

## Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud

Una aparente paradoja nos orienta en esta presentación de un simposio dedicado a la salud intercultural en la *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* (RPMESSP). Por un parte, en un país multicultural y en el cual los problemas de salud pública no son posibles de abordar sin la referencia a nuestra diversidad de pueblos y culturas, es de imperiosa necesidad referirnos al tema, a esa diversidad cultural de los pueblos con cosmovisiones sobre la salud y con prácticas y convicciones alejadas de la formación tradicional recibida en las universidades, pero por otra parte y desde el mismo título de la Revista que continua rindiendo homenaje a la impronta de Claude Bernard con su referencia a la medicina experimental, pareciera ser este un lugar ajeno para tratar los diversos temas que se vinculan con la salud intercultural y que se desarrollan en los límites entre la ciencia médica y las ciencias sociales, en particular la antropología y la sociología.

Esa es una razón más para saludar que la RPMESSP, que ya ha incluido en números anteriores artículos referidos al tema, desarrolle un simposio sobre la interculturalidad en salud. Los temas desarrollados no pueden incluir toda la diversidad de abordajes y mucho menos cubrir la amplitud de temas a la que nos incita la interculturalidad aplicada a la salud, pero la selección de los trabajos intenta mostrar que la interculturalidad no es un tema privativo de poblaciones indígenas, como lo puntualiza el trabajo de Knipper que extiende su aplicación a Europa y al resto del mundo, señalando además que las definiciones básicas tienen una complejidad mayor de la que podemos suponer, pero, al mismo tiempo, una potencialidad enorme. El desarrollo de la interculturalidad y su ingreso en la formación de recursos humanos en salud, se refleja en el artículo, que dedicado al caso mexicano, pero extrapolable a la realidad latinoamericana, nos presenta Campos. Las relaciones entre la historia interna de la medicina y el desarrollo de la interculturalidad y algunos de los temas que desarrolla se presentan en el artículo de Salaverry. Los aspectos lindantes entre la antropología y la medicina son abordados con un sugerente artículo de Fernández-Juárez sobre la cirugía entre las poblaciones originales de América, desnudando como en las más sencilla de las intervenciones de la medicina occidental se esconde un mundo de interpretaciones cuando es vista desde la perspectiva de otra cultura. Un tema puntual perteneciente a temores atávicos de la población andina se refleja en la descripción e interpretación del mito del *pishtaco*, que periódicamente cobra actualidad.

En general, la interculturalidad en salud es un tema transversal a salud pública y, por tanto, a diferencia de lo ocurrido en otros simposios, no se intenta agotar el tema que hoy presentamos a través de un conjunto de artículos, el objetivo es incitar a la profundización sobre el tema al lector habituado a buscar en las páginas de la RPMESSP resultados de investigaciones basadas en laboratorio. La complejidad de la interculturalidad va aparejada con la imperiosa necesidad de incorporarla en la formación de recursos humanos en salud y desde la RPMESSP, que cumple también una vocación docente y difusora de la investigación, se ha abierto sus páginas constantemente a este aspecto de nuestra realidad sanitaria. El simposio que hoy ponemos a disposición de sus lectores sin duda continuará con artículos que mostrarán en el futuro los desarrollos y avances de lo que en el editorial se ha denominado, la nueva frontera de la medicina.

Oswaldo Salaverry, Editor Invitado

## INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Oswaldo Salaverry<sup>1,2,a</sup>

### RESUMEN

La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. El artículo discute, desde una perspectiva histórica, el desencuentro original entre poblaciones indígenas americanas y los conquistadores europeos y como este ha marcado en adelante su acceso a los servicios de salud. Se plantean y discuten algunos de los múltiples problemas actuales vinculados a la interculturalidad como la identificación de los indígenas y la relación entre derechos humanos e interculturalidad, para finalmente presentar una revisión de la génesis del concepto de interculturalidad en salud y una muestra de su complejidad de adaptación a la medicina científica a través de los conflictos que derivan del concepto de síndrome cultural.

**Palabras clave:** Competencia cultural; Salud pública; Población indígena; Perú (fuente: DeCS BIREME).

<sup>1</sup> Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico, Doctor en Medicina.

## INTERCULTURALITY IN HEALTH

### ABSTRACT

Interculturality in health is a recent concept that develops in response to claims of indigenous peoples for their right to their cultural identity, but also correspond to a global trend of incorporating the "right to the difference", which distinguishes and promotes coexistence between different cultural groups in the same territory. The article discusses, from a historical perspective, the original mismatch between Native American populations and European conquerors that marked out their access to health services, and discussed some of the many current issues related to, as the identification of indigenous people and the relationship between human rights and interculturality, to finally present a review of the genesis of the concept of interculturalism in health and their complexity reviewing the concept of cultural syndrome and his adaptation to scientific medicine.

**Key words:** *Cultural competency; Public health; Indigenous population; Peru (source: MeSH NLM).*

*Hay una enorme diferencia entre los discursos que son de difícil acceso por la propia naturaleza del tema tratado y aquellos en que la oscuridad deliberada de la prosa oculta cuidadosamente la vacuidad o la banalidad.*

Sokal, Alan & Bricmont, Jean. *Imposturas intelectuales.*

### INTRODUCCIÓN

Los términos de interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y otros semejantes se han introducido en el discurso y en la práctica de la salud pública en los últimos años, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias o similitudes e implicancias. Una ya abundante y creciente literatura médico-científica, utiliza estos conceptos y, diversas iniciativas, públicas y privadas, algunas de alcance local y otras de alcance nacional en muy diversos países, afirman fundamentarse en estos conceptos, sin embargo, una simple revisión de sus alcances y orientaciones nos muestra una diversidad que pareciera semejar la diversidad cultural sobre la que se fundamentan estos conceptos. Esta realidad tiende a confundir al profesional de la salud que, por limitaciones derivadas de su formación académica tradicional exclusivamente en biomedicina, está muy alejado de las ciencias sociales y carece, por tanto, de una trama conceptual con la cual adentrarse en las complicaciones de la incorporación de los aspectos culturales de la práctica sanitaria.

El presente artículo revisa en forma introductoria algunos de los aspectos vinculados con la interculturalidad, su origen y en particular, a la interculturalidad en salud como un elemento que contribuye para que los profesionales de la salud aborden el tema desde una perspectiva de competencia cultural.

### PERSPECTIVA HISTÓRICA

La evidencia de la diversidad cultural no es un tema contemporáneo, es tan antigua como la humanidad,

desde los albores de la antigüedad los viajeros han dejado evidencia de su sorpresa al comparar las lenguas, religiones, costumbres y las muy diversas formas de apropiarse y explicar la realidad que desarrollan distintos pueblos <sup>(1)</sup>. Esta constatación, sin embargo, no trascendía el dato, la referencia y su asombro; si alguna explicación se brindaba a esta diversidad era de carácter mítico, vinculándolo más con la propia historia que con la ajena. En occidente, esta forma de relacionarse con el otro, con lo extraño y ajeno, se mantiene hasta la edad media, los libros de viajeros se referían a lejanos imperios como el de Catay y, al describir sus costumbres, el estilo no se diferencia, en su carácter descriptivo, a los de la época clásica <sup>(2)</sup>. Algo más tenían en común ambos grupos de relatos: se referían mutuamente a sujetos lejanos que podían exacerbar su asombro pero con los que no mantenían una relación de compartir espacios, eran en su sentido más profundo el extraño, el otro <sup>(3)</sup>. Corresponde al periodo de difusión imperial de la cultura europea los primeros intentos de explicación de esta diversidad, de la busca de una interpretación ya no para un conocimiento lejano sino para interacciones directas y complejas. Son un ejemplo las discusiones, en el siglo XVI, sobre los pobladores americanos, las que pretendían entender la naturaleza de los indios (nombre equivocado que persistió) como diferente a la naturaleza de los europeos y, por tanto, una justificación para su esclavización. Dada la evidencia de las complejas culturas encontradas se cuestionó esta primigenia intención y la conocida disputa entre el padre De las Casas y Juan Ginés de Sepúlveda es el episodio culminante. La autoidentificación de los europeos como cultura superior y su derecho de esclavizar a los

