

VI Jornadas de Investigación en Humanidades Homenaje a Cecilia Borel

Departamento de Humanidades

Universidad Nacional del Sur

30 de noviembre al 2 de diciembre de 2015



EDITORIAL
DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SUR

VI Jornadas de Investigación en Humanidades: homenaje a Cecilia Borel / Daiana Agesta... [et al.]; editado por Omar Chauvié ... [et al.]. - 1a ed. - Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur. Ediuns, 2019.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-655-222-6

1. Humanidades. 2. Investigación. I. Agesta, Daiana II. Chauvié, Omar, ed.

CDD 300.72



Editorial de la Universidad Nacional del Sur |
Santiago del Estero 639 | B8000HZK Bahía Blanca | Argentina
www.ediuns.com.ar | ediuns@uns.edu.ar
Facebook: EdiUNS | Twitter: EditorialUNS



Libro
Universitario
Argentino

Diseño interior: Alejandro Banegas

Diseño de tapa: Fabián Luzi

No se permite la reproducción parcial o total, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las Leyes n.º 11723 y 25446.

El contenido de los artículos es de exclusiva responsabilidad de los autores.

Queda hecho el depósito que establece la Ley n.º 11723.

Bahía Blanca, Argentina, julio de 2019.

© 2019, Ediuns.

VI Jornadas de Investigación en Humanidades “Homenaje a Cecilia Borel”
Departamento de Humanidades - Universidad Nacional del Sur
30 de noviembre al 2 de diciembre de 2015

Coordinación
Lic. Laura Orsi

Declaradas de Interés Municipal por la ciudad de Bahía Blanca.

Declaradas de Interés Educativo por la provincia de Buenos Aires en la sesión del 4 de septiembre de 2015 Resolución n.º 1665/2015-, Expediente n.º 5801361392/15

Autoridades

Universidad Nacional del Sur

Rector: Dr. Mario Ricardo Sabbatini

Vicerrectora: Mg. Claudia Patricia Legnini

Secretario General de Ciencia y Tecnología: Dr. Sergio Vera

Departamento de Humanidades

Directora Decana: Lic. Silvia T. Álvarez

Vicedecana: Lic. Laura Rodríguez

Secretario Académico: Dr. Leandro Di Gresia

Secretaria de Investigación, Posgrado y Formación Continua: Lic. Laura Orsi

Secretario de Extensión y Relaciones Institucionales: Lic. Diego Poggiese

Comisión Organizadora

Srta. Daiana Agesta

Dra. Marcela Aguirrezabala

Dr. Sebastián Alioto

Lic. Carolina Baudriz

Lic. Clarisa Borgani

Prof. Lucas Brodersen

Lic. Gonzalo Cabezas

Dra. Rebeca Canclini

Lic. Norma Crotti

Srta. Victoria De Angelis

Lic. Mabel Díaz
Dra. Marta Domínguez
Srta. M. Bernarda Fernández Vita
Srta. Ana Julieta García
Srta. Florencia Garrido Larreguy
Dra. M. Mercedes González Coll
Mg. Laura Iriarte
Sr. Lucio Emmanuel Martin
Mg. Virginia Martin
Esp. Andrea Montano
Lic. Lorena Montero
Psic. M. Andrea Negrete
Srta. M. Belén Randazzo
Dra. Diana Ribas
Srta. Valentina Riganti
Sr. Esteban Sánchez
Mg. Viviana Sassi
Lic. José Pablo Schmidt
Dra. Marcela Tejerina
Dra. Sandra Uicich
Prof. Denise Vargas

