

# Interculturalidad en el modelo integral de atención en salud para población dispersa en Colombia

Saidy Eliana Arias Murcia

El llamado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), denominado posteriormente como Modelo de Acción Integral Territorial (Maite)<sup>5</sup>, fue lanzado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS) en el 2016 con el propósito de mejorar la prestación de los servicios de salud en Colombia (Ministerio de Salud de Colombia, 2015). Para este propósito planteó un cambio de paradigma, centrándose en la gestión integral del riesgo, y un enfoque diferencial de acuerdo con tres tipos de territorios: 1) con población urbana, 2) con alta ruralidad y 3) con población dispersa. Dadas las amplias desigualdades a nivel de acceso y calidad de los servicios de salud prevalentes en los territorios con población dispersa, el MSPS decidió emprender la operacionalización, a manera de piloto, en el departamento del Guainía.

La implantación del MIAS en Guainía se vio enfrentada, entonces, al desafío de responder a las particularidades geográficas y epidemiológicas y a la diversidad poblacional propias de este departamento amazónico, incluyendo la amplia dispersión (0,5 habitantes por km<sup>2</sup>) y la presencia de diferentes pueblos indígenas en el territorio, por lo que se planteó, gracias al trabajo conjunto entre entes territoriales, líderes indígenas y asesores del MSPS, como un modelo diferencial fundamentado en el principio de la diversidad étnica, cultural y territorial, considerando la atención primaria en salud (APS) con enfoque intercultural como el principal pilar estratégico (Ferreira, 2010).

Con base en este planteamiento surgió la inquietud personal de indagar la manera en que se estaba desarrollando el proceso de implementación de las nuevas directrices impuestas, especialmente, en el cotidiano de los actores sociales involucrados en la atención: profesionales de salud y usuarios indígenas. Esta inquietud dio origen a mi investigación doctoral, realizada en el 2020 en la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil<sup>6</sup>, de la cual se desprenden los planteamientos que serán presentados aquí, específicamente, relacionados con la interculturalidad en el cotidiano del MIAS Guainía y en los que se tomó a la APS como foco preferencial de análisis.

---

5. Para efectos de este texto se hará referencia a la primera denominación del modelo.

6. El documento de tesis se encuentra disponible en el repositorio de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG). Enlace: <http://hdl.handle.net/1843/33927>

Para comenzar, es importante señalar que los postulados que desarrollaré a continuación se enmarcan en el presupuesto de que la interculturalidad, además de ser un proceso permanente de negociaciones y articulaciones presentes en el cotidiano de los indígenas y profesionales de la salud, también ha sido instrumentalizado como base de la APS en el MIAS Guainía, con miras al cumplimiento del enfoque diferencial. En este sentido la noción de interculturalidad adquiere dos significados: 1) como elemento predominante en la vida cotidiana y en la interacción entre los usuarios indígenas y los profesionales de la salud; y 2) como estrategia de incorporación de los conocimientos tradicionales indígenas (más específicamente “medicina tradicional”) en el ámbito de la atención. Partiendo de esa distinción es posible comprender la presencia de tres enfoques diferentes de interculturalidad en el MIAS Guainía y que serán desarrollados a continuación: relacional, funcional y crítico.

## Enfoque relacional

El interés por indagar la manera en que los profesionales de salud de Guainía conciben la interculturalidad fue evidente, por tanto, para ellos esta representa una diversidad de saberes, prácticas y culturas diferenciadas, donde existe un intercambio bidireccional armónico entre los saberes profesionales e indígenas. En otras palabras, un relacionamiento e intercambio que podríamos llamar “ideal”, sin la presencia de conflictos.

Centrándonos en la propuesta de Walsh (2012) esta forma de concebir la interculturalidad corresponde a un enfoque netamente relacional, pues toma el intercambio como característica relevante. No obstante, desde esta perspectiva, la interculturalidad es problemática, ya que oculta asimetrías y desigualdades existentes entre saberes, así como las relaciones de poder o de hegemonía/subalternidad que permean el encuentro entre profesionales e indígenas, ampliamente señaladas por autores como Menéndez (2018) y Follér (2004).

