
Perspectiva intercultural en efectores del primer nivel de atención:

una mirada desde los equipos de salud

*Intercultural perspective in primary
healthcare providers: insights from
healthcare teams*

Candela Chapero

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina)

Correo: chaperocandela@gmail.com

Laila Recloux

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina)

Correo: lairecloux@hotmail.com

Rocío Falagan

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad del Salvador, Argentina)

Correo: rociomfalagan@gmail.com

Resumen

El presente escrito se desprende de la rotación por tres centros de salud del área de influencia de un Hospital General de Agudos ubicado al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del segundo año de la residencia de Trabajo Social. En ese período realizamos una aproximación teórico-práctica a la estrategia de Atención Primaria de la Salud y participamos de los procesos de trabajo e intervención de los equipos de los Centros de Salud y Acción Comunitaria. En este marco, pudimos explorar nuevas posibilidades de análisis y abordaje, y ampliamos las fronteras de la intervención profesional a partir de aplicar estrategias de promoción y prevención en el centro del despliegue de la vida cotidiana de los usuarios: el territorio. Las reflexiones que se desprenden de esta práctica nos han llevado a analizar cómo se trabaja la perspectiva intercultural en efectores del primer nivel de atención, desde la mirada de los trabajadores que forman parte de los equipos de salud. Para el desarrollo del escrito se toman como insumo las propias prácticas de trabajo en los Centros de Salud y Acción Comunitaria, lecturas bibliográficas acordes y resultados de un formulario con preguntas abiertas aplicado a los trabajadores de los equipos.

Palabras clave

Territorio, Atención Primaria de la Salud, Interculturalidad.



Abstract

This text originates from rotations through three health centers within the catchment area of a General Acute Hospital located in the southern part of the Autonomous City of Buenos Aires, as part of the second year of the social work residency program. During this period, we engaged in a theoretical-practical approach to Primary Health Care strategy and participated in the work processes and interventions of the Health Centers and Community Action teams. Within this framework, we explored new possibilities for analysis and intervention, expanding the boundaries of professional engagement by implementing promotion and prevention strategies at the core of users' everyday lives: their communities. The reflections arising from this practice have led us to analyze how the intercultural perspective is implemented in first-level care facilities, through the lens of the healthcare workers who are part of these teams. For the development of this writing, we draw upon our own work practices in the Health Centers and Community Action, relevant bibliographic readings, and the results of a questionnaire with open-ended questions administered to the team members.

Keywords

Territory, Primary Health Care, Interculturality.



Introducción

El siguiente trabajo se desprende de la experiencia de rotación en tres centros de salud pertenecientes al área de influencia de un hospital general de agudos, ubicado al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del segundo año de la residencia de Trabajo Social en salud. Se trata de dos Centros de Salud y Acción Comunitaria –de ahora en más CeSAC–. Uno se ubica en el barrio Padre Rodolfo Ricciardelli –ex Villa 1-11-14–, en Bajo Flores, y el otro en el barrio Villa 20, en Villa Lugano. La rotación se desarrolló entre el mes de abril del año 2022 y el mes de agosto del año 2023, comprendiendo parte del primer año de la residencia y la totalidad del segundo año.

En ese período realizamos una aproximación teórico práctica a la estrategia de Atención Primaria de la Salud –de ahora en más APS– y participamos de los procesos de trabajo e intervención de los equipos de los CeSAC. En este marco, pudimos explorar nuevas posibilidades de análisis y abordaje, y ampliamos las fronteras de la intervención profesional a partir de aplicar estrategias de promoción y prevención en el centro del despliegue de la vida cotidiana de les usuaries: el territorio.

A raíz del transitar por los centros de salud y tras la presencia en diversas consultas, reuniones de equipo, postas territoriales, intercambios con organizaciones, con profesionales y usuaries, hemos podido identificar que parte de la población usuaria es migrante oriunda de Bolivia, Perú y Paraguay principalmente. Esto ha habilitado algunos interrogantes acerca de la praxis cotidiana desde la perspectiva intercultural, particularmente sobre las similitudes y diferencias que pueden producirse en cada país en relación a los trayectos de la vida cotidiana y las formas de atravesar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte.

Partimos de entender que las prácticas de intervención en APS se encuentran vinculadas inextricablemente a la configuración del territorio donde se insertan los efectores de salud, a partir de lo cual surge la pregunta objetivo del presente análisis: ¿Cómo se trabaja la perspectiva intercultural en efectores del primer nivel de atención desde la mirada de les trabajadores que forman parte de los equipos de salud?

En un primer apartado se realiza una descripción de la categoría territorio para dar cuenta de cómo las dimensiones de desigualdad impactan de formas singulares en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte. Asimismo, se realiza una caracterización de los barrios en los que se ubican los tres efectores de salud. Luego, se propone un acercamiento a la estrategia de APS vinculada a la categoría de interculturalidad y se presentan los dispositivos y programas de atención que funcionan en los centros de salud. Finalmente, se realiza un análisis de los resultados, recuperando la mirada de los trabajadores de los equipos de salud en relación a la perspectiva intercultural en el primer nivel de atención. Los resultados surgen de un formulario con preguntas abiertas que fue aplicado al personal mencionado de forma voluntaria y anónima, como parte de una muestra intencional con el fin de abarcar distintas miradas.

Es válido destacar que el presente trabajo no pretende realizar generalizaciones, sino condensar algunos elementos particulares que hacen al trabajo concreto en el primer nivel de atención a partir de nuestras experiencias de rotación.

Metodología

A los fines de analizar cómo se trabaja la perspectiva intercultural en efectores del primer nivel de atención, desde la mirada de los trabajadores que forman parte de los equipos de salud, se propuso una metodología de abordaje cualitativo. Si bien cada centro de salud presenta características y configuraciones singulares, los tres cuentan con un equipo ampliado de trabajadores de diferentes áreas y disciplinas, médicas y no médicas, profesionales y no profesionales¹.