Comisión Académica

Dr. Sandro Abate (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Marcela Aguirrezabala (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Ana María Amar Sánchez (Universidad de California, Irvine)
Dra. Marta Alesso (Universidad Nacional de La Pampa)
Dra. Adriana María Arpini (Universidad Nacional de Cuyo)
Dr. Marcelo Auday (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Eduardo Azcuy Ameghino (Universidad de Buenos Aires – CONICET)
Dr. Fernando Bahr (Universidad Nacional del Litoral – CONICET)
Dra. M. Cecilia Barelli (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dr. Raúl Bernal Meza (Universidad del Centro de la Provincia de Bs. As.)
Dr. Hugo Biagini (Universidad Nacional de La Plata – CONICET)
Dr. Lincoln Bizzozero (Universidad de La República, Uruguay)
Dra. Mercedes Isabel Blanco (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Gustavo Bodanza (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Nidia Burgos (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Roberto Bustos Cara (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Mabel Cernadas (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Laura Cristina del Valle (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Eduardo Devés (Universidad de Santiago de Chile)
Dra. Marta Domínguez (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Oscar Esquisabel (Universidad Nacional de La Plata – CONICET)

Dra. Claudia Fernández (Universidad Nacional de La Plata – CONICET)
Dra. Ana Fernández Garay (Universidad Nacional de La Pampa – CONICET)
Dra. Estela Fernández Nadal (Universidad Nacional de Cuyo – CONICET)
Dr. Rubén Florio (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Lidia Gambon (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Ricardo García (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Viviana Gastaldi (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Alberto Giordano (Universidad Nacional de Rosario)
Dra. Graciela Hernández (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Yolanda Hipperdinger (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Silvina Jensen (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dr. Juan Francisco Jimenez (Universidad Nacional del Sur)
Dra. María Mercedes González Coll (Universidad Nacional del Sur)
Dra. María Luisa La Fico Guzzo (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Javier Legris (Universidad de Buenos Aires – CONICET)
Dra. Celina Lértora (Universidad del Salvador – CONICET)
Dr. Fernando Lizárraga (Universidad Nacional del Comahue - CONICET)
Dra. Elisa Lucarelli (Universidad de Buenos Aires)
Mg. Ana María Malet (Universidad Nacional del Sur)
Prof. Raúl Mandrini (Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As.)
Dra. Stella Maris Martini (Universidad de Buenos Aires)
Dr. Raúl Menghini (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Elda Monetti (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Rodrigo Moro (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Lidia Nacuzzi (Universidad de Buenos Aires – CONICET)
Dr. Ricardo Pasolini (Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As.)
Dr. Sergio Pastormerlo (Universidad Nacional de La Plata)
Dra. Dina Picotti (Universidad de Buenos Aires – CONICET)
Dr. Luis Porta (Universidad Nacional de Mar del Plata – CONICET)
Dra. M. Alejandra Pupio (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Alicia Ramadori (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Silvia Ratto (Universidad de Buenos Aires)
Dra. Diana Ribas (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Elizabeth Rigatuso (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Lic. Adriana Rodríguez (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Hernán Silva (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Marcela Tejerina (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Fernando Tohmé (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Fabiana Tolcachier (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Patricia Vallejos (Universidad Nacional del Sur – CONICET)
Dra. Irene Vasilachis (CEIL – CONICET)
Dra. María Celia Vázquez (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Daniel Villar (Universidad Nacional del Sur)
Dr. Emilio Zaina (Universidad Nacional del Sur)
Dra. Ana María Zubieta (Universidad de Buenos Aires – CONICET)

María Cecilia **Barelli**

Laureano **Correa**

Nora **Ftulis**

Laura **Rodríguez**

(Editores)