Lo anunciado se reafirma en las observaciones realizadas al cotidiano de la atención en salud, permitiendo corroborar que la visión “ideal” de la interculturalidad se ve conflictuada en los profesionales de la salud cuando se encuentran con las particularidades culturales de los pacientes indígenas, para ellos diferentes. Específicamente, los profesionales de la salud manifiestan una tensión al interactuar con aquellos conocimientos y prácticas de salud a los que no pueden darle explicación desde el paradigma biomédico, generando en ellos impotencia y choques culturales.

Ahora bien, aunque el MIAS propone la interculturalidad como enfoque estratégico del modelo, la política no presenta una definición específica de este concepto, lo que hace que su interpretación sea confusa. Situación similar sucede en Brasil con la noción de “atención diferenciada” dispuesta en la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, donde no existe un consenso respecto de si la “atención diferenciada” debe contemplar la articulación o integración de las prácticas indígenas a los servicios de atención primaria, pues la articulación implica el reconocimiento de la legitimidad de estas prácticas, mientras que la integración su instrumentalización desde el punto de vista biomédico (Langdon, 2007).



## Enfoque funcional

En medio de la ausencia de una conceptualización clara en la política fue posible identificar algunos lineamientos desarrollados en la operacionalización del modelo que apunta a materializar el llamado “diálogo de saberes”, dentro de los que se encuentran: la inclusión de curadores tradicionales (médicos tradicionales –pajés– y parteras) en los servicios de atención primaria, la implantación de la figura de “gestor comunitario” y el encuentro anual de pajés y parteras. Aunque en estas estrategias se observa un esfuerzo de diálogo y mediación, su puesta en marcha acaba, eventualmente, replicando una visión etnocéntrica en la organización de los servicios de salud, cuestión también identificada por Pedrana y colaboradores, en otras iniciativas de diálogo intercultural en Brasil (Pedrana, et al., 2018).

Esta cuestión conduce a afirmar, desde los hallazgos de la investigación, que el modo en que el MIAS ha incorporado la noción de interculturalidad en la práctica corresponde, en parte, a una perspectiva funcional de la interculturalidad que, según Walsh (2012), instrumentaliza el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural para hacerla funcional al sistema.

La forma en que se ha planificado la inclusión de los curadores tradicionales (médicos tradicionales y parteras) en el sistema público de salud de Guainía refleja esta visión, al basarse en una comprensión esencialista de las nociones de cultura y tradición, ya que, por un lado, acaba homogeneizando las culturas de los pueblos indígenas que permanecen en la región, y, por otro, concibiendo la medicina tradicional como estática. Esto se observa, por ejemplo, al contemplar, exclusivamente, la inclusión de pajés y parteras en los servicios de atención de salud, estrategia que, además de ser difícil de operacionalizar por la dificultad de concretizar la remuneración de estos especialistas, deja de lado a otros curadores también reconocidos por las comunidades (como los yerberos) y desconoce que algunos de los usuarios indígenas rechazan la atención por médicos tradicionales, por causa de sus creencias religiosas de corte evangélico.

Cabe, entonces, cuestionar las implicaciones que estas medidas pueden tener en la instrumentalización de los conocimientos tradicionales y su función cura. Por un lado, en la posibilidad de que el Estado comience a ejercer control y regulación de estas prácticas, algo que no se ha hecho hasta el momento; y por otro, que bajo la lógica del capital se abra espacio para que estos saberes y prácticas puedan ser comercializados (Ferreira, 2010).

## Enfoque crítico

Es importante destacar que una perspectiva distinta de interculturalidad, la crítica, también está presente en la APS en Guainía como propuesta emergente y contrahegemónica. Según Walsh (2012), la interculturalidad crítica parte del reconocimiento de que la diferencia se construye dentro de una estructura colonial de poder radicalizado y jerarquizado, es decir, de un problema estructural – colonial – racial. Dado esto, la interculturalidad crítica emerge a partir de la lucha de los pueblos y como demanda de la subalternidad (Walsh, 2012).