Como insumos del análisis partimos de la propia experiencia de trabajo, de nuestras observaciones y notas en cuadernos de campo,



1 Los equipos de trabajo están compuestos por las siguientes disciplinas y áreas: Medicina General, Ginecología, Pediatría, Clínica; Psicología, Psicopedagogía, psiquiatría, Trabajo Social, Fonoaudiología, Antropología; Enfermería, Farmacia, Nutrición, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Odontología; promotores y promotoras de salud; administración, personal de limpieza y seguridad.

con una posterior selección bibliográfica específica acerca de las categorías de territorio, APS e interculturalidad.

Luego se confeccionó un formulario a través de la herramienta de Google Forms con preguntas abiertas que fue aplicado al personal mencionado. La selección de la muestra fue intencional y el formulario fue dirigido y enviado a través de los canales de Whatsapp que reúnen a los trabajadores de cada efector. Esta selección tuvo como base la posibilidad de contar con miradas heterogéneas desde las distintas disciplinas y áreas de trabajo, considerando que todo el personal construye intervenciones con la población. El instrumento de recolección de datos fue completado de forma voluntaria y anónima, y se obtuvieron trece respuestas que constituyen la muestra de este análisis.

Las preguntas realizadas en el formulario fueron las siguientes: ¿Qué es para vos la interculturalidad?, ¿Qué lugar creés que los equipos de salud le otorgan a los saberes de la población?, ¿En qué situaciones de tu trabajo cotidiano reconocés que ponés en práctica la perspectiva intercultural? Podés dar ejemplos, ¿Qué herramientas son necesarias para trabajar desde la perspectiva intercultural?

Aproximaciones al territorio

Para comenzar partimos de algunas conceptualizaciones vinculadas al territorio. Tal como proponen Borde y Torres-Tovar (2017), “el territorio es el escenario fundamental donde transcurre la vida” (2017:265). En él se produce y reproduce la vida cotidiana y se expresan las condiciones materiales de existencia de las personas y las sociedades. Se trata de una categoría central para pensar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte ya que es allí en el territorio donde residen los elementos que permiten comprender cómo las desigualdades afectan diferencialmente el devenir de la salud.

A modo de caracterización de los barrios en los que se ubican los CeSAC –Villa 20, Comuna 8 y Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli, Comuna 7–, según datos extraídos del Análisis de Situación de Salud –ASIS– de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 2017, las Comunas 7 y 8 son áreas que cuentan con tasas de fecundidad global por encima de dos hijos, y sus tasas de envejecimiento son bajas. Esto se traduce

en una población joven y en una alta demanda de atención de la salud pediátrica y obstétrica en la zona. Debido a la desigual distribución de recursos y de la inversión en política pública vigente de la ciudad, se configuran problemas en el acceso a la salud y la educación de los chicos debido a la falta de turnos y vacantes escolares. Una situación similar sucede con las personas con discapacidad o con padecimientos de salud mental, a raíz de políticas también deficitarias en esos sectores.

Por su parte, siguiendo los datos del ASIS, en el 2017 el 18,7% de la población de la ciudad Autónoma de Buenos Aires contaba solamente con cobertura pública de salud. En el caso de la Comuna 7 ese número era superior a la media, y en el caso de la Comuna 8, el porcentaje de población que solo contaba con cobertura pública alcanzaba el 46%. Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil del 2017 fue de un 7,8% en la Comuna 7, y de un 8,9% en la Comuna 8, sobrepasando la cifra general de CABA, de un 6,7%. En esta línea, el sistema de salud público de CABA se encuentra saturado, particularmente en esta área de la ciudad, lo que lleva a que se agrave y profundice el problema de acceso a la atención de la salud de la vasta mayoría de la población de la zona.

Según la misma fuente, las tasas de mortalidad general más altas también se manifiestan en la Comuna 8, en el rango de los 10 a los 50 años, donde la tasa es dos veces mayor a la media de CABA. La Comuna 7 cuenta con cifras similares. Asimismo, ambas comunas superan ampliamente a la cifra media de la ciudad en lo que respecta a todas las enfermedades infecto-contagiosas listadas en el ASIS 2017. Se observa que, en algunos casos, la diferencia puede llegar a ser el doble con respecto a la media. Esto ocurre con el dengue, la tuberculosis, la meningoencefalitis y en el caso de enfermedades de transmisión vertical como el Chagas y la sífilis congénitos.

A partir de estas cifras se puede realizar una breve aproximación a la situación de salud en estos sectores y es posible sostener que se trata del área con los peores índices socio sanitarios de la ciudad. Muchas personas que habitan estos barrios realizan actividades laborales vinculadas al área textil y suelen trabajar extensas jornadas en talleres de costura sin ventilación y luz solar. Por otra parte, parte de la población

realiza trabajos a destajo desde sus propios hogares, en condiciones de hacinamiento que favorecen la transmisión de infecciones como la tuberculosis. Esto se traduce en el ascenso de casos y en la gravedad de los mismos. En relación a esto, es importante tener en consideración que muchas mujeres llevan a cabo las tareas de cuidado de sus hijos en el trabajo por no contar con suficientes espacios comunitarios de primera infancia, lo que produce la exposición de todo el grupo familiar a tales condiciones desfavorables. Otras personas se dedican al trabajo en la construcción, en condiciones de precarización y sin equipos de trabajo adecuados ni seguro por accidentes, lo cual las expone a lesiones permanentes –que en algunas ocasiones las inhabilitan para continuar trabajando–.