**Vida e individuación:
problemáticas modernas y
contemporáneas**

Volumen 26

Índice

Sentimiento y política en Rousseau: rasgos ontológicos-relacionales	1403
<i>Juan Cruz Apcarian</i>	
Consideraciones sobre el desencantamiento del mundo en base a <i>El porvenir de una ilusión</i> de Freud	1409
<i>Santiago J. Beisel</i>	
De la fabricación del sujeto empresarial a la creación de nuevas formas de gubernamentalidad	1414
<i>Laura De Grazia</i>	
Interculturalidad en salud. Aportes para la construcción de genuinos encuentros dialógicos	1419
<i>Pamela Fernández Coria, Ruth Franco</i>	
La corporalidad en Fichte a través de la danza: una propuesta estética ontológica de la relación individuo-mundo	1426
<i>Lucila Figueroa</i>	
<i>Arte trágico y metafísica de artista: notas acerca de la existencia de una “estética” nietzscheana</i>	1432
<i>Maximiliano Gonnet</i>	
Foucault y la <i>epimeleia heautou</i> como forma de relación en Platón.....	1438
<i>Giuseppe Greco</i>	
Filosofía del devenir. ¿un adiós a la esencia?.....	1443
<i>Facundo Sebastián Jorge</i>	
Nadie escuchó a Gerónima.....	1448
<i>María Paula Mujica</i>	
Reconstituir el individuo desde su naturaleza estética. El artista político como figura heroica en las Cartas de Schiller	1454
<i>Santiago J. Napoli</i>	
Burocracia como máquina biopolítica de subjetivación.....	1459
<i>Pablo Ezequiel Sachis</i>	
Vida humana, praxis y ontogénesis del trabajo en los <i>Cuadernos de París</i> de Karl Marx	1465
<i>Esteban Gabriel Sánchez</i>	

La dinámica de lo vivo en el período de <i>La ciencia jovial</i> de Friedrich Nietzsche	1471
<i>María Cecilia Valverde</i>	
Hacia una ontología relacional a partir de la crisis en la ciencia y en la filosofía: Whitehead y Merleau-Ponty	1477
<i>Andrea Vidal</i>	
La afecto-emotividad en Gilbert Simondon en vistas a nuevos modos de estructuración social	1483
<i>Rocío Villar</i>	

Interculturalidad en salud.

Aportes para la construcción de genuinos encuentros dialógicos

Pamela Fernandez Coria

Residencia de Trabajo Social, Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna”

pamelacoria_14@hotmail.com

Ruth Franco

Residencia de Trabajo Social, Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna”

ruth.elisabet@gmail.com

Yo sólo quiero saber qué significa ingrata...no sé si está bien ponerme mal... es lo que me dijo el médico...¹

Introducción

En el presente trabajo pretendemos problematizar y hacer visibles los desencuentros, incomprensiones, obstáculos y barreras producidos por y productores de brechas culturales entre los actores² del campo de la salud. En estos términos nos situamos, para el análisis, en nuestras prácticas como miembros de las residencias profesionales del Sistema Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Desde una perspectiva de análisis histórico destacamos en la producción y reproducción de las mencionadas brechas culturales, la imposición de un sistema de salud instaurado a partir del *colonialismo y desarrollo capitalista*, como marco generador de relaciones de dominación que reproducen las ideas de la cultura hegemónica, avasallando otras formas de pensar.

A esta altura y en relación a los encuentros y desencuentros interculturales que nos convocan, no podemos dejar de acercarnos a los vaivenes de los movimientos migratorios en la Argentina a partir de finales del siglo XIX. Para ello, tomamos los planteos de Carla Angelini, quien sostiene:

(...) hasta mediados de 1970, (Argentina) recibió en principio un amplio flujo migratorio europeo, impactando este fenómeno no solo en la conformación de la sociedad sino en la incorporación de estos inmigrantes y su posterior descendencia, como así también en la instauración de una cultura homogeneizante y europeizante predominantes por sobre otras perspectivas plurales. De esta manera se configuraron modelos monoculturales para dar respuesta a las demandas sociales (por ejemplo de salud y educación) (Angelini; 2015: 1).

¹ Testimonio escuchado en sala de espera en un Centro de Salud.

² Nos referimos a usuarios de las instituciones y profesionales de los equipos.

Al mismo tiempo entendemos que *cultura* no es un término unívoco y el mismo ha sufrido modificaciones e interpretaciones a lo largo de la historia, en términos epocales y de corrientes de pensamiento. Es así que, en el presente trabajo, adherimos a los aportes de Néstor García Canclini (1993) quien la define como *producción, circulación y consumo de significados*. Si bien existen múltiples enfoques en la definición de cultura entendemos que no podemos hablar de la existencia de una cultura, en forma singular o universal, sino de múltiples y variadas culturas que conviven e interactúan en un espacio. En relación a esto, la autora Aleida Alvarez Ruiz, cita en su obra *Interculturalidad: Concepto, alcances y derecho*, a la Declaración Universal sobre Diversidad Cultural en la cual se menciona:

(...) la cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y del espacio. Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad (...), constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras (Álvarez Ruiz, 2014: 27).