indígenas se basaba en la posesión de la razón, que su vez se expresaba en la capacidad de recibir la doctrina cristiana. No se podía alegar como fundamento que los indígenas americanos no conocían la doctrina cristiana, pues evidentemente, eso era consecuencia de una acción humana, la evangelización no había llegado a ellos aún, pero la discusión se centraba en la capacidad que tuvieran para aceptarla y comprenderla. Los alegatos, en uno u otro sentido, sientan las bases de lo que será en los sucesivos siglos la enfrentada relación entre unos conquistadores pertenecientes a una cultura a su vez mestiza como la castellana de la época y la diversidad cultural aglutinada arbitrariamente como única y homogénea ante la mirada del conquistador. Aunque doctrinariamente la posición de De las Casas no fue la ganadora, su exposición de los abusos cometidos contra los indígenas dio lugar a que la corona española emitiera las llamadas “Leyes Nuevas” que prohibían la esclavitud de los indios y consideraba a los naturales como individuos, susceptibles de recibir la doctrina cristiana y por tanto pasibles de ser súbditos, pero al mismo tiempo como seres disminuidos, infantilizados y por tanto necesariamente sujetos a un tutelaje por los conquistadores civilizados, este último era el argumento central de la tesis de Sepúlveda, por lo que la polémica en realidad no quedó resuelta <sup>(4)</sup>.

El caso del imperio español en América, no sólo fue una primera evidencia de la diversidad cultural y de las complejas relaciones entre culturas, sino también de una primera relación intercultural en salud. Los conquistadores, y luego los emigrantes españoles, establecieron en la práctica dos sistemas sociales coexistentes en los territorios de ultramar, a los que se referían como una “República de españoles” y una “República de naturales”, cada una de ellas sometida a sus propias exigencias y regulaciones, dentro del marco de la obediencia al soberano metropolitano <sup>(5)</sup>. En el campo de la salud el afán proteccionista a los pobladores indígenas, que atraviesa toda la legislación indiana, no se correlacionaba en lo absoluto con lo que ocurría en la realidad. Incapaces de percibir que en las sociedades americanas, en la andina por ejemplo, el sistema sanitario estaba estrechamente vinculado con los aspectos religiosos y mágicos, (aunque el sistema sanitario español tenía igual naturaleza) <sup>(6)</sup>, por inspiración de las órdenes religiosas que se afincaron en las nuevas tierras se desarrolla durante la segunda mitad del siglo XVI la llamada “extirpación de idolatrías” que, conducida por sacerdotes que no supieron distinguir en los sanadores nativos el componente curativo de sus prácticas de los aspectos mágicos y religiosos que estas conllevaban, llevaron a la destrucción del sistema sanitario andino prohibiendo el ejercicio de sus curaciones y castigando a quienes las enseñaran o practicasen. En el

transcurso de dos o tres generaciones se perdieron siglos de conocimientos acumulados. Sobrevivieron prácticas y conocimientos aislados los cuales incorporados en los conocimientos colectivos pasaron a ser componentes de un sistema de medicina popular o, como luego se llamaría, medicina folklórica <sup>(7)</sup>. Aun así, y dadas las limitaciones de la medicina occidental, esa medicina popular es el antecedente y la base de las diferentes medicinas tradicionales que se desarrollaron en el mundo andino y mesoamericano, paralelamente a la hegemonía de la medicina occidental con sus limitaciones y avances.

La referencia anterior no sería sino la constatación de una más de las tantas pérdidas culturales propias de todo proceso de conquista, sino fuera también la base para que se implantara un sistema sanitario diferenciado por castas que dio inicio a la marginación del poblador indígena. La desaparición del sistema sanitario indígena se reemplazó, en el ámbito urbano, con la caridad cristiana que creó “Hospitales de naturales” <sup>(8)</sup>. Estos establecimientos brindaban atención a los indios, pero se entendía esta atención como dar asilo al moribundo o al que padece una enfermedad grave mientras se expresaba la voluntad divina que lo sanaría o lo llevaría a la muerte, en cuyo caso, al haber accedido, dentro del hospital, a la atención religiosa se tendría un “buen morir”. El choque cultural entre las concepciones nativas del proceso de enfermedad y curación y las propias de la medicina española del siglo XVI condujeron a un resultado inevitable: la firme convicción de los pobladores nativos de que los establecimientos de salud eran sólo un lugar para morir y en los cuales, por cierto, no entendían en absoluto las causas de enfermedad, según ellos la percibían desde su cosmovisión. La progresiva desvalorización y estigmatización del indio también alcanzó la medicina; a la inicial admiración de los conquistadores por las habilidades terapéuticas y quirúrgicas de los nativos le sucedió un progresivo menosprecio oficial a sus prácticas, ya no por razones religiosas que la vinculaban con actos demoniacos, sino porque paralelamente a la destrucción de los conocimientos indígenas, se fue construyendo una imagen del indio como un ser ya no sólo infantil, como fue su primera interpretación, sino como un ser degenerado en lo físico, en lo moral y en lo intelectual <sup>(9)</sup>. Siendo esa la percepción generalizada, como podría esperarse de ellos una medicina que fuera comparable con la occidental.

Encontramos así, una mirada oficial que protegía la salud de estos súbditos disminuidos, como se consideraba a los indígenas, pero una desvalorización y estigmatización social que llevó a que el término indígena fuera considerado peyorativo y, por tanto, rechazado por los pobladores andinos, quienes hasta la fecha continúan identificándose como miembros de una etnia pero rechazan el término indio y se autorefieren como campesinos.

A comienzos del siglo XIX, se forman las repúblicas americanas, pero no como resultado de una reivindicación de los derrotados históricos, es decir las etnias indígenas subyugadas, sino como una revolución criolla, urbana y bajo el influjo de la revolución francesa y norteamericana. Su énfasis en los derechos políticos y ciudadanos no aportó nada a las grandes masas campesinas que participaron en el proceso sólo como enrolados a la fuerza en los ejércitos organizados por ambos bandos en disputa. Implantada la república la situación de los indígenas no mejoró y al contrario en algunos casos empeoró. El antiguo "tributo indígena" herencia de su condición de conquistados, se mantuvo durante la república, cambiando el nombre por "contribución indígena" <sup>(10)</sup>. En particular en el aspecto hospitalario, como los preceptos de la revolución emancipadora suponían crear una república de ciudadanos con idénticos derechos, se suprimieron los hospitales por castas, y otras medidas protectoras propias del régimen disminuido en que los había mantenido el virreinato. Ese paso formal de indios a ciudadanos <sup>(11)</sup>, sin ningún avance real, fue el marco en el cual las repúblicas mantuvieron la invisibilidad del indio.

## MULTICULTURALIDAD, MULTICULTURALISMO E INTERCULTURALIDAD

Antes de intentar acercarnos al concepto de interculturalidad debemos orientarnos en términos y conceptos que podrían llevar a confusión. Uno de ellos es la multiculturalidad de la que deriva el multiculturalismo, pero lo que parece ser un juego de palabras es en realidad una distinción importante, la multiculturalidad es el reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, sean estas originarias, inmigrantes o derivadas o variantes de una cultura hegemónica. En ese sentido, diversas legislaciones nacionales, habiendo ya abandonado el simplismo de la nación culturalmente homogénea, se autodefinen como multiculturales por la existencia en su territorio de pueblos originarios, pero en realidad el multiculturalismo no está enfocado exclusivamente a los pueblos indígenas, nativos u originarios; sino a las diferencias culturales que pueden observarse en una sociedad, independientemente de cual es el origen o naturaleza de esta diversidad de culturas. De la multiculturalidad se deriva el multiculturalismo, pero este no es una simple aplicación o consecuencia de la multiculturalidad: identifica una actitud de respeto frente a la diferencia cultural cualquiera que sea la naturaleza de esta, por tanto, trasciende el componente étnico, pues las diferencias culturales no se limitan o derivan de las diferencias étnicas. El multiculturalismo se genera dentro de la cultura occidental como una expresión del derecho a la diferencia, a la diversidad, y

no necesariamente por su componente étnico. En ese sentido, el multiculturalismo, de amplio desarrollo en los países desarrollados, ha sido importante en los procesos de reivindicación de distintos grupos marginados por opciones diversas: religiosas, sexuales entre otras y ha permitido que alcancen sus derechos <sup>(12)</sup>.

