" y el fenómeno de la migración son temas que ya tienen una gran trayectoria dentro de la medicina occidental. La reflexión acerca de las mejores respuestas para los desafíos actuales sin crear inequidades nuevas, precisa de bases sólidas de investigación, que por la naturaleza de los temas tratados comprenden, sobre todo, las perspectivas y metodologías de las humanidades, en especial la antropología social y cultural, la historia y la ética aplicadas a la medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Torres C.** *Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
2. **United Nations.** *State of the World's Indigenous Peoples*. New York: United Nations; 2009.
3. **World Health Organization.** *International migration, health & human rights*. Geneva: WHO; 2003.
4. **World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.** *Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications*. Geneva: WHO; 2007.
5. **Stephens C, Porter J, Nettleton C, Willis R.** *Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide*. The Lancet. 2006; 367(9527): 2019-28.
6. **Balsa AI, McGuire TG.** *Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities*. J Health Econ. 2003; 22(1): 89-116.
7. **Knipper M, Bilgin Y.** *Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt: Migration und andere Hintergründe*. Dtsch Arztebl. 2010; 107: A76-9.
8. **Statistische Bundesamt.** *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2006.
9. **Lavaud JP, Lestage F.** *Contar a los indígenas (Bolivia, México, Estados Unidos)*. En: Robin V, Salazar-Soler C, editores. *El regreso de lo indígena. Retos, problemas y perspectivas*. Lima, Cuzco: Instituto Francés de Estudios Andinos, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas-CBS; 2009. p. 39-70.
10. **Kuper A.** *Indigenous people: an unhealthy category*. Lancet. 2005; 366 (9490): 983.
11. **Stephens C, Nettleton C, Porter J, Willis R, Clark S.** *Indigenous peoples' health - Why are they behind everyone, everywhere?*. Lancet. 2005; 366(9479): 10-3.
12. **Horton R.** *Indigenous peoples: time to act now for equity and health*. Lancet. 2006; 367(9535): 1705-6.
13. **Knipper M, Seeleman C, Essink-Bot ML.** *How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic cultural competency training*. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs. 2010; 29(1): 54-60.
14. **Betancourt JR.** *Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal*. Acad Med. 2006; 81(6): 499-501.
15. **Kleinman A, Benson P.** *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it*. PLoS Med. 2006; 3(10): e294.
16. **Smith DG.** *Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States*. Am J Public Health. 2000; 90: 1694-98.
17. **Neyra J.** *Manuel Núñez Butrón (1900-1952)*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2005; 22(2): 148-49.
18. **Cueto M.** *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1997.
19. **Girón Á.** *La mirada occidental hacia el otro: dos siglos de difíciles encuentros*. DYNAMIS. 2009; 29(1): 17-28.
20. **Müller-Wille S, Rheinberger HJ.** *Race and genomics. Old wine in new bottles? Documents from a transdisciplinary discussion*. NTM. 2008; 16: 363-5.
21. **[No author listed].** *Census, race and science*. Nat Genet. 2000; 24(2): 97-98.
22. **Massin B.** *From Virchow to Fischer: Physical anthropology and "modern race theories" in Wilhelmine Germany*. En: Stocking GW, ed. *Volksgeist as method and ethic. Essays on Boasian ethnography and the German anthropological tradition*. Madison: Univ. of Wisconsin Press; 1996. p. 79-154.
23. **Cueto M.** *Social medicine in the Andes*. En: Rodríguez-Ocaña E, ed. *The politics of the healthy life. An international perspective*. Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications; 2002. p. 181-196.
24. **Cueto M.** *Social Medicine and "Leprosy" in the Peruvian Amazon*. The Americas. 2004; 61(1): 55-80.
25. **Knipper M.** *"Nuevas tareas médicas en la nueva Rusia" (1924): La visión de 'patología étnica' y medicina científica de Max Kuczynski en los años anteriores a su emigración al Perú*. An Fac Med (Lima). 2005; 66(3): 247-54.
26. **Knipper M.** *Antropología y «crisis de la medicina»: el patólogo M. Kuczynski-Godard (1890-1967) y las poblaciones nativas en Asia Central y Perú*. DYNAMIS. 2009; 29: 97-121.