Cultura y Salud

Retomando lo anteriormente dicho, podemos observar el establecimiento de una hegemonía cultural entendida como el dominio, en términos de imposición, del sistema de valores, creencias e ideologías de una clase social sobre otra. Podríamos decir que esta lógica cultural hegemónica cristalizaría los retazos de las raíces del *colonialismo*. Es entonces que, en relación a este proceso histórico, entendemos —a partir de la perspectiva de Eduardo Menéndez (1969)— que el análisis colonial nos invita a pensar en los emergentes racistas y etnocéntricos que el mencionado proceso ha instalado³. De la misma manera, incursionar en las reglas del capitalismo para el presente análisis en relación a nuestro recorte, nos lleva a instalar la necesidad de pensar la vinculación entre desigualdad poder y saber entre miembros de los equipos de salud y usuarios de las instituciones; que en definitiva se particularizaría en la manifestación de resistencias y conflictos.

Siguiendo esta línea de pensamiento destacamos que la atención de la salud está atravesada por la llamada cultura hegemónica materializada en discurso y prácticas⁴, la cual se construye en el marco del desarrollo del pensamiento de Occidente, —que se instala como la principal base de nuestras ideas, reflexiones y sentimientos cotidianos y académicos— a partir del cual construimos nuestros conocimientos. Existe toda una organización social, ideológica, económica y política que fortalece dicha hegemonía, mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferentes y mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo dominante. Es cita obligada en este punto, en relación a la idea de cultura hegemónica, mencionar nuevamente a Eduardo Menéndez quien además de acuñar el término *modelo médico hegemónico*⁵, ha venido profundizando en su contenido

³ Cabe acotar que Eduardo Menéndez, en el texto citado profundiza en las cuestiones metodológicas de las teorías antropológicas en relación al colonialismo, neocolonialismo y racismo.

⁴ Si cabe la escisión.

⁵ (...) biologismo; concepción evolucionista-positivista; ahistoricidad; asociabilidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud como mercancía (en términos directos e indirectos); estructura asimétrica en la relación curador/paciente, estructuración de una participación subordinada y pasiva en las acciones de salud por parte de los “consumidores”; estructuración de una producción de acciones que tiende a excluir al consumidor de su conocimiento; legitimación legal excluyente de otras prácticas, profesionalización formalizada; identificación con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos; tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”; normatización de la salud/enfermedad inductora al consumismo médico; tendencia a un enfoque dominado por la percepción sintomática de los

desde mediados del año 1970 hasta la actualidad. Luego de este *lapsus* teórico-referencial y proyectándonos a pensar un quiebre en las fibras del modelo hegemónico de atención, estamos obligadas a encaminarnos a la conceptualización de *proceso salud-enfermedad-atención*. De esta manera recurrimos a las elucubraciones de Susana Torrado, quien manifiesta:

Recuperar el análisis de los elementos que intervienen en la determinación del proceso salud-enfermedad como una estructura jerarquizada significa reconstruir la unidad de dicho proceso y esclarecer su doble carácter biológico y social (...) y significa además dilucidar cómo los procesos sociales llegan a expresarse en procesos biológicos individuales y colectivos (Torrado; 1981/1982: 27-28)⁶.

Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los componentes biológicos y en menor medida los sociales, es así que lograr instalar lecturas al interior de los equipos de salud que contemplen esta relación dialéctica social/biológico, se volvería un motor de cambio orientado hacia una mirada contra hegemónica en salud. Es por ello que entendemos que la perspectiva intercultural articula en este camino de reducción de desencuentros materializados en el sistema oficial.

Multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad

Antes de abordar el concepto de interculturalidad, es necesario diferenciarlo de otros conceptos como el de multiculturalidad y pluriculturalidad.