Puede interpretarse las reivindicaciones indígenas como un caso especial dentro del multiculturalismo pero con una notable diferencia, en todos los casos los pueblos indígenas han desarrollado una cultura propia, previa o simultáneamente a la cultura hegemónica en un determinado territorio, y por diversas razones históricas han devenido en culturas dominadas, subyugadas o que se mantienen en territorios aislados dentro de un mismo país. Sus reivindicaciones por tanto, al referirse a la supervivencia de una cultura viva, o con más precisión sobreviviente al contacto con la cultura hegemónica, son de naturaleza distinta a las del derecho a la diferencia. Por otra parte, el multiculturalismo, en general, no busca la interacción con la cultura que lo rodea, sino el definirse como comunidad separada, delimitada claramente y homogénea a su vez, y entiende que la relación entre culturas o subculturas es de tolerancia mutua, sin avocarse a la búsqueda de contactos y mutuos aprendizajes que deriven de ellos.

El concepto de multiculturalismo, se desarrolla, en particular en Estados Unidos, en el campo educativo dando lugar al biculturalismo, solución apropiada para la sociedad norteamericana que supone que un mismo individuo puede recurrir a elementos pertenecientes a dos culturas diferentes y hasta contrapuestas y, sin embargo, separar claramente entre ambas a voluntad. Tal es el caso de la educación bilingüe, que se practicaba en Estados Unidos y que también llega a diversos países de América Latina. Luego de algunos años de aplicación de este modelo de educación bilingüe, los cuestionamientos, en América Latina, se acrecientan a fines de los años 60, acusando que este modelo educativo no resultaba en la conservación de las lenguas nativas y de la cultura nativa en que se sustentaba esa lengua, sino todo lo contrario; el contacto en supuesta equidad de las dos culturas en realidad se efectuaba en un marco de preeminencia y ventaja de la cultura dominante sobre la cultura dominada, induciendo a los jóvenes a abjurar de sus patrones culturales originarios y reemplazarlos por los de la cultura dominante, que se percibía como superior. Se producía así la aculturación de las comunidades indígenas y la homogenización del castellano como lengua oficial y del poder, relegando los idiomas nativos y despojándolos de su carácter vivificador de la cultura.

En un intento de continuar con los intercambios, pero despojándolos del carácter inequitativo, surge la idea de

una educación intercultural<sup>(13)</sup>. Esta perspectiva educativa se basa en la idea que la cultura de las comunidades, de todas las comunidades y no sólo las indígenas o nativas, se define por su interacción mutua con otras culturas /... *La cultura sólo puede ser pensada y vivida, conjugada o declinada en plural.../*<sup>(14)</sup>. La interculturalidad se torna así, no en una consecuencia de la voluntad de interactuar sino el elemento central que ha permitido el desarrollo y evolución de las culturas; y ese encuentro y mutua fundamentación, que ha ocurrido históricamente y ha creado las culturas existentes, se puede propiciar continuamente creando un marco educativo en el cual, con equidad y con respeto mutuo, interactúen individuos de culturas diversas en la búsqueda activa de un mutuo aprendizaje

Bajo este marco interpretativo, la interculturalidad que surge desde el campo de la educación tiene, en los años 70, simultáneamente dos ámbitos de desarrollo: América Latina y Europa. En el caso de América Latina tal como se indicó, como consecuencia de la crítica de la educación bilingüe y, en Europa, ante las primeras oleadas de inmigrantes musulmanes, latinoamericanos y asiáticos, que generan realidades sociales no vistas anteriormente. No es por cierto la interculturalidad una opción unánimemente aceptada, ni en el campo educativo ni en la antropología, y el desarrollo y la difusión del concepto de interculturalidad hacia nuevos campos derivó de factores político-sociales, en particular en América Latina.

Los movimientos indígenas o la corriente del indigenismo, hasta bien entrado el siglo XX era más bien de carácter romántico y pasadista, se definía con más facilidad por su rechazo al pasado que por su apuesta por el futuro, pero sobre todo tenía una característica, en su mayoría, los adherentes a estos movimientos no eran los propios indígenas sino intelectuales, muchas veces regionales o provincianos, que asumían el rol de defensores de los pueblos originarios, en muchos casos con severas contradicciones internas y limitaciones conceptuales. La ideologización de las reivindicaciones planteadas por las propias organizaciones indígenas se inicia en esa misma década del 70, marcada por diversos regímenes autoritarios, militares o no, que al buscar afianzar su base popular difundieron un nacionalismo que, entre otros puntos glorificaba un pasado precolombino y ancestral que tenía continuidad en los actuales pueblos campesinos e indígenas. La rápida autonomía que desarrollaron los movimientos indígenas frente a estas propuestas que pretendían utilizarlos en proyectos políticos fue una muestra de su creciente capacidad de crear una agenda propia. Era el momento adecuado para encontrar una orientación de sus reivindicaciones y con el apoyo de diversos científicos sociales pronto

los movimientos indígenas asumieron la perspectiva intercultural.

## PUEBLOS INDÍGENAS

La interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. De allí la importancia de la determinación de los pueblos indígenas, lo cual a su vez implica el reconocer un grupo humano diferenciado de los demás y luego acceder a su identidad. La mirada homogeneizadora con la cual los europeos clasificaron a los nativos americanos, todos ellos como "indios" no fue un buen comienzo; una vez más la historia nos brinda un derrotero para acercarnos al proceso. Los actuales pueblos indígenas en América Latina, son el resultado de siglos de marginación y desestructuración que han roto lazos ancestrales y dividido lo que alguna vez fue uno; pero también ha creado forzosamente vínculos o cercanías que no correspondían a la evolución natural de las relaciones sociales. Se puede reconstruir los vínculos originales a través de la lingüística que identifica grupos idiomáticos y por consiguiente relaciones entre comunidades hoy muy separadas. Esa aproximación, sin embargo, no es útil al momento de identificar la actual diversidad, pues la evolución social de estos pueblos ha creado, según el proceso que hemos mencionado, identidades propias que es necesario reconocer.

La mirada homogeneizadora del conquistador vio como una unidad cultural y étnica, lo que en realidad era la expresión de una enorme diversidad cultural que se había mantenido en complejo equilibrio durante siglos. Como ejemplo recordemos que en el mundo andino se identificó toda la cultura como perteneciente al ámbito quechua, que era hegemónico bajo los Incas, desconociendo que el apogeo Inca no iba más allá de 200 años antes del arribo de los europeos. Las diversas etnias y pueblos que integraban el Tahuantinsuyo se mantenían en un equilibrio en el cual las identidades culturales propias interactuaban enriquecedoramente con otros pueblos y etnias. La evidencia de cronistas y relatos indígenas nos muestra una relación entre comunidades totalmente diferente a la existente en el mismo periodo en Europa. Mientras los españoles terminaban una guerra de reconquista y luego expulsaban a judíos y moros de sus territorios, con el consiguiente descalabro de la economía y la ciencia, en el Perú antiguo los mitimaes trasladaban de un lugar a otro del territorio patrones culturales que tendían a mantener un adecuado equilibrio entre la necesaria homogeneidad cultural de un estado con la conservación de la riqueza cultural de cada pueblo que lo integraba.