Por consiguiente, es posible identificar que tales situaciones de salud se configuran de acuerdo a las condiciones materiales de existencia, lo que permite pensar que “la gente vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción), dinámicas que se dan ligadas al territorio” (Borde y Torres-Tovar, 2017:272).

Para la reflexión sobre esto es necesario tener presente algunos ejes prioritarios en el Primer Nivel de Atención, entre ellos: el Programa de Tuberculosis, debido a la alta incidencia de la enfermedad y por la implicancia social de la misma, y el Programa de Salud Sexual, donde se enmarcan, entre otros, los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico –CePAD– que trabajan en la prevención y promoción de la salud de enfermedades infecto contagiosas como la sífilis o el VIH. Estos dispositivos, a su vez, forman parte de las rotaciones programáticas de la Residencia de Trabajo Social en Salud.

En cuanto a la caracterización singular de los barrios en cuestión, según el censo del año 2016 realizado por el Instituto de Vivienda del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires –en adelante IVC–, en Villa 20 viven 27.990 personas, 9.116 familias, y existen 4.559 viviendas. Del total de esas personas, el 56% es nacida en Argentina, el 28,1% en Bolivia, 14,4% en Paraguay y el 0.9% en Perú, siendo el 41% de los jefes de hogar nacidos en Bolivia. El 18% de los niños y adolescentes de la Comuna viven en Villa 20, siendo el promedio de edad del barrio de 25 años.

En cuanto al barrio Ricciardelli, tomando la información del Censo del año 2018 realizado por el IVC, en el barrio viven 40.059 personas, 12.852 familias y existen 4.907 viviendas. El 65% de las familias tiene entre 2 y 4 integrantes. En la Comuna 7 el 20% de la población tiene más de 60 años; en el barrio Ricciardelli esa población se reduce al 3%. En relación a los jefes de familia, el 60% nació en Bolivia, el 18% en Argentina, el 10% en Perú y el 9% en Paraguay. Asimismo, el 46% de la población total nació en Argentina, el 40% en Bolivia, el 6% en Perú y el 6% en Paraguay. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 13% de las personas son extranjeras.

Estos datos hablan de la riqueza cultural que caracteriza a la vida social de estos barrios. Por ello, se hace necesario reconocer las “complejas relaciones que se dan entre individuos, sociedad y naturaleza, que dan cuenta de un determinado perfil de deterioro o de protección de las poblaciones que lo habitan” (Sánchez y León, 2006, en Borde y Torres-Tovar, 2017: 272), y que se traducen en las condiciones de vida, las oportunidades de accesibilidad a la salud y la calidad de los servicios disponibles para las comunidades de este segmento de la sociedad.

Comprendiendo al territorio como producción social y dando cuenta de los procesos de luchas y resistencias, es posible pensar la coexistencia de diversos territorios que reflejan el encuentro entre distintos actores sociales que les otorgan otros sentidos. En el campo de la salud, varias experiencias denotan la importancia de contar con esta perspectiva en los procesos de atención e intervención. Tal como plantean Borde y Torres-Tovar (2017):

Abordar el territorio demandaría una reorientación de la acción de la salud pública para actuar sobre la determinación social de los procesos salud-enfermedad y muerte, re-territorializando su intervención y superando su acción focalizada en la enfermedad y en el ajuste de los estilos de vida de los individuos (2017:265).

Es importante destacar que los CeSAC se insertan en los territorios, constituyéndose como actores que forman parte de las dinámicas barriales. Las organizaciones sociales y políticas, los comedores, los espacios comunitarios y las instituciones estatales se anclan en los ba-

rrios conformando redes de participación social que contribuyen –no sin conflictos y ni disputas– a favorecer los procesos de salud de las personas. Los efectores de salud se han caracterizado por participar de forma activa en los procesos históricos de conformación, configuración y reconfiguración de los barrios en que se encuentran, así como también por funcionar como un vínculo más en el entramado de redes de participación y contención.

Consideramos entonces que los efectores del Primer Nivel de Atención se tornan espacios oportunos para desarrollar praxis situadas en los territorios, desde donde se pueden conjugar las distintas miradas que hacen a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte por parte de los trabajadores que componen los equipos. Esto nos invita a pensar y repensar la estrategia de la APS junto con la perspectiva intercultural como herramienta que se estructura desde los equipos de salud.

Atención Primaria de la Salud e Interculturalidad

La estrategia de APS se institucionalizó con la Declaración de Alma-Ata en 1978. Allí se pusieron de relieve dimensiones de la salud, construyendo conceptualizaciones que la conciben desde una perspectiva integral, sacando el foco de la enfermedad en sí misma. Tal como plantea Fariña (2021):

La APS surge como propuesta de abordaje en salud a fines de los años 70s en un contexto sociopolítico que evocaba la necesidad de considerar una nueva forma de comprender a la salud que se condiga con las nuevas perspectivas aportadas por la Salud Comunitaria (2021:120).

De este modo, en el documento de Alma-Ata se establece que:

La APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso

permanente de asistencia sanitaria (Declaración de Alma-Ata, 1978, art. 6).

Siguiendo estos lineamientos, “el primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias” (Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015:5). Por ende, es posible relacionar las experiencias antes mencionadas con el rol programático que cumplen los centros de salud en estos territorios, con la fundamentación teórica de las acciones desarrolladas en este marco y también con la posición ético política de quienes nos desempeñamos en APS.

Dentro de los efectores existen distintos programas, dispositivos y modalidades de atención. Por un lado, para organizar el abordaje de las situaciones en contexto, se distribuyen tareas en equipos territoriales interdisciplinarios con referencia en las manzanas del territorio circundante al CeSAC, a fin de acompañar a las personas y grupos familiares y favorecer la accesibilidad. Estos equipos territoriales surgen con el objetivo de pensar integralmente actividades de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva situada, es decir, haciendo hincapié en las particularidades del territorio y de la población que lo habita. Asimismo, esta disposición permite generar articulaciones con otras instituciones, organizaciones y referentes barriales en pos de enriquecer el abordaje.