El primer término, en palabras de Catherine Walsh, “reconoce [la multiculturalidad] la existencia de una multiplicidad de culturas dentro de un determinado espacio, sin que necesariamente tengan una relación entre ellas” (Walsh, 2005: 5). Es decir que en relación a este concepto se distingue la convivencia de distintas culturas, con sus significados y significantes pero que no interaccionan ni se nutren con otras distintas a esta. Comparten un mismo espacio, pero no se relacionan. Para el autor Stuart Hall (2010), la multiculturalidad da cuenta de las características de las sociedades en donde “coexisten comunidades culturales diferentes intentando desarrollar una vida en común y a la vez conservar algo de su identidad ‘original’”⁷ (Hall, 2010: 11).

Por otra parte, la autora Walsh, define la pluricultura como “la convivencia de culturas en el mismo espacio territorial, aunque sin una profunda interrelación equitativa” (Walsh, 2005: 6). En este sentido puede darse un encuentro, pero sin producirse un intercambio genuino ni enriquecedor para las distintas culturas en interacción. En relación a ello, es preciso destacar las ideas de Álvarez Ruiz, quien establece que “las culturas no están aisladas sino que interaccionan entre sí y van construyendo nuevas condiciones de manera tal que en casi todas las sociedades modernas está presente la diversidad cultural y constituye una característica actual de los Estados-nación” (Álvarez Ruiz, 2014: 14).

En contraposición a lo antedicho la *interculturalidad*, en palabras de Catherine Walsh:

(...) significa “entre culturas”, pero no refiere simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Supone com-

padecimientos y problemas; tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad; tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativo de una tendencia a escindir la práctica de la investigación; constitución o identificación con el medio urbano con el locus originario y referencial (Menéndez; 1982: 27).

⁶ La socióloga Torrado conceptualiza de esa forma la DSS en un informe para el Centro de Estudios Urbanos y Regionales elaborado por ella en el contexto de la investigación de Bloch *et al.* (1985: 32).

⁷ Subrayado del autor.

plejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes (Walsh, 2005: 4).

En relación a la idea de interculturalidad, resalta la existencia de un intercambio, una interacción, donde es fundamental el diálogo, la escucha y las negociaciones, donde no existe dominados y dominantes sino relaciones de simetrías con distintas identidades. García Canclini (1990) menciona que la interculturalidad pone en juego el entrelazamiento donde se reconoce a otro distinto aceptando lo que es en un plano de negociación, conflicto y préstamos recíprocos

Interculturalidad en salud

Luego de nuestro recorrido teórico, entendemos que la atención de la salud, desde un enfoque de interculturalidad, debe suponer el respeto y la aceptación de las diferentes culturas con su idiosincrasia, creencias, lenguajes y representaciones con respecto a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, aceptando que todo ello también podría ser contrapuesto a lo que propone el equipo de salud. En estos términos nos resulta interesante retomar un concepto que ubicamos en nuestro título. Se trata del término *dialógico*, y debemos decir que cuando lo evocamos lo hacemos desde la perspectiva de Mijaíl Bajtín quien lo aborda en su obra *problemas de la poética de Dostoievski*, de la siguiente manera: “Esta actividad [dialógica] capaz de profundizar en el punto de vista ajeno sólo es posible sobre la base de la actitud dialógica hacia la conciencia ajena, hacia el punto de vista del otro”⁸ (Bajtín, 2005: 106).

Particularmente, en el sistema público de salud, las instituciones son receptoras de usuarios de diversas características, con diferentes pautas culturales, historias y condiciones de vida, niveles educativos, concepciones de salud y visiones del mundo. Podemos ver, para ejemplificar, cómo a diario circulan por las instituciones, personas que pertenecen a comunidades menonitas, gitanas, bolivianas, pueblos originarios, entre otras, generándose brechas culturales entre estos y los equipos de los diferentes servicios de atención a la salud, que producen desencuentros, incomprensiones, obstáculos y barreras. Es así como nