

“LA IMPORTANCIA DE LAS DIMENSIONES CULTURALES EN LA ASISTENCIA Y EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD”

AUTOATENCIÓN

1. DESCENTRARSE DE LA BIOMEDICINA

Concepción de la cultura errónea; la cultura es aquello que la epidemiología (Estudio de la expansión de las enfermedades) no puede explicar.

La medicina cree que lo cultural no tiene nada que ver con lo que ellos entienden, es entendido como un obstáculo.

Lo cultural son saberes, concepciones, actitudes e interpretaciones de los conjuntos sociales sobre la salud y la enfermedad, las prácticas domésticas de atención, o los modelos de relaciones existentes en cada contexto entre los distintos sujetos implicados, tanto en el plano práctico como en el simbólico. Lo cultural pues, remite a un complejo de factores que tienen una importancia decisiva en las relaciones asistenciales, en la prevención y promoción de la salud, y muy especialmente en la educación para la salud. Lo cultural no son creencias abstractas, sino conocimientos que se transmiten ,prácticas que se hacen , actitudes individuales.

La medicina pone la cultura en el ámbito de lo exótico, que no tiene nada de científico. Lo cultural no es solo propio de los extraños y siempre es considerado como algo marginal.

2. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES

Utilizando las diferentes palabras que en inglés sirven para nombrar a la enfermedad, se pueden distinguir y articular las diversas concepciones:

Disease: enfermedad, patología: es la definición de enfermedad propuesta por el sistema médico, teniendo en cuenta que en antropología no se considera sistema médico únicamente a la medicina científica oficial, sino a cualquier conjunto estructurado de saberes y prácticas reconocido en una sociedad determinada. Objetivación de la medicina que estudia las enfermedades y trastornos que se producen en el organismo.

Illness (dolencia) : experiencia y vivencia subjetiva de la enfermedad que tienen las personas y los grupos, culturalmente determinada.

Sickness: se refiere a las ideas socialmente aceptadas sobre lo que es o no es considerado enfermedad. Reproduce la noción profesional hegemónica de disease, mientras que en otros puede reflejar otras ideas culturales sobre la salud y la enfermedad.

Generadores de modelos explicativos distintos. Nos permite ver que no haya un nivel verdadero y los demás sean falsos. No es verdad que lo que no es patología no existe, no es verdad que lo que no es ciencia es un conjunto desordenado imposible de ordenar.

MODELO FÁBREGA: esta distinción permite considerar el punto de vista de los diferentes actores, las coincidencias y discrepancias entre ellas. Pues sin tenerlos en cuenta no es posible comprender los procesos de la enfermedad, sin dar respuesta a ellos.

El término **Disease** se plantea para expresar la dimensión biológica de la falta de salud, es por tanto al parámetro que ha presidido la estructuración del conocimiento médico en los últimos 200 años, se trata de un fenómeno objetivo, mensurable, observable a través de sus signos ENFERMEDAD

Illness en gran parte de las lenguas latinas el término de referencia "enfermedad" está asociado a "enfermo": ello tiene que ver con todo aquello que las personas sienten, desde el síntoma hasta la angustia IMPLICA POR TANTO UNA DIMENSIÓN DE CONTEXTO.

Sickness, es el resultado de estar definido como enfermo, como falta de salud, como el fracaso para ejecutar las funciones sociales correspondientes. Puede tener un sentido positivo o negativo.

Una y otra categoría no tienen porqué coincidir: hay personas enfermas, que se presentan plétóricas de salud, enfermos psicósomáticos, portadores de VIH considerados como enfermos cuando son únicamente portadores. PROPONER palabras clave para grupo de enfermedad.

❑ El carácter esquivo de la enfermedad

Falsa dicotomía: ciencia y creencia. Esta dicotomía no puede ser utilizada sin antes preguntarse cuánto hay de ciencia en los saberes populares y cuánto de creencia en la medicina.

Ponerse en el punto de vista del actor es hacer ver que entre ciencia y creencia hay relación.