Los equipos territoriales también trabajan en articulación con programas que funcionan dentro de los CeSAC: por un lado, programas de lineamiento nacional y municipal, como lo son Salud Sexual y (no) Reproductiva, Tuberculosis y Discapacidad. Por otro lado, algunos propios de cada efector que surgen de la determinación de los equipos, como el Grupo de Mujeres con Obesidad, el Grupo de Factores de Riesgo, el Grupo de Adolescentes, el Grupo de Caminatas Saludables, el Grupo de Cuidados Domiciliarios y el Grupo de Adultes Mayores. La conformación de los programas y dispositivos que funcionan en cada CeSAC depende de las formas de organización de los procesos de trabajo de cada equipo, la composición del personal, la población asignada oficialmente a cada efector y la cantidad de trabajadores de

cada lugar. También tiene injerencia el diagnóstico que se realiza sobre la realidad socio sanitaria de los barrios.

Es interesante observar la estrecha relación que existe entre la estrategia de trabajo que se proponen los CeSAC y el contexto en que se desenvuelven los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte de la población usuaria; es decir, poder situar las intervenciones con una mirada atenta a las configuraciones territoriales. En base a esto, sostenemos la importancia de recuperar algunas nociones acerca de la perspectiva intercultural para poder integrarla como estrategia de intervención en APS.

Tomando a Guzmán Rosas (2016), la interculturalidad se conformó como una meta de la OMS para el período 2000-2005, ya que esta “implica el reconocimiento de la diferencia como aspecto inherente al ser humano y enfatiza la importancia de las diferencias que surgen del origen cultural, en cuanto estas son el sustento sobre el cual los sujetos construyen sus propias identidades” (2016:12). A su vez, tomamos la interculturalidad como una dimensión que forma parte del abordaje integral y crítico desde la perspectiva de la interseccionalidad.

Teniendo en cuenta que estas perspectivas han quedado establecidas en los sistemas normativos en los programas internacionales como un lineamiento fundamental para el abordaje de la salud, nos preguntamos acerca de su invisibilización pese a estar reconocida en diversos ámbitos. En esta línea, es importante considerar que en la Declaración de Alma Ata (1978) se especifica que la atención primaria de salud:

Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar (1978:2).

Asimismo, según lo entiende Herce (2019), “la interculturalidad en los sistemas de salud permite romper con las dicotomías que imponen categorías que favorecen o impiden el acceso al sistema” (2019:38).

Esto se debe a que la perspectiva intercultural no implica la supresión de las diferencias, sino por el contrario, ésta se define por su naturaleza crítica y por su búsqueda de revisar y reconstruir institucionalidades:

La interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad (Walsh en Stivanello, 2015:2).

Muestra de esto, se produce de manera habitual en el marco del Programa de Tuberculosis que las personas refieren la realización de saunas –terapias de vapor infusionado con plantas medicinales diversas, tales como la peperina y el eucalipto– ante la aparición de síntomas pulmonares que interfieran en las actividades diarias, sobre todo en el trabajo. Estas prácticas que en el plano subjetivo y social suelen ser fuentes de alivio y tranquilidad para las personas con respecto a la enfermedad y sobre todo al padecimiento que ésta causa en el cotidiano, son desaconsejadas por el profesional al iniciar tratamiento farmacológico. De la misma forma, se hacen indicaciones con respecto a la alimentación, los roles al interior de las familias, los pasatiempos, los viajes de visita al país de origen y otras tantas actividades que hasta la irrupción de la enfermedad eran habituales para las personas, pero que luego pueden constituirse en obstáculos para el sostenimiento adecuado del tratamiento.

Adicionalmente, la idea de educación para la salud también reproduce estos mecanismos marcando a les usuaries las actitudes correctas e idóneas para la prevención de nuevos cuadros, basadas en reproducir las actitudes validadas por la biomedicina hegemónica característica de nuestra cultura. Sin embargo, creemos en un existenciarío posible (Eyheremendy y otros, 2017) cuestionando la hegemonía cultural que sostiene al y se sostiene desde el sistema de salud, partiendo de considerar a la perspectiva de interculturalidad como una categoría esencialmente política.

Resultados: la mirada intercultural desde los equipos de salud

A través de las preguntas abiertas realizadas a los equipos de salud de los CeSAC hemos podido conocer las miradas y discursos en torno a la perspectiva intercultural, el lugar que se le otorga a los saberes de les usuaries y las formas posibles de integrar la interculturalidad en el trabajo cotidiano.

Les trabajadores asociaron esta perspectiva con el intercambio enriquecedor y el reconocimiento de y con otra cultura. Existieron respuestas donde la interculturalidad fue relacionada con la conexión, el encuentro y la comunicación entre personas diferentes, y surgieron reflexiones en torno a la coexistencia de grupos culturales distintos en el marco de la atención de la salud: “Encuentro entre culturas en condiciones de equidad; Enriquecimiento de visiones para la solución de un determinado problema” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023) .