**Tabla 1.** Perú: población mayor de 5 años según área de residencia y lengua materna. 2007

Lengua	Total		Área urbana		Área rural	
	N	%	N	%	N	%
Castellano	20 718 227	83,9	17 108 922	90,5	3 609 305	62,3
Quechua	3 261 750	13,2	1 521 391	8,1	1 740 359	30,1
Aymara	434 370	1,8	189 525	1,0	244 845	4,2
Otra lengua nativa	223 194	0,9	39 337	0,2	183 857	3,2
Idioma extranjero	21 097	0,1	20 493	0,1	604	0,0
Sordomudo	28 899	0,1	16 912	0,1	11 987	0,2
Total	24 687 537	100,0	18 896 580	100,0	5 790 957	100,0

Fuente: INEI Censos nacionales 2007. XI de población y VI de vivienda

Al arribo de los europeos esa mirada homogeneizadora y aglutinadora produjo una verdadera catástrofe cultural. Además de las epidemias y la desestructuración social que provocaron una debacle demográfica <sup>(15)</sup>, las reducciones de indios, la mita y otras instituciones virreinales contribuyeron a la pérdida de identidades locales y regionales, las lenguas nativas fueron desapareciendo en el mundo andino cediendo frente a una lengua común de comunicación interna, una verdadera lengua franca como el quechua, y una de vínculo con el poder: el castellano. La expresión más clara de esa nueva estructura la podemos ejemplificar en ese personaje profundamente influenciado por el choque cultural que es Guaman Poma de Ayala, el indio ladino que al conocer el castellano y mantener contactos con sacerdotes y otros personajes españoles adquiere un rol de mediador, que en su caso particular estuvo teñido de denuncia <sup>(16)</sup> pero también de promotor de un nuevo orden, en el cual ya encuentran lugar indios y españoles.

En ese contexto, la determinación de cuales y cuantos son los pueblos indígenas es un problema que va mucho más allá de ser un tema de tecnología censal, implica una relación entre la cultura hegemónica y los pueblos indígenas; en términos antropológicos es el resultado de la construcción del "otro", sin embargo hay una historia epidérmica de este proceso interno que también es necesario conocer. En el caso de América, las distorsiones se inician desde los primeros contactos; el descubridor no sólo tuvo el error primigenio de identificar a los originarios de América como "indios" creyendo que había llegado a Asia <sup>(17)</sup>, sino que pese a las evidencias abrumadoras de la existencia de muy diversas culturas y sociedades, los conquistadores los incorporaron en una sola categoría de "naturales", la cual le interesaba cuantificar en razón que, los indios o naturales como perdedores en la conquista estaban sujetos a tributos y diversas obligaciones, que la compleja mecánica administrativa del virreinato necesitaba conocer para

asignar a españoles y autoridades civiles y eclesiásticas las prebendas que se les había otorgado.

La tecnología censal de la época, basada en la perspectiva etnocéntrica europea, era la de contar "fuegos", es decir que consideraba que alrededor de cada "fuego" u "hogar" se reunía una familia nuclear con un número de individuos que variaba de cuatro a seis u ocho según las apreciaciones de los encargados y que correspondían al número de individuos que formaban una familia en Europa. Al aplicar esta metodología a los pueblos originarios, además del enorme subregistro propio de no haberse apropiado de todo el territorio (la Amazonía no fue incorporada sino hasta épocas muy recientes), desconocía la existencia de diversas formas de parentesco lo que distorsionaba el número de individuos.

La asignación étnica por parte del registrador fue la norma durante el periodo virreinal, donde por cierto la abundancia y diversidad de castas generadas por el mestizaje entre europeos, indígenas y negros funcionaba para efectos de clasificación social, tratando de identificar a los individuos por los porcentajes de "sangre" de una u otra raza originaria <sup>(18)</sup>, pero para el caso de los registros censales, la compleja y hasta pintoresca diversidad de nombres asignados para las diversas castas se simplificaba en categorías gruesas: español, indio, mestizo, mulato y negro. El advenimiento del periodo republicano en América, no modificó esta forma de determinación de la etnia y será hasta que las demandas indígenas a fines del siglo XX asuman el reclamo de la identidad de sus pueblos, que se discutirá el tema de la definición de indígenas para efectos censales.

Existe consenso entre los científicos sociales que se debe superar las limitaciones de la identificación por características étnicas para identificar a los pueblos originarios, y la mejor manera de hacerlo es preguntar al individuo su percepción de pertenencia, es decir cómo se identifica en su relación con un pueblo

**Tabla 2.** Perú Población de comunidades amazónicas 2007

Pueblo indígena	Población	Porcentaje	Ecoregión
1. Actual	10 919	3,28	Amazónico
2. Aguaruna (Aguajum)	55 366	16,63	Amazónico
3. Arahua	301	0,09	Amazónico
4. Amarakaeri	1 043	0,31	Amazónico
5. Amuesha (Yanesha)	7 523	2,26	Amazónico
6. Arabela	403	0,12	Amazónico
7. Arazaire	317	0,10	Amazónico
8. Ashaninka	88 703	26,64	Amazónico
9. Asheninka	8 774	2,64	Amazónico
10. Bora	748	0,22	Amazónico
11. Candoshi-Murato (Shapra)	3 255	0,98	Amazónico
12. Capanahua	384	0,12	Amazónico
13. Caquinte	439	0,13	Amazónico
14. Cashibo Cacataibo	1 879	0,56	Amazónico
15. Cashinahua	2 419	0,73	Amazónico
16. Chamicuro-Cocama Cocamilla	63	0,02	Amazónico
17. Chayahuita	21 424	6,43	Amazónico
18. Cocama Cocamilla	11 307	3,40	Amazónico
19. Culina	417	0,13	Amazónico
20. Ese'Ejja	588	0,18	Amazónico
21. Huachipaeri	392	0,12	Amazónico
22. Huambisa	10 163	3,05	Amazónico
23. Huitoto – Muiname	55	0,02	Amazónico
24. Huitoto – Meneca	297	0,09	Amazónico
25. Huitoto – Murui	1 512	0,45	Amazónico
26. Iquito	519	0,16	Amazónico
27. Jebero	126	0,04	Amazónico
28. Jebero-Chayahuita 1/	226	0,07	Amazónico
29. Jibaro Achual 1/	168	0,05	Amazónico
30. Kichwaruna	116	0,03	Amazónico
31. Kisamberi-Sapitieri-Amarakaeri	47	0,01	Amazónico
32. Lamas (Llacuash)	16 929	5,08	Amazónico
33. Marinahua	20	0,01	Amazónico
34. Mastanahua-Sharanahua-Marinahua	79	0,02	Amazónico
35. Matses	1 724	0,52	Amazónico
36. Matsigenca	11 279	3,39	Amazónico
37. Nomatsiguenga	8 016	2,41	Amazónico
38. Ocaina	97	0,03	Amazónico
39. Orejón	190	0,06	Amazónico
40. Piro	3 261	0,98	Amazónico
41. Pukirieri	168	0,05	Amazónico
42. Quichua	19 118	5,74	Amazónico
43. Resigaró-Ocaina	37	0,01	Amazónico
44. Secoya	921	0,28	Amazónico
45. Sharanahua – Marinahua	486	0,15	Amazónico
46. Shipibo – Conibo	22 517	6,76	Amazónico
47. Ticuna	6 982	2,10	Amazónico
48. Toyoeri-Amahuaca-Matsiguenga	77	0,02	Amazónico
49. Toyoeri-Shipibo-Conibo-Ese'Ejja-Arazaeri-Matsiguenga	48	0,01	Amazónico
50. Urarina	4 854	1,46	Amazónico
51. Yagua	5 679	1,71	Amazónico
52. Yaminahua	600	0,18	Amazónico
<b>Total</b>	<b>332 975</b>	<b>100,00</b>	

Fuente: INEI, II Censo de comunidades indígenas de la Amazonía peruana.

determinado y no clasificarlo por gruesas categorías étnicas; el proceso, sin embargo, aún no es asumido por las diversas autoridades nacionales y el número de indígenas a los que se hace referencia, incluso en documentos internacionales, es muy variado para un mismo país en un lapso muy corto. Algunos países, como Ecuador, desde su censo nacional del 2001, incluyeron la variable étnica a través de la pregunta ¿Cómo se considera: indígena, negro (afroecuatoriano), mestizo, mulato, blanco u otro? Si bien esto implica un avance, se mantiene el agrupamiento grueso y además evidentemente las alternativas recurren a la perspectiva exclusivamente fenotípica de caracteres externos físicos y no a la pertenencia a una cultura específica.

En el Perú, el más reciente censo nacional, en el 2007, fue desarrollado paralelamente al II censo de comunidades indígenas de la Amazonía peruana, y si bien en el censo nacional no se incluyó la pertenencia étnica, la variable de lengua materna da un estimado de la población indígena en Perú, tal como se observa en la Tabla 1.