27. **Robin Azevedo V, Salazar-Soler C, editores.** El regreso de lo indígena. Retos, problemas y perspectivas. Lima, Perú: Instituto Francés de Estudios Andinos, Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas-CBS; 2009.
28. **Grey Postero N, Zamosc L.** The struggle for indigenous rights in Latin America. Brighton: Sussex Academic Press; 2004.
29. **Smith WD.** Multiculturalism, identity, and the articulation of citizenship: the "Indian question" now. *Lat Am Res Rev.* 2007; 42(1): 238-51.
30. **Chisaguano S.** *La población indígena del Ecuador.* Quito, Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2006.
31. **Honigmann G.** Problemas médicos fundamentales de la medicina contemporánea. *Revista Médica de Hamburgo.* 1927; 8(10): 237-41.
32. **Lawrence C, Weisz G.** Greater than the parts. Holism in biomedicine, 1920-1950. New York: Oxford University Press; 1998.
33. **Sauerbruch F.** *Heilkunst und Naturwissenschaft.* *Naturwissenschaften.* 1926; 14(48-49): 1081-90.
34. **Cueto M.** The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health.* 2004; 94(11), 1864-74.
35. **Kaplan JB, Bennet T.** Use of Race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA.* 2003; 289(20): 2709-16.
36. **Ernst G.** The myth of the 'Mediterranean syndrome': do immigrants feel different pain?. *Ethn Health.* 2000; 5(2): 121-26.
37. **Braun L, Fausto-Sterling A, Fullwiley D, Hammonds EM, Nelson A, Quivers W, et al.** Racial categories in medical practice: how useful are they?. *PLoS Med.* 2007; 4(9): e271.
38. **Krieger N.** Counting accountably: implications of the new approaches to classifying race/ethnicity in the 2000 census. *Am J Public Health.* 2000; 90(11): 1687-88.
39. **Campos Navarro R, Ruiz-Llanos A.** Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. *Gac Med Mex.* 2001; 137(6): 595-608.
40. **Fernández Juárez G, ed.** Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Quito: Abya-Yala; 2004.
41. **Fernández Juárez G, ed.** Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: Abya-Yala; 2006.
42. **Fernández Juárez G, García Ortiz P, González González I, editores.** La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio. Quito: Abya-Yala; 2008.
43. **Fernández Juárez G, ed.** Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios. Quito: Abya-Yala; 2009.
44. **Mayca J, Palacios-Flores E, Medina A, Velásquez JE, Castañeda D.** Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2009; 26(2): 145-60.
45. **Rodríguez L, Álvarez ME, Conejo M, Betancourt Aragón Z, editores.** Enfoque intercultural y de género en salud materna. Quito: UNFPA y Jambi Huasi; 2006.
46. **Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP.** Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med.* 2001; 53(4): 487-505.
47. **Reyes E.** En Nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos y Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
48. **van der Geest S.** Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective. *Trop Med Int Health.* 1997; 2(9): 903-11.
49. **Knipper M.** El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. En: Fernández Juárez G, ed. Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: Abya-Yala; 2006: p. 413-32.
50. **Knipper M, Dannhardt V.** 30 Años de cirugía en la Amazonía Ecuatoriana. Las experiencias del Dr. Manuel Amunárriz y la medicina intercultural. En: Fernández Juárez G, ed. Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios. Quito: Abya-Yala; 2009. p. 203-17.
51. **Asociación Médica Mundial.** *Código Internacional de Ética Médica.* Ferney Voltaire: World Medical Association; 2010.
52. **Asamblea General de las Naciones Unidas.** *Declaración Universal de los Derechos Humanos.* Nueva York: ONU; 1948.

Correspondencia: Michael Knipper

Dirección: Instituto de Historia de la Medicina, JLU Giessen, Iheringstr. 6, 35392, Giessen, Alemania

Teléfono: (49) 641-9947706

Correo electrónico: Michael.Knipper@histor.med.uni-giessen.de