Los hallazgos de esta investigación sugieren que la perspectiva de interculturalidad crítica se puede estar gestando en las diversas acciones

presentes en el cotidiano de usuarios y profesionales indígenas que permiten evidenciar un diálogo entre saberes.<sup>7</sup>

Una muestra de esto se observa en la forma en que los usuarios indígenas definen los límites y alcances de los tratamientos y realizan distintas transacciones con los recursos terapéuticos disponibles en el territorio para tratar sus padecimientos, sin la supervisión de instancias oficiales, ya sean médicos occidentales o tradicionales. Estos procesos, catalogados, de acuerdo con Menéndez (2016), como de autoatención, se realizan, principalmente, en la familia, siendo la primera instancia en la toma de decisiones y prácticas sobre el cuidado de la salud, donde se hace evidente un sincretismo de saberes entre recursos del conocimiento tradicional (principalmente remedios a base de hierbas) y recursos de la medicina occidental (incluyendo medicamentos autoformulados o formulados por médicos occidentales). Según refiere Menéndez, este tipo de prácticas de autoatención pone en cuestionamiento el presupuesto de que los saberes occidentales y tradicionales son opuestos (Menéndez, 2016), así como no pueden ser caracterizados desde una perspectiva esencialista de la tradición, como algo estático, ya que están siendo reformulados constantemente.

Asimismo, en el cotidiano de la prestación de los servicios de APS en Guainía, fueron identificadas estrategias de articulación de saberes ejecutadas por profesionales de la salud y usuarios indígenas, quienes realizan prácticas de medicina tradicional dentro de los servicios asistenciales de los puestos de salud o el hospital (como sobar o realizar rezos). Estas, entre muchas otras situaciones cotidianas de diálogo de saberes, terminan traducándose en mecanismos de resistencia frente al saber y la práctica hegemónicos al transgredir los límites impuestos de la propia organización de los servicios de salud.

Por tanto, se considera fundamental repensar la interculturalidad desde esta perspectiva crítica, para lograr un diálogo de saberes efectivo en el ámbito de la APS. Cabe señalar que este diálogo no implica, necesariamente, como señala Walsh (2012), una forma de invención del cuidado que reúna “lo mejor de ambos mundos”, sino más bien un esfuerzo por materializar una atención que incorpore y negocie saberes indígenas y occidentales, cada uno con sus singularidades y variabilidad, sin perder de vista las relaciones de poder y la diferencia colonial a la que han estado sujetos.

A manera de conclusión, retomo esta afirmación de Menéndez (2016) quien hace un llamado a que “si se quiere instrumentar la interculturalidad respecto de los procesos de salud / enfermedad / atención – prevención lo primero es detectar y analizar los procesos de interculturalidad que ya están operando en la vida cotidiana, y a partir de ellos y no solo de nuestros presupuestos, tratar de impulsar y concretar objetivos interculturales”.

---

7. Otra discusión al respecto es desarrollada por Arias S. E., Penna C. *Interculturality in the daily routine of primary health care: The case of the health model in Guainia, Colombia*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 2):3683-3692, 2021.



## Referencias Bibliográficas

- » Ferreira, L. O. (2010). *Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto juruá: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública* [Tese Doutorado em Antropologia]. Universidade de Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- » Follér M. L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. (2004). In: Langdon, E., Garnelo, L. (Org). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa* (p.129-48). Contra Capa; ABA.
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)*. Piloto de implementación en los departamentos con poblaciones dispersas. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- » Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104-13.
- » Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Cien Saude Colet*, 21(1), 109-18. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- » Pedrana, L., Bomfim, Trad, L. A., Garnelo Pereira, M. L., Nunes de Torrenté de, M. O., de Carvalho Mota, S. E. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, 42, 1-5. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>
- » Walsh, C. (2012). *Interculturalidad crítica y (de) colonialidad. Ensayos desde Abya Yala*. Ediciones Abya-Yala.