Por su parte el censo de comunidades indígenas amazónicas se limitó a las comunidades amazónicas previamente identificadas y registradas como tales, y si bien en algunos casos se incorporó a comunidades no registradas oficialmente, el censo de comunidades no muestra, no puede mostrar por sus características, el número de habitantes de una etnia, y las condiciones socioeconómicas en que viven, pues muchos de ellos, sin haber abandonado su convicción de autoidentificación ya no viven en las comunidades o incluso viven en otras comunidades o han emigrado y, sin embargo, desde una perspectiva cultural continúan siendo miembros de esta etnia.

Si bien el censo de comunidades presenta limitaciones metodológicas y operativas diversas, el resultado refleja un panorama cercano a la realidad, aunque limitado a comunidades amazónicas, algunos de sus resultados, que no corresponde detallar en este artículo, nos muestran las brechas existentes: sólo 5,5 % cuenta con servicio de agua por la red pública dentro y fuera de la vivienda. El 73,3 % se abastece de agua procedente de río, acequia, manantial o similar y el 15 % por medio de pozo. Sólo el 40,9% de las comunidades tiene un establecimiento de salud y, de estos, sólo el 10,9% corresponde a un centro de salud o posta. La Tabla 2 muestra los resultados demográficos del censo de comunidades

En el tema de la identificación de los pueblos indígenas, los instrumentos internacionales añaden una complejidad adicional, así el *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes* de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) tiene su propia definición de pueblos indígenas <sup>(19)</sup>:

*b) a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.*

El énfasis de la definición, como puede observarse, parece recaer en la vinculación con pobladores originarios, es decir en la preexistencia de estas comunidades antes de que se hayan conformado los actuales países, lo que podríamos llamar el factor histórico-geográfico; pero se complementa la definición con la necesidad de acreditar que conservan *...Todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas...;* lo que podríamos llamar el factor cultural. Si bien pareciera que se deja de lado en esta definición la autoidentificación; el artículo segundo del mismo convenio lo explicita:

*2. La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.*

La identificación étnica, bien sea bajo la forma virreinal de "casta" o republicana de "raza" fue consistentemente utilizada en el Perú en los registros civiles, pues determinaba deberes y derechos diferenciados a los de la población "blanca". La identificación era un calificativo evaluado y consignado por el registrador, en la época previa a los registros civiles, por el sacerdote, en los libros de nacimientos, bautizos, matrimonios y defunciones, luego en los libros de registros civiles, pero tanto en un caso como en el otro la calificación se basaba en factores externos, fenotípicos y no en los de pertenencia cultural, mucho menos por autoidentificación del individuo.

La atribución peyorativa y descalificante de "indio" o "negro", propia de un racismo aún persistente en el país, condujo a que se retirara la categoría "raza" o su eufemismo "color" que se usó hasta bien entrado el siglo XX en los registros civiles; pero esta decisión, tomada con el espíritu de las normas constitucionales que explícitamente prohíben cualquier discriminación, condujo a una indeseada invisibilización de los indígenas dentro del sistema de salud y dentro de los otros servicios y prestaciones del estado.

Al no incluirse la pertenencia étnica en los registros de los servicios de salud, se torna imposible distinguir dentro de los agregados epidemiológicos, el estado de salud de la población indígena. Esa es la razón de la carencia de

datos confiables que permitan establecer metas. En el caso peruano la *Estrategia sanitaria salud de los pueblos indígenas* ha solicitado desde el año 2004 se incluya la pertenencia étnica en los registros de salud. En un proceso participativo con las organizaciones de pueblos indígenas amazónicos se ha consensuado sobre las diversas etnias que deberían distinguirse, estableciendo un listado, siempre modificable y perfectible, pero absolutamente representativo de la diversidad de pueblos indígenas amazónicos que permitiría, sin gasto alguno adicional, conocer el real estado de las enfermedades prevalentes entre la población indígena. Diversos estudios, realizados en comunidades indígenas concretas, que no son por cierto extrapolables a todo el universo indígena amazónico, dan cifras alarmantes. Si la condición de ruralidad y pobreza se correlacionan con peores indicadores de salud, en el caso de los pueblos indígenas estos tienen una brecha aun mayor, son los marginados y excluidos dentro de los marginados y excluidos.

La identificación de los pueblos indígenas adquiere así una complejidad insospechada, tiene implicancias políticas, sociales y de derechos, pero también urgencias como en el caso específico de la salud, en cuyo sector, de no identificarse la línea desde la cual se parte, poco será lo que se pueda modificar del estado de salud de esta población.

## **DERECHOS HUMANOS E INTERCULTURALIDAD**

Los derechos humanos nacen en el siglo XVIII, luego de la revolución francesa y americana, se basan en la convicción que todos los seres humanos comparten una dignidad inherente. Estos derechos llamados de primera generación se limitan a los aspectos políticos y civiles como una forma de limitar el autoritarismo de los gobiernos y comprenden el derecho a la libertad, a la libre expresión, la libertad de credo religioso y otros semejantes. A inicios del siglo XX, derivado de la fuerte influencia de la ideología socialista y de movimientos sociales como la Revolución rusa se interpreta que los derechos civiles son simples libertades formales que no tienen consistencia sino se complementan con una segunda generación de derechos; los llamados derechos económicos, sociales y culturales. Con la creación de las Naciones Unidas luego de la Segunda Guerra Mundial se inicia un proceso de internacionalización de los derechos humanos que tiene su base en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948, pero como su nombre lo indica solo tiene el carácter de recomendación para los estados. Las normas vinculantes se darán con dos pactos; el *Pacto internacional de derechos civiles y políticos* y el

*Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* ambos de diciembre de 1966. Sobre esta base se desarrollan convenciones regionales de derechos humanos, inicialmente en Europa, (1959), seguida de la *Convención Americana de Derechos Humanos* de 1990 y otras posteriores.

A partir de los años 70, y en relación con nuevas condiciones internacionales derivadas del surgimiento de nuevas naciones por la culminación del proceso de descolonización así como de la constitución de bloques de países del Tercer Mundo como los No Alineados, más una creciente interdependencia de los países, se postulan nuevos derechos, denominados de tercera generación, que por una parte atienden a problemas concretos de la consolidación de las nuevas naciones y a la necesidad de enfrentar coordinadamente problemas entre los diversos países que conforman el nuevo panorama internacional. Es en este marco que surge el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo OIT, que es el referente para las reivindicaciones indígenas.

El más reciente desarrollo en este tema es la declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del 13 de septiembre de 2007, la cual dio término a un proceso de más de 20 años de discusiones, inicialmente en la Comisión de Derechos Humanos y posteriormente en la Asamblea General.

La existencia de los derechos indígenas dentro del conjunto de los derechos humanos ha dado lugar a un intenso debate de implicancias éticas y filosóficas sobre sus alcances. Uno de los puntos que genera más divergencias es el de los límites de los derechos derivados de la cultura con relación a los derechos inherentes a todos los seres humanos, es decir, hasta donde alcanza el "derecho a la diferencia". El tema es complejo pero entre los extremos del relativismo absoluto y el quietismo de los derechos eternos y universales, las soluciones deben basarse más que en principios generales, en análisis individualizados para cada situación concreta, basándose en la práctica. Los límites de este acercamiento a los conflictos éticos, es señalado sin embargo con pertinencia por Camps:

*La humanidad como ideal y la protección del individuo han sido los dos estandartes de la ética. Las diferencias, tanto individuales como grupales, han de ser salvadas y defendidas de intromisiones y alienaciones siempre y cuando, al mismo tiempo, se preserven y queden garantizados los contenidos básicos de la justicia, la dignidad o la humanidad. p. 93<sup>(20)</sup>.*

El etnocentrismo inherente a toda cultura, pero en particular a la occidental ensoberbecida por sus logros

materiales, establece patrones universales en los que no suele reconocer la impronta de su propio sesgo cultural, por lo cual es muy pertinente que se aplique lo señalado por Garzón <sup>(21)</sup>, en el sentido que, el que un grupo cultural considere sus normas legítimas desde su propia perspectiva no deriva en que posean legitimidad universal y no puedan ser rebatidas y combatidas. Como indica

*Sostener que es posible pasar del plano de las creencias al plano de lo debido es falso, no porque podamos no estar de acuerdo con lo creído, sino por razones lógicas. Ob cit p. 49.*

Su argumentación hace referencia a evidentes conflictos dentro de la propia cultura occidental y sin embargo asumidos, en algunos casos por amplísima mayoría de los integrantes de una comunidad nacional en determinado momento, como válidos y propios de su desarrollo cultural, tal es el caso de los nazis o de los partidarios del *apartheid*, etc. El que se pueda disentir y limitar las asunciones de esta naturaleza no implica caer en el absolutismo ético, ni en la intolerancia.