Salaverry (2010) advierte acerca de las interpretaciones de la perspectiva intercultural en salud “algunas de las cuales son contrarias a la naturaleza misma de la interculturalidad interpretada como diálogo, al entenderla equivocadamente como un método para comunicar, transmitir e incorporar en poblaciones ‘primitivas’ las prácticas y conocimientos de la biomedicina” (2010:90). Sin embargo, algunas respuestas dieron cuenta de una lectura más compleja y crítica de la categoría:

Yo considero que se trata de una perspectiva de abordaje transversal en la que se articulan y mixturán los saberes, ya sea técnicos desde una perspectiva occidental con los ancestrales, propios de cada cultura (...) Es reconocer que nuestra forma de entender el mundo es limitada, construida y condicionada por nuestros patrones culturales, así poder convidarnos con las miradas de otros (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Otros trabajadores conciben la interculturalidad como intercambio idealizado, como un hecho social sin conflictividad y sin tener en cuenta las relaciones de poder que se configuran en las instituciones en

general, y en los escenarios de atención en salud en particular: “intercambiar opiniones, sentimientos, creencias y vivencias con todos mis pares y con la gente en general” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Otras respuestas cuestionaron la homogeneización de las culturas y el etnocentrismo que a veces puede primar en las estructuras médico hegemónicas: “en salud es una perspectiva para la atención. Entender que no existe un solo patrón cultural, que no se jerarquiza una cultura por sobre la otra, corriendonos de una mirada etnocéntrica” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Por otro lado, frente a la pregunta acerca de la valorización que se le otorga a los saberes de la población, resultó interesante ver la asociación de la interculturalidad con espacios físicos concretos, reduciéndola a un conjunto de actos puntuales que se llevan a cabo en espacios específicos del centro de salud o del barrio. Se asoció el salir al barrio con el espacio físico de las salas de espera y consultorios y al lugar simbólico de la APS en la sociedad y su rol con una población estereotipada de bajos recursos en territorios con carencias materiales:

Los equipos de salud son la primera comunicación directa con la población, se ve más reflejado en poblaciones de bajos recursos, los cuales al no contar con una obra social, se dirigen en primera instancia a los centros de salud de acción comunitaria” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Muchas respuestas giraron en torno a integrar la diversidad cultural como estrategias puntuales con objetivos acotados, tendientes a mantener la forma vigente de trabajo en salud. Desde los equipos se reconoce que no se da lugar a los saberes de la población por “desconocimiento y desconfianza”, o se otorga un lugar “subsidiario, alternativo, periférico” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023), dado que priman los saberes del modelo médico hegemónico.

Se identifica que, a pesar de que la perspectiva intercultural no forma parte intrínseca del abordaje en salud, en algunas situaciones suelen incluirse los saberes culturales en tanto y en cuanto se complementan con las indicaciones profesionales. Sin embargo, en algu-

nas respuestas se plantea que “el desafío surge cuando esas pautas se contraponen con indicaciones de ciertas patologías desde la mirada occidental” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023) .

Volviendo a Salaverry (2010), “las implicancias de aplicar la interculturalidad en salud significan para la medicina adoptar un nuevo paradigma, no adquirir algunas competencias adicionales dentro del paradigma vigente” (2010:90). En otras palabras, la perspectiva intercultural se basa en construir lineamientos de trabajo que generen intersticios a través de los cuales poder fugarse del modelo médico hegemónico.

En relación a las situaciones de trabajo cotidianas de los equipos en tanto reconocimiento y puesta en práctica de la perspectiva intercultural, las respuestas mostraron una simplificación de dicha perspectiva a momentos específicos o acciones puntuales: “cuando se explica la fisiopatología de una enfermedad/indicación/tratamiento de TBC/Adherencia y tolerancia al tratamiento” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Algunas intervenciones de los trabajadores tienen que ver con el hacerse entender con les usuaries, o lograr que realicen una determinada práctica o acción por su bien. Desde la hegemonía cultural y médica se estructuran como indicaciones, recomendaciones, órdenes, recetas, sugerencias que se contraponen en más de una ocasión con los valores de les usuaries acerca de su propio cuerpo y salud.

Se circunscribe la perspectiva intercultural a acciones concretas con orientación a fines acotados, en tanto instrumento y procedimiento estricto, perdiéndose la posibilidad de un abordaje integral complejo: “sólo para determinados problemas ligados a la organización institucional”; “limitación al trabajo técnico profesional que se hace desde el CeSAC, no como un habitar el mundo” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Sin embargo, en estas atenciones la perspectiva intercultural se pone en juego: “en la inclusión de la perspectiva de los protagonistas en las narraciones de su realidad”; “en poder historizar y preguntar e intentar conocer las trayectorias de vida de quienes tenemos enfrente. En cuestionar la propia cultura –la mía–, pero todo esto poquísimo” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Hay evidencias de que los trabajadores tienen en cuenta la escucha activa en el encuentro con la población y que ello se ha ligado a lo largo de las respuestas con la perspectiva intercultural. Qué dicen de su propia vida, de sus creencias y sus padecimientos les usuarios, cobra importancia para el abordaje. Algunos han resaltado que el lugar simbólico de la interculturalidad puede darse al momento de “favorecer el acceso y la articulación”, “en la entrevista, el querer saber qué piensa el otro y cómo la persona resolvería su problema”, “en saberes sobre cómo explican lo que les sucede. Por ejemplo, cuando enferman por qué creen que les sucede y qué estrategias se dan” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Finalmente, en relación a las herramientas para trabajar desde la perspectiva intercultural, las respuestas se vincularon a tener en cuenta la dimensión humana y espiritual. Así como también, tener reuniones de equipo para llegar a objetivos comunes. Además, se mencionaron la escucha activa, la participación de la población en el diseño e implementación de políticas públicas y las herramientas necesarias para integrar la perspectiva intercultural al trabajo en salud: “son necesarias la reflexión, la interdisciplina, la construcción territorial y el tiempo”; “Material y experiencias de otros equipos desde la lógica de práctica singular, situada” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Otros hicieron foco en la necesidad de formaciones teóricas específicas, en poder contar con espacios de intercambio con la población y en reflexionar acerca de las implicancias de la propia cultura. En líneas generales, la tecnificación y cualificación académicas acerca de la interculturalidad fueron visiones compartidas por quienes participaron de las preguntas: “talleres de sensibilización de la temática, conocer las diferentes culturas de la población con la que se trabaja”, “poner en valor los saberes de los otros”, “conocer y comprender más su cultura”, “formarnos en problematizar los propios constructos culturales” (Trabajadores de los equipos de salud, julio 2023).

Reconocemos que, por lo general, las respuestas de los equipos toman a la interculturalidad como un factor relevante para el trabajo cotidiano, aunque no se incorpora como perspectiva transversal en el abordaje en salud.

Sin embargo, identificamos que durante la rotación tuvieron lugar eventos culturales de las comunidades usuarias de los CeSAC que sacudieron a los territorios, tales como el fallecimiento de vecinos muy queridos, grandes movilizaciones políticas, procesos de urbanización, desalojos, aperturas o cierres de instituciones significativas, fiestas patronales, entre otros. Siendo que los equipos de salud han sido partícipes de estas instancias, desde nuestro punto de vista, es fundamental apropiarnos de la interculturalidad en tanto perspectiva integral de atención.

Discusión

El análisis sobre el territorio, la APS y la perspectiva intercultural permitió formular nuevos interrogantes, no sólo acerca del modelo médico hegemónico, sino también en nuestra implicancia en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte y en el rol ético político de nuestra profesión.

Conocer las miradas de los equipos acerca de la perspectiva intercultural ha permitido identificar que, tal como sucede con otras dimensiones de la vida social, la interculturalidad se torna un lente con el cual analizar la realidad. Como trabajadoras de la salud nos preguntamos cuántas veces tenemos en cuenta la hegemonía cultural en el encuentro con la población, en la planificación y puesta en marcha de estrategias de promoción y prevención en salud, en el diseño de actividades y en la comunicación con les usuaries.

Más allá de las herramientas concretas que puedan construirse en los procesos de abordaje y atención, es imprescindible hacer hincapié en dicha perspectiva como marco que estructura las prácticas cotidianas. En esta clave el Trabajo Social dispone de herramientas éticas políticas y prácticas para fomentar la incorporación de la perspectiva intercultural en el trabajo en salud.

A partir de esto, es que resulta importante construir una mirada crítica, política e histórica sobre las relaciones asimétricas entre culturas y los conflictos de poder que se juegan alrededor del hegemonismo cultural y médico en los diversos campos de la vida social, específicamente, en el de la salud.

Sostener el ejercicio de repensar la propia práctica haciendo foco en los equipos y efectores de salud, corriendo el lente analítico que solemos poner sobre la población usuaria, se constituye en una praxis imprescindible para reconocer y tensionar las asimetrías que la perspectiva intercultural nos permite identificar.

Referencias bibliográficas

Borde, Elis y Torres Tovar, Mauricio (2017) “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”. *Revista Saúde Debate*, 41 (Especial), 264-275.

Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; y Stolkiner, Alicia (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 14, 201-209.

Fariña, María Carla (2021). Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención comunitaria. *Revista Debate Público*, (21), 120-131.

Guzmán-Rosas, Susana Carolina (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 10-29.

Herce, Jorge (2019) Apuntes sobre fronteras, *Revista Soberanía Sanitaria*, Año 3, (6), Fundación Soberanía Sanitaria. Recuperado de: <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/apuntes-sobre-fronteras/>

Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2015), *Manual de Introducción al Trabajo en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*.

Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Instituto de Vivienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (IVC) (2016). *Informe Final del Censo de Villa 20*.

Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Instituto de Vivienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (IVC) (2018). *Informe Final del Censo del Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli (ex Villa 1-11-14)*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1978). *Declaración de Alma-Ata*. URSS.

Salaverry, Oswaldo (2010), Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 17, 80-93.

Stinavello, María Betina (2015), Aportes al debate de la interculturalidad en salud. *Revista Márgen*, (76).

Anexo

A continuación se adjunta el formulario realizado a trabajadores de los CeSAC como insumo del presente trabajo.

Preguntas del Formulario

“El siguiente cuestionario se enmarca en la realización del trabajo final del segundo año de la residencia de trabajo social en salud de CABA, con sede de formación en el Hospital Piñero. A partir del proyecto de investigación que se está realizando de forma transversal a dicha sede de residencia, surgió la inquietud por trabajar nociones vinculadas a la perspectiva de la interculturalidad en la atención primaria de la salud. Por ello, hemos seleccionado a trabajadores de la salud de los CeSAC de rotación (N°18, N°40 y N°20) que participan en los equipos de ambos efectores, con el objetivo de conocer sus miradas acerca de la temática mencionada. Te invitamos a responder estas cuatro preguntas de forma anónima, sólo te tomará unos minutos. ¡Te agradecemos por tu tiempo y por compartirnos tu perspectiva!”

¿Qué es para vos la interculturalidad?

¿Qué lugar creés que los equipos de salud le otorgan a los saberes de la población?

¿En qué situaciones de tu trabajo cotidiano reconocés que ponés en práctica la perspectiva intercultural? Podés dar ejemplos.

¿Qué herramientas son necesarias para trabajar desde la perspectiva intercultural?

II. Respuestas del Formulario

¿Qué es para vos la interculturalidad?	¿Qué lugar creés que los equipos de salud le otorgan a los saberes de la población?	¿En qué situaciones de tu trabajo cotidiano reconocés que ponés en práctica la perspectiva intercultural?	¿Qué herramientas creés que son necesarias para trabajar desde la perspectiva intercultural?
Intercambiar opiniones , sentimientos , creencias y vivencias con todos mis pares y con la gente en general.	En la sala de espera , en el consultorio , saliendo al territorio	En el día a día , en el control , en el consejo , etc	La humana , la espiritual que casi nunca le damos bolilla,

<p>Comunicación entre personas con ideas diferentes o grupos culturales distintos , en donde se busca enriquecer el conocimiento aportado por cada uno de ellos , para llegar a resolver una determinado problema.</p>	<p>Creo que los equipos de salud somos el nexo Fundamental para la comunicación , atención, y cuidados sanitarios para la población. Los equipos de salud son la primera comunicación directa con la población, se ve mas reflejado en poblaciones de bajos recursos, los cuales al no contar con una obra social , se dirigen en primera instancia a los centro de salud de acción comunitaria para la evolución, diagnóstico, tratamiento y/o derivación a un nivel secundario de salud.</p>	<p>En la organización del equipo interdisciplinario a la hora de afrontar un determinado problema de salud , por ejemplo , periodos de vacunas del calendario , periodos de bronquiolitis, en la pandemia , es decir , en todo tipo de problemas de salud que conlleva una organización institucional para afrontar dicho problema de la población , poniendo en práctica la perspectiva intercultural de los integrantes del equipo de salud.</p>	<p>Fundamental una reunion de equipo ,en periodos acotados , para llegar a un objetivo en común entre los equipos interdisciplinario de la salud.</p>
<p>El reconocimiento de que no hay una sola ni hegemónica cultura, y lo pienso como desafío, ya que no creo posible trabajar en interculturalidad sin tb cuestionar las desigualdades de etnia, clase, género y tb las relacionadas con la edad (infancias, adolescencias y vejezes)</p>	<p>Un lugar muy subsidiario. Hay desconocimiento y desconfianza.</p>	<p>En poder historizar y preguntar e intentar conocer las trayectoria de vida de quienes tenemos enfrente. En cuestionar la propia cultura (la mía).pero todo esto poquísimo.</p>	<p>Formarnos en problematizar los propios constructora culturales.</p>
<p>El encuentro de elementos de diversas culturas en condiciones de equidad.</p>	<p>Si bien se empieza a problematizar desde hace unos años, siguen siendo experiencias aisladas. O sea, sigue ocupando un lugar más alternativo, periférico.</p>	<p>En la inclusión de la perspectiva de lxs protagonistas en las narraciones de su realidad.</p>	<p>Escucha y participación en el diseño de políticas públicas en los distintos niveles de abordaje del sistema de salud.</p>
<p>Yo considero que se trata de una perspectiva de abordaje transversal en la que se articulan y mixturán los saberes, ya sea técnicos desde una perspectiva occidental con los ancestrales, propios de cada cultura.</p>	<p>Creo que si bien no es una perspectiva explícita de abordaje, suelen contemplarse los saberes culturales en la medida en que pueden complementarse con las indicaciones profesionales. Creo que el desafío surge cuando esas pautas se contraponen con indicaciones de ciertas patologías desde la mirada occidental. Como por ej la medicación psiquiátrica, que ciertos chamanes desaconsejan por considerar que las alucinaciones, etc refieren a posesiones malignas.</p>	<p>En reforzar la importancia de la transmisión de la cultura en las crianzas, a través de las comidas, festividades, etc. llevando a otras instituciones intervinientes las pautas culturales adaptadas a las condiciones laborales. Ej: desde los equipos muchas veces se evalúa negativamente en la construcción del vínculo madre-hije que las madres en los talleres de costura o en sus casas atendiendo la casa y otros hijos no les hablen ni “estimulen” occidentalmente a les niños, cuando en realidad se trata de formas propias de crianza de cada cultura. Entre otros ej.</p>	<p>El conocimiento e indagación los modos de vivir, morir, festejar, nacer, cocinar, resolver la enfermedad, acompañar, de la población de nuestros territorios. Conocer cómo se fueron dando los procesos migratorios, la comunicación con sus paisanos que quedaron en sus países, como se asientan en el barrio, como definen quienes viajan y quienes se quedan allá, etc. Este conocimiento y su valorización se constituye en herramienta al momento de tomarla para las intervenciones. No desconocerla, no estandarizar y homogeneizar s la población ni nuestras intervenciones.</p>

<p>Es reconocer que nuestra forma de entender el mundo es limitada, construida y condicionada por nuestros patrones culturales, así poder conocernos con las miradas de otros</p>	<p>Los saberes de la población están siempre en primer lugar de conversación, aún al invisibilizarlos. No tenemos forma de acercarnos a las personas si no es a través del lenguaje y este siempre va a cruzarse con sus miradas y saberes</p> <p>Sin embargo, sobretodo en las disciplinas más ligadas al cuerpo, se suele subestimar o desestimar a los saberes de las personas e intentar recortar sus relatos para que entren en nuestros marcos de realidad</p>	<p>Creo que se pone muy en juego al mismo tiempo que pensamos en trabajar situadxs y de manera territorial. Saber que las intervenciones no pueden ser estereotipadas y desconocer del contexto de la persona.</p> <p>Por eso atraviesa a todas mis prácticas, sea en atención en consultorio, actividades de promoción y prevención o trabajo en equipo. Se pone en juego al interpretar los discursos que las personas construyen sobre sus problemas de salud y al intentar comunicar pautas o recomendaciones. A su vez se pone en práctica una mirada intercultural en la gestión de priorizar ciertas problemáticas.</p>	<p>Son necesarias la reflexión, la interdisciplina, la construcción territorial y el tiempo. Se precisan tanto de condiciones subjetivas como materiales</p>
<p>La interculturalidad se refiere al reconocimiento de las distintas identidades, orígenes, tradiciones y saberes de las personas</p>	<p>Se le dan lugar cuando se habilita el diálogo, la pregunta, cuando se reconoce la diferencia en tanto aporte</p>	<p>Cuando indago sobre historia de vida de pacientes migrantes, tradiciones, creencias, modos de crianza, saberes sobre cómo explican lo que les sucede. Por ejemplo cuando enferman porque creen que le sucede y qué estrategias se dan.</p>	<p>Material y experiencias de otros equipos desde la lógica de práctica singular, situada.</p>
<p>es un intercambio desde la transversalidad entre diferentes culturas que promueve el conocimiento y el enriquecimiento mutuo</p>	<p>poco</p>	<p>al preguntar sobre costumbres alimentarias en las consultas por ej.</p>	<p>tiempo para escucha en las consultas y otros espacios como talleres o jornadas</p>
<p>Es diversidad de saberes, costumbres, maneras de vivir, de comer. Concepciones diferentes que pueden coexistir.</p>	<p>Entiendo que muy poco, salvó excepciones.</p>	<p>En las consultas</p>	<p>Empatía, comprensión. Apertura y deconstrucción</p>
<p>Es tener en cuenta en la interacción con otros, las diferentes miradas, percepciones e imaginarios que cada persona trae en relación a su cultura, y que esa interacción se da en condiciones de igualdad o equidad sin que una cultura prevalezca sobre otra</p>	<p>Muy variable, en el primer nivel de atención creo que hay mayor cantidad de profesionales que tienen en cuenta y respetan los saberes de la población, pero de todas formas no es algo que prevalece, sobre todo en áreas médicas y técnicas. En el segundo y tercer nivel creo que es más escaso (sobre todo en áreas médicas) está mirada</p>	<p>Cuando intento explicar la fisiopatología de una enfermedad, o doy una indicación de un tratamiento. Cuando trabajamos con el equipo de TBC en relación a cuestiones de adherencia y tolerancia al tratamiento antituberculoso. Cuando damos charlas o hacemos talleres con la comunidad de diferentes temáticas</p>	<p>Capacitación teórica específica en el tema, talleres de sensibilización de la temática, conocer las diferentes culturas de la población con la que se trabaja</p>