- La ciencia es el conocimiento ordenado y mediato de los seres y sus propiedades por medio de sus causas. El saber científico no aspira a conocer las cosas superficialmente sino que pretende entender sus causas porque de esa manera se comprenden mejor sus efectos.
- La creencia es un estado mental que consiste en dar por buena una proposición y actuar como si fuese verdadera (aunque no lo sea). Puede tener o no base empírica (ej: creencias religiosas) lo que las puede hacer opuestas al conocimiento científico.

Nuestra experiencia también tiene préstamos de la ciencia. EJ: toma de paracetamol.

¿Qué tenemos en común la medicina y nosotros?

- **dimensiones existenciales** que tenemos que afronta, al igual que la medicina tiene que afrontar preguntas existenciales que tiene que intentar gestionar. Ante la enfermedad los grupos humanos necesitan encontrar razones que justifiquen su existencia y permitan darle un sentido al sufrimiento. Nosotros somos los que nos preguntamos ¿por qué a mi? mala suerte, buscando el significado de nuestra existencia, el sentido. (el infortunio)
- **diferentes interpretaciones culturales** (nociones de cuerpo). La interpretaciones pueden discurrir por caminos tan variados como la misma diversidad cultural, tanto la que existe entre sociedades distintas como en el interior de sociedades complejas y plurales como las nuestras. La enfermedad puede ser vista como un castigo, maldición, como un hecho ligado al destino...

Relación con el trabajo social: síntoma / signo = trabajo social -> mediación cultural.

En la clínica actual, el síntoma tiende a ser ignorado o relegado a un plano muy secundario (tiende a hacerse opaco y a invisibilizarse). El carácter subjetivo del síntoma contrapone a la objetividad del signo clínico. La relación médico-paciente está interferida por el choque cultural entre la expresión del síntoma y la reducción al signo.

3. LA AUTOATENCIÓN COMO BASE ESTRUCTURAL DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

(La autoatención es la base estructural del sistema asistencial).

Señalaremos el proceso salud/enfermedad/atención referido por Menéndez, el cual integra conocimientos, experiencias, prácticas y actores diversos.

En cualquier lugar y en cualquier momento histórico, la gente ha atendido autónomamente sus problemas de salud, sea individualmente o en el seno de los grupos primarios y de sus redes sociales. De ahí que sea correcto utilizar el término AUTOATENCIÓN, que Menéndez considera como el verdadero nivel de asistencia primaria.

Autoatención vs reduccionismo científico.

Falso: informal (Autoatención) vs formal (Sistemas médicos de atención)

- informal: se sobreentiende que todo aquello que se hace en el entorno cotidiano del paciente está fuera del sistema. Algo externo al sistema sanitario y que debe ser tutelado para evitar males mayores. Sin embargo, es ampliamente reconocido como algo necesario e incluso abiertamente potenciado en muchos ámbitos sanitarios.
La autonomía del paciente solamente es valorada positivamente cuando implica el cumplimiento escrito de las indicaciones de los profesionales.

De los obstáculos profesionales a “la carrera del enfermo”, situando en el foco de la observación en el entorno inmediato del paciente.

Con autoatención nos referimos a un conjunto de representaciones y prácticas, que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando estos procesos pueden ser la referencia de la actividad de la autoatención.

Podemos ver como la vivencia de la enfermedad como illness es la que fundamenta inicialmente a la autoatención, contrastando con el papel estructurante que tiene la definición como sideade en el ámbito profesional.

4. INTERACCIONES ENTRE AUTOATENCIÓN Y SISTEMAS MÉDICOS

Interacción según confianza, accesibilidad y eficacia.

En los itinerarios terapéuticos podemos encontrar, sin ánimo de ser exhaustivos, las siguientes formas de atención:

- Biomedicina, en servicios o instituciones públicos o privados. Si se toma esta como referencia se puede contemplar movimientos entre lo público y lo privado, entre uno y otro especialista. Demostrando así que los niveles están siempre en constante interacción.
- Medicina oficial antigua: medicina naturalista, homeoterapia.. Puede considerarse incluida en la anterior.
- Medicina popular o tradicional como las practicadas por arregladores u curanderos tradicionales, y prácticas y cultos de carácter religioso.
- Alternativas más recientes, como las curaciones bioenergéticas, nuevas formas religiosas de tipo comunitario...
- Tradiciones médicas extranjeras, utilizadas al margen de la medicina oficial (medicina china, ayurvédica...)
- Ayuda mutua, que se caracteriza por estar organizada por personas que sufren un mismo problema.