Desde una perspectiva más operativa, los derechos de los pueblos indígenas también han sido discutidos en el sentido que los instrumentos internacionales no son lo suficientemente claros en definir el "sujeto" de esos derechos y deberes atribuidos a los pueblos; por lo cual se *...Arroja dudas sobre si efectivamente todo grupo social, antropológicamente discernible, sea posible titular de los mismos...* <sup>(22)</sup>.

## HACIA UN CONCEPTO DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Habiendo revisado el surgimiento del concepto de interculturalidad, y su relación con los derechos humanos, debemos intentar ubicar como es que llega este concepto a la medicina o a la salud. A diferencia de lo que ocurre en educación en la que se puede identificar claramente el proceso de evolución conceptual y los caminos que sigue, en lo que se refiere a su aplicación en las ciencias de la salud no encontraremos un claro derrotero. Es cierto que podemos encontrar antecedentes que conducen a la interculturalidad en salud en la antropología médica, que al estudiar las diversas prácticas médicas en el contexto de culturas diferentes a la occidental ha generado una gran cantidad de estudios sobre diversas culturas que iluminan aspectos fundamentales de la relación del hombre con la enfermedad; pero la antropología médica está teñida inevitablemente de su carácter no participante, es una disciplina de observación por excelencia <sup>(23)</sup>, sin correlación con la práctica médica

concreta en la que pretenden formar a sus alumnos las escuelas de medicina. Relegada a la periferia del currículo médico, cuando no desterrada totalmente, los aportes de la antropología estudiando los subsistemas médicos dentro del entorno de las culturas se orientaron hacia los pueblos primitivos o así considerados y, por tanto, profundizó su alejamiento de la medicina práctica, confinándose a una torre de marfil en la cual se cobijan eruditos profesores. A pesar de sus interesantes desarrollos, la antropología médica no es la vía por la cual la interculturalidad en salud ha ido adquiriendo protagonismo, aunque sin duda tiene y tendrá un rol fundamental en su desarrollo.

En salud, como en otros campos contemporáneos, la incorporación de la interculturalidad no es en realidad un desarrollo interno, aunque haya encontrado aliados notables dentro del sistema; es el resultado de la influencia decisiva de un conjunto de factores externos, de índole política y social que han iniciado su actuación desde el término de la Segunda Guerra Mundial y continúan actuando en esta época postmoderna. Al término de la Segunda Guerra Mundial la descolonización dio lugar a la creación de nuevas naciones que se autogobernaron de allí en adelante y en estas existían y existen grandes tensiones entre diversas culturas que habían estado subyugadas durante su período colonial, pero que ante la creación de naciones independientes inevitablemente irían adquiriendo preeminencia en la construcción de una nueva nacionalidad. En aquellos países que, como en el caso de América Latina ya se acercan al bicentenario de su proceso de independencia, los cambios que sucedieron al nuevo ordenamiento mundial luego de la Segunda Guerra Mundial dieron lugar a un profundo reacomodo de sus estructuras sociales que a su vez liberaron tensiones sociales reprimidas y derivadas también de un irresuelto problema étnico que se mantuvo aletargado después de la independencia.

No es ese, sin embargo, el único factor que actúa presionando sobre la incorporación de un tema étnico en las sociedades contemporáneas. Luego de siglos de emigración de las metrópolis a la periferia, el intercambio, por razones de la distribución de la riqueza y oportunidades, se invirtió. Desde mediados del siglo XX la emigración desde las naciones tercermundistas o simplemente pobres hacia los países ricos ha sido incesante, cambiando la composición étnica de muchos países que habían disfrutado de una homogeneidad étnica y cultural impenetrable durante siglos. En este caso el desarrollo de un estado de bienestar que como ideal se buscaba y en parte se había conseguido en los países desarrollados se vio de pronto asediado por nuevas tensiones derivadas de una composición étnica

que ponía a prueba los límites de su enfoque basado en los derechos de sus ciudadanos.

Así sea por emigración o por empoderamiento de los pueblos indígenas, la interculturalidad adquiere vigencia contemporánea y una de sus exigencias es que se incorpore en la salud, exigencia externa que presiona a los sistemas de salud y por políticas gubernamentales se impone paulatinamente, sin embargo, al no ser originaria de la medicina ni un desarrollo de su derrotero biomédico, encuentra muy diversos caminos y rutas de aplicación que explican el desconcierto que puede causar en el practicante de las ciencias de la salud, que formado en una disciplina con aspiraciones de científicidad, de pronto se encuentra enfrentado a una realidad para la cual no se encuentra preparado, y es más, para la cual su formación le prepara en sentido contrario. No contribuye mucho a sacarlo del desconcierto el que no se tenga una definición consensuada y operativa de lo que es interculturalidad en salud; definiciones que hablan de mutuo aprendizaje se confrontan con la firme convicción que le ha sido inculcada de que la ciencia tiene un método y que los resultados de aplicarlo le llevan a verdades únicas e inalterables a menos que por ese mismo método se avance en nuevas explicaciones. En ese modelo de pensamiento, ¿cómo es posible el dialogo con interpretaciones basadas en fenómenos no controlables y verificables? Existe un cierto grado de injusticia al juzgar duramente la supuesta falta de competencia intercultural de los profesionales de salud cuando se les exige que actúen en forma absolutamente contraria al modelo en que han sido formados. El problema es estructural y por eso 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. La incorporación de la interculturalidad en la salud se torna así en un tema de doctrina médica, de formación de recursos humanos y sólo como consecuencia de esos cambios un problema de sistemas de salud. Naturalmente, esto no implica que las políticas de salud intercultural deban postergarse, que las modificaciones al sistema de salud deban esperar a que concurran los cambios estructurales, por el contrario, esas medidas impulsaran y marcaran líneas de desarrollo en el proceso, de algún modo son la avanzada de un cambio exigido por la sociedad globalizada y basada en los derechos como es la que avizoramos en cualquier futuro imaginable.

Aunque se interprete que el concepto de interculturalidad en salud está en proceso de elaboración, no es previsible, en parte por la propia naturaleza aún controversial del concepto de base, es decir la interculturalidad, que en un futuro cercano se alcance

unanimidad y probablemente ni siquiera consenso en una versión final aceptada por todos. Esta particularidad que como hemos mencionado deriva en parte del origen antropológico de la interculturalidad <sup>(24)</sup> que al recorrer diversas etapas y rutas en diversas disciplinas ha ido encontrando e incorporando interpretaciones diferentes; también depende de las diversas perspectivas desde las que se usa el término en salud, algunas de las cuales son contrarias a la naturaleza misma de la interculturalidad interpretada como dialogo, al entenderla equivocadamente como un método para comunicar, transmitir e incorporar en poblaciones "primitivas" las prácticas y conocimientos de la biomedicina.

En medicina, si bien el término de interculturalidad en salud es reciente, gran parte de lo que entendemos por dicha denominación no es nuevo sino, en todo caso, es el rescate de una orientación muy antigua de la medicina occidental de incorporar una perspectiva étnica en la interpretación de la enfermedad, la que tiene sus antecedentes en la Grecia clásica y continúa en vigencia durante más de dos mil años, hasta ser abandonada debido al auge de la medicina tecnificada del siglo XIX. Así, en el proceso de cambio de paradigma que hemos mencionado, no todo es ir hacia nuevos conceptos, es en gran parte sumergirnos en nuestras raíces y encontrar bases para retomar una perspectiva centrada en las individualidades del "otro".