<p>Conjunto de personas que vienen de distintos lugares, de distintas nacionalidades. Cada uno tiene su cultura, sus rasgos, vienen de distintas crianzas. En bs as tenemos de todos, acá en la salita, bolivianos, peruanos, brasileños, chilenos. Personas que vienen conocidos, que vienen a atenderse y después se vuelven a sus sectores de donde son. Y después siguen volviendo.</p> <p>Una vez vino una chica brasilera que hablaba en portugués y pocas palabras en español. Tratamos de entenderla como pudimos, la guiamos por las notas que tenía (órdenes).</p>	<p>Primordialmente se escucha a la persona. De a poco vamos haciendo los estudios y la vamos guiando. Personas que nunca se hicieron control ginecológico, la vamos guiando.</p> <p>Depende de cada situación. Hay familias que son muy complejas. Intentamos solucionar todo lo más posible en el momento en que la familia está en el centro de salud, porque no sabemos si va a volver. Si no se acerca al control, vamos a ver a la casa para ver qué pasó, porque no vino.</p> <p>Todo el equipo se empaña en las situaciones. Si al paciente lo vio solo el médico en el consultorio, después lo conversamos entre todo el equipo para guiar a la persona.</p>	<p>Cuando viene una señora y no entiende algo, tratamos de solucionarle. La ayudamos.</p> <p>Trato de articular con sobretornos por ejemplo, para que la persona pueda venir a atenderse más tranquila.</p> <p>Intento llamar a las personas para recordar los turnos, porque no sabemos en qué situaciones están viviendo las personas.</p> <p>Un ejemplo de una situación fue una vez que vino una señora a la puerta y contó sobre una familia que vino de Perú hace poco y lxs veía viviendo en malas condiciones.</p> <p>Desde el equipo territorial pensamos en articular para darle un turno para control de lxs niñxs. Desde el equipo siempre pensamos cómo ayudar y cómo activar situaciones complejas.</p>	<p>Estae dispuesta a ayudar. Porque si viene una situación y una no está dispuesta a ayudar, por más que tenga internet, la documentación, etc., No sirve de nada. Hay que tener disponibilidad, paciencia, escucha.</p> <p>No todos podemos llegar de una manera a la gente. Todos llegan de distinta manera a las personas.</p>
<p>El intercambio entre culturas</p>	<p>Poco lugar</p>	<p>En la entrevista cuando quiero saber que piensa en otro que tiene y como lo resolvería o cuando veo practicas que no conozco y pregunto de que tratan</p>	<p>La escucha, la empatia, la simetría</p>
<p>Es el vinculo/ conexión entre culturas</p>	<p>Antes de la pandemia creo que le otorgaban mas lugar, Haciendo reuniones o peñas en las cuales les participantes podian charlar de sus culturas, compartir resetas, musica etc. Ahora no creo que le den tanto espacio.</p>	<p>En el equipo de adolescentes</p> <p>En el consultorio de la residencia</p>	<p>El oido, escuchar a las personas y conocer y comprender mas su cultura. Para poder adaptarse a la sociedad que vivimos hoy en dia</p>

<p>En salud , es una perspectiva para la atención. Entender que no existe un solo patrón cultural, que no se jerarquiza una cultura por sobre la otra, corriendonos de una mirada etnocéntrica.</p>	<p>Es difícil generalizar a los equipos de salud. Pero si tuviera que ponerlo en una generalización, no se jerarquiza.</p>	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">- con el idioma. Cuando concurren pacientes que hablan quechua, invito a una compañera que traduzca para facilitar la atención.- Tradiciones en relación al fallecimiento de familiares de diferentes comunidades. Acompañando en los procesos, concurrendo a las casas, etc-Alimentación: adecuando indicaciones a las comidas tradicionales de las diferentes comunidades.	<p>Información, abrir la escucha , poner el valor los saberes de los otros, espacios de intercambio con la comunidad, etc.</p>
---	--	---	--

Recibido: 11/03/2024

Aceptado: 23/07/2024