Es necesario subrayar que todos los sistemas médicos necesitan de la autoatención y el autocuidado, puesto que es en ellos donde se concretan en la cotidianidad las prácticas de atención, incluidas las que percibe el sistema médico. Como ya se ha visto, la autoatención coexiste con uno o varios sistemas médicos. Ninguno de estos sistemas puede ignorar esa dimensión estructural, pero la autoatención, en última instancia, podría funcionar al margen de los sistemas médicos.

La conexión con la Autoatención permite Dominio y control social.

5. AUTOATENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las interacciones entre autoatención y sistema médico-sanitario evidencian la conexión entre ambos niveles y subrayan que en el espacio de la autoatención es donde entran en relación diferentes sistemas.

La autoatención es una de las actividades básicas del proceso de salud por:

- las prácticas médicas son sometidas a examen en el ámbito doméstico
- se tienen en cuenta las representaciones culturales
- se contrastan con el propio saber: nuestro saber siempre contrasta los mensajes que nos mandan
- se tienen en cuenta las habilidades que se han transmitido: no todos tenemos las mismas habilidades y no en todo momento somos capaces de hacer lo que hay que hacer. No somos seres estándar
- se toman en cuenta las propias experiencias vividas o conocidas por otros

Por tanto, la hegemonía médica no suprime la autonomía de la autoatención ni produce un calco mecánico de las propuestas medias a escala doméstica o local.

Ser críticos con el unilateralismo de las concepciones biomédicas más duras es, para los científicos sociales, una obligación tanto metodológica como ciudadana. Ignorar la existencia de la autoatención o despreciarla por su carácter profano supone en consecuencia una actitud que no favorece la mejora de la comunicación en las relaciones asistenciales.

❑ EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Una intervención eficaz, en educación para la salud supone una relación con los grupos de población que permita definir conjuntamente con ellos las situaciones problemáticas y negociar con ellos el sentido, la utilidad, la amplitud y los límites de las propuestas de cambio.

Acomodación de modelos y comportamientos en interacción

- siempre: conocimientos significativos para ambos, habilidades diferenciadas/complementarias, toma de decisiones negociada, redefinición con los usuarios.

En definitiva, se trata de tender puentes de comunicación entre lo científico y lo existencial, entre la autoatención y el sistema profesionalizado. Por esta razón era tan importante romper la visión de estos dos últimos elementos como realidades separadas y ajenas entre sí.

6. TRABAJO SOCIAL, COMPETENCIA CULTURAL Y MEDIACIÓN SOCIOSANITARIA

Competencia cultural(gestión de la diferencia) implica que en los servicios de salud debe haber profesionales formados en el reconocimiento y la comprensión de las particularidades culturales de los grupos sociales atendidos, que sean capaces de establecer relaciones interculturales beneficiosas para la mejora de la asistencia y la promoción de la salud.

El desarrollo de los programas de competencia cultural es un arma de gran importancia en la lucha contra las formas de discriminación que sufren las minorías en los servicios de salud.

Sin embargo la concepción de estos programas no es en todos los sitios la misma, pues en EEUU son entendidos como un conjunto de conocimientos y habilidades dirigido exclusivamente a la atención a las minorías étnicas.

- ni ideologizar, ni irreductibilidad cultural
- pedagogía con usuarios y con profesionales

La existencia de estos programas:

- favorece la eficacia
- constituye un importante instrumento de lucha contra la discriminación de minorías y subculturas
- pretende la universalización de los servicios sociosanitarios

La trabajadora social puede observar conjuntamente tanto a los usuarios como a sus compañeros sanitarios y a partir de aquí, analizar situaciones y promover formas de diálogo y de negociación. En este sentido desde el trabajador social se puede desarrollar una importante función educativa a dos bandas, tanto hacia la población atendida como hacia los profesionales de la salud, que permita explicitar esas dimensiones socioculturales que tanto cuesta reconocer, simplemente porque no se llega a definir adecuadamente.