Uno de los más destacados libros de Hipócrates, *Sobre los aires, aguas y lugares*, del siglo V a.C., parte del asombro que le causa al sanador la diversidad y la diferencia de patologías entre los habitantes de Asia y Europa <sup>(25)</sup> y encuentra su explicación en los climas diferentes que los albergan, llegando a la anticipatoria conclusión que *... Según sean los países, así serán sus gentes.../* <sup>(26)</sup>. La etnografía médica continuó siendo un campo cultivado por los médicos medievales y renacentistas, manifestando así su curiosidad por las extrañas costumbres referidas a la salud y las enfermedades de diversos pueblos, vinculándolas con las características costumbres y el hábitat diferente. Un lugar destacado en esta historia es ocupado por Paracelso, médico renacentista quien luego de una formación tradicional universitaria emprendió un largo viaje por el mundo entonces conocido, entrevistándose con todo tipo de sanadores y conociendo los más diversos tipos de prácticas sanadoras; en su amplitud de miras no distinguió ni prácticas nigromantes ni curaciones religiosas y, naturalmente, descubrió muy diversos sistemas sanadores. Fue un precursor del reconocimiento de diversas medicinas y actuando simultáneamente, lo que hoy llamamos pluralismo médico, pero también de una orientación en la medicina occidental que desarticula las prácticas terapéuticas concretas del contexto conceptual y creencial del sistema que las genera.

Como se ha señalado repetidamente, es el desarrollo tecnológico de la medicina en el siglo XIX, el que sobre la base de la visión epistemológica de Bernard y ensoberbecida por sus notables logros, lo que provoca el abandono de una visión más cercana a las particularidades de las comunidades a las que sirve.

## LOS RETOS DE LA SALUD INTERCULTURAL. SÍNDROMES CULTURALES

Los múltiples retos de la salud intercultural desbordan los objetivos de esta revisión, de algunos de los temas vinculados con la interculturalidad, pero la complejidad de la tarea se puede graficar en ese punto de contacto entre una visión intercultural y una visión etnocéntrica, occidental de la salud que son los síndromes culturales.

El término síndrome cultural se vincula con el término inglés *Culture-bound syndrome* que es a su vez una clasificación originada en la psiquiatría, donde se define como *Certain recurrent, locality-specific patterns of aberrant behavior and experience that appear to fall outside conventional Western psychiatric diagnostic categories*. Bajo esa asunción el DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publicado por la *American Psychiatric Association*, en su revisión del año 2000, incorpora diversos síndromes ubicando cada uno de ellos en un ámbito local específico y con un cierto grado de distribución. Una relación de los síndromes culturales aceptados por la psiquiatría norteamericana se puede revisar en el manual de la *American Psychiatric Association* (2000) <sup>(27)</sup>.

La existencia de los síndromes culturales dentro de la nosografía occidental puede interpretarse como un punto de contacto con otras manifestaciones de enfermedad que no son discernibles por la medicina occidental o que son remitidas a manifestaciones definidas por sus signos resaltantes, pero el hecho que los síndromes culturales formen parte de una clasificación de enfermedades del comportamiento, nos muestra que en realidad falta mucho

por recorrer en el camino a que la medicina occidental reconozca enfermedades que escapan a su modelo interpretativo. Si asumimos la definición de Leriche que *...La salud es la vida en el silencio de los órganos.../ y que por consiguiente /...La enfermedad es aquello que molesta a los hombres en el normal ejercicio de su vida y sus ocupaciones y sobre todo aquello que los hace sufrir.../* <sup>(28)</sup> entenderemos mucho mejor la relatividad y soberbia al interpretar los síndromes culturales como "patrones de comportamiento aberrante" por el hecho de que se encuentran fuera de las categorías diagnósticas de la psiquiatría occidental, sin embargo, al menos se los reconoce como entidades realmente existentes y no como expresiones de delirios colectivos o prácticas mágicas.

En América los síndromes culturales nos acompañan cotidianamente y no debe haber un profesional de la medicina que no se haya encontrado numerosas veces con estas formas de enfermedad en su atención habitual, la mayoría de veces referida o mencionada como un diagnóstico evidente por sus propios pacientes y ante lo cual, absolutamente desprovisto de formación para interpretarlos sólo suele atinar, en el mejor de los casos, a una cortés evasiva del tema. Los síndromes culturales, sin embargo, son tan reales como cualquier otro síndrome que se haya aprendido en la Facultad de Medicina, existen descripciones desde los cronistas y han continuado desarrollándose. Aunque estuvieron inicialmente confinados a la población indígena, actualmente están ampliamente difundidos en la población mestiza, pero su naturaleza continúa asentándose en una cosmovisión precolombina aunque permeada en diversos grados por componentes exógenos provenientes de la cultura occidental hegemónica.

Los síndromes culturales, debemos entenderlo así, no son las categorías nosográficas de los sanadores tradicionales: para un sanador tradicional la idea misma de un síndrome es extraña según los parámetros en los que cree y que implican que la enfermedad es un compromiso de la parte física del individuo enfermo pero también de su parte espiritual y todo ello en una

**Tabla 3.** Síndromes culturales en el Perú

Grupo	Ámbito	Síndrome cultural representativo
Síndromes por sustracción del alma	Andino	El susto
Síndromes por influencia nociva de los muertos	Andino	La <i>ccaica</i>
Síndromes por influencia nociva del hombre	Andino	Daño, mal de ojo
Síndromes por influencia nociva de elementos físicos	Andino	Aire, agua
Síndromes derivados de situaciones conflictivas	Andino	Chucaque, colerina, <i>irijua</i>
Síndromes debidos a traumatismos físicos	Andino	Lastimadura
Síndromes proyectivos	Andino	<i>Yagua</i>

Fuente: Valdivia Ponce, Oscar. Hampicamayoc. Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú.

configuración única para cada caso. No puede existir un síndrome, cada enfermo es un caso individual en el cual la constelación de signos y síntomas, para expresarlo en términos de la biomedicina, es única e individual, dependiendo del entorno, de la fortaleza del individuo y de la fortaleza del causante de la enfermedad. Los síndromes en la biomedicina, por el contrario, son precisamente la regularidad subyacente a la diversidad de manifestaciones de un proceso morbo individual, que se traducen en un conjunto de signos y síntomas que reflejan una subyacente enfermedad física o mental, pero en modo alguno fuera de ese ámbito. Mientras en el sanador tradicional la individualización de la enfermedad es lo natural y lo que debe buscarse aun cuando las características sean semejantes a las de otros casos; en la biomedicina la regularidad es lo deseable para claridad intelectual, independientemente de las características individuales que pudiéramos encontrar.

Los síndromes culturales como categorías de la biomedicina reconocen que existen entidades clínicas que no pueden ser explicadas desde los principios biomédicos pero que son verificables por el médico occidental. Su inclusión en el DSM no es consecuencia de la ausencia de signos y síntomas como cualquier otra entidad clínica, ni tampoco de la ausencia de un mecanismo diagnóstico específico o de una terapéutica basada en componentes en parte rituales pero también físicos; sino de que la medicina clínica, desde su propio esquema de interpretación de los signos del cuerpo no puede aceptar la existencia de síndromes referidos a una alteración del cuerpo físico que no pueda ser englobado en alguna de las categorías nosográficas existentes, además de que la biomedicina rechaza la sola idea de que existan enfermedades expresadas a través de síndromes, que sólo existan en un lugar geográfico: un precepto básico de la biomedicina es que la función depende del órgano y este es invariable en cualquier lugar.

En Perú fueron psiquiatras locales los primeros en encontrar nuestros propios síndromes culturales para describir diversas enfermedades de la población rural, especialmente andina, que habían sido observadas desde el siglo XIX y aun antes. Zapata intenta una primera aproximación para el caso peruano <sup>(29)</sup> pero sin duda la sistematización aún no superada es la de Valdivia Ponce <sup>(30)</sup> quien, sin embargo, recusa el término de síndromes culturales y los llama síndromes folklóricos. La principal limitación de su trabajo es que influenciado por la dicotomía hispano-andina se limita al mundo andino dejando fuera toda la riqueza del mundo amazónico, aunque es cierto que para la fecha en la que edita la primera edición de su obra los estudios amazónicos tenían aún demasiadas carencias. Propone una clasificación útil. Tabla 3

No es motivo del presente artículo revisar los diversos síndromes culturales identificables en el Perú, sino sólo mostrar como la interculturalidad en salud tiene un largo camino, que pasa por el conocimiento de las diferencias entre los modos de enfermar que mantiene vigencia en amplio sectores de la población, sin limitarse a población indígena. Como caso representativo nos referiremos al susto, probablemente el más extendido y casi universal de los síndromes culturales; localmente tiene una amplia sinonimia: *jani*, mal de espanto, *mancherisca*, entre otras. Ocurre cuando el ánima o *jani* abandona el cuerpo por una fuerte impresión. El equilibrio perdido se manifiesta así de diversas maneras, en general pérdida de peso e inapetencia <sup>(31)</sup>, pero también algunos más objetivos como refiere Valdizán <sup>(32)</sup>: fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, astenia, dolores óseos, palpitaciones, gritos nocturnos. Sal y Rosas describió un "susto sin susto", es decir sin que haya evidencia de la fuerte impresión causante, lo que induce a clasificar este síndrome en los de robo del alma, sea por la acción de la impresión violenta o por que esta es sustraída en determinadas circunstancias como pasar por un paraje solitario. El tratamiento es concordante con la causa, se debe restituir el alma, para lo cual las diversas terapias varían siendo una de las más difundidas la "limpia con cuy" en la cual se utiliza un cobayo, que debe ser macho y de color negro, friccionándolo en el cuerpo del enfermo; el cuy es luego sacrificado y el sanador examina las vísceras identificando los órganos enfermos.

Como en el caso del susto, estas prácticas son en algunos casos conocidas por los médicos occidentales, pero desconocen el trasfondo que las genera, y en general son consideradas consecuencia de la falta de conocimientos de la biomedicina y rezagos de un pensamiento primitivo que se puede desterrar simplemente ignorándolo. La investigación antropológica, el cambio del modelo de formación de recursos humanos y la implementación de políticas públicas que efectivamente permitan el ejercicio de los derechos que les corresponden a los pueblos indígenas deben ir cambiando este panorama.

## CONCLUSIONES

La interculturalidad es un concepto derivado de las ciencias sociales, en particular la antropología que se ha ido permeando a diversas disciplinas. La Interculturalidad en salud corresponde, en ese sentido, al desarrollo de lo que Kleinman ha denominado las competencias culturales que deben desarrollar los médicos y, por extensión los profesionales de la salud.

En el caso de los países latinoamericanos la interculturalidad en salud se incorpora en los países con población indígena en los últimos años, no como

una expresión del desarrollo natural de la medicina sino como respuesta a las presiones sobre el sistema de salud para que atienda a las demandas sobre el derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde con sus patrones culturales.

La interculturalidad en salud es un concepto en construcción, que causa confusión en los profesionales de la salud por las limitaciones en la formación básica en antropología o interculturalidad en las escuelas de medicina. La interculturalidad en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico, que es posible insertarlo en la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX.

### Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés en la ejecución y publicación de este artículo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Del Busto JA.** Historia de los descubrimientos geográficos. Siglos V al XV. Lima: Ed. Arica; 1974.
- Dahmus J.** A History of Middle Ages. New York: Barnes & Noble Books; 1995.
- Levy A.** Nuevas cartas edificantes y curiosas escritas desde el Extremo Occidente por Ilustrados viajeros Chinos durante la Bella Época. México: Fondo de cultura económica; 1991.
- Ginés de Sepúlveda J.** Historia del Nuevo Mundo. Madrid: Alianza editorial; 1996.
- Ramos D.** El marco institucional de la época: la consolidación estructural de los nuevos reinos. En: Ramos D. (coord.) América bajo los Austrias (siglos XVI-XVII). Madrid: Najera; 1987.
- Caro Baroja J.** Las formas complejas de la vida religiosa. (Religión, sociedad y carácter en la España de los siglos XVI y XVII). Madrid: Sarpe; 1985.
- Valdivia Ponce O.** Hampicamayoc. Medicina Folklórica y su substrato aborígen en el Perú. Lima: UNMSM; 1986
- Rabí M.** La protección de la salud, En: Gutierrez L. (coord.). Lima en el siglo XVI. Lima: PUCP. Instituto Riva Agüero; 2005. p. 365-455.
- Charney P.** El indio urbano. Un análisis económico y social de la población india de Lima en 1613. *Histórica*. 1988; 12(1): 5-33.
- Contreras C.** Estado republicano y tributo indígena en la sierra central en la post independencia. *Histórica*. 1989; 13(1): 9-44.
- Moreton C.** (dir) América de la ilustración a la emancipación. Tomo XI. Madrid: Najera; 1987.
- Camps V.** El derecho a la diferencia. En: Olivé L, compilador. Ética y diversidad cultural. 2º ed. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2004. p. 87-101.
- Degregori CI.** Panorama de la antropología en el Perú. Del estudio del otro a la construcción de un Nosotros diverso. En: Degregori CI (ed.) No hay país más diverso. Compendio de Antropología peruana. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 2009.
- Sánchez Parga J.** Globalización, gobernabilidad y cultura. Quito: Abya Ayala; 1997.
- Crosby W.** The Columbian Exchange: Biological and cultural consequences of 1492. Westport: Greenwood Press; 1972.
- Guaman Poma de Ayala F.** Nueva Crónica y Buen Gobierno 3T. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- Colón C.** Diario. Relaciones de Viajes. Madrid: Sarpe; 1985.
- Unanue J.** Obras científicas y literarias de Hipólito Unanue. Tomo Primero. Barcelona: Tip la Académica, de Serra Hnos, Russell; 1914.
- Organización Internacional del Trabajo.** [Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes](#). 2º ed. Lima: OIT; 2007.
- Camps V.** El derecho a la diferencia. En: Olivé L, compilador. Ética y diversidad cultural. 2º ed. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2004. p. 87-101.
- Garzón E.** El problema ético de las minorías étnicas. En: Olivé L, compilador. Ética y diversidad cultural 2º ed. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2004 p. 37-62.
- Vernengo R.** El relativismo cultural desde la moral y el derecho. En: Olivé L, compilador. Ética y diversidad cultural 2º ed. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2004. p. 153-72.
- Ackerknecht E.** Medicina y Antropología Social. Estudios varios. Madrid: Akal; 1985.
- Comelles J, Martínez A.** Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina. Madrid: Eudema; 1993.
- Hipócrates.** Sobre los aires, aguas y lugares. Tratados Hipocráticos II. Madrid: Gredos; 1986.
- López Perez JA.** Introducción a Tratados Hipocráticos II. Madrid: Gredos; 1986.
- American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. New York: American Psychiatric Pub; 2000.
- Leriche R.** Introduction Generale; de la sante á la maladie. La douleur dans les maladies; Oú va la medecine? Encyclopédie Francaise, t VI, 1936.
- Zapata S.** Hacia una clasificación de los síndromes psiquiátrico-culturales del Perú. En: Seguin C, Rios R. Anales del III congreso latinoamericano de psiquiatría. Lima; 1966, p 332-7.
- Valdivia Ponce O.** Hampicamayoc. Medicina folklórica y sus substrato aborígen en el Perú. Lima: UNMSM; 1986.
- Sal y Rosas F.** El mito del Jani o susto de la medicina indígena del Perú. *Rev Psiquiatría Per*. 1958; 1(2): 103-2.
- Valdizán H, Maldonado A.** La medicina popular peruana 3T. Lima: Imprenta Torres Aguirre; 1922.

---

**Correspondencia:** Dr. Oswaldo Salaverry García  
 Dirección: Capac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú.  
 Teléfono: (511) 617-6200 Anexo: 1609  
 Correo electrónico: [oswaldosalaverry@gmail.com](mailto:oswaldosalaverry@gmail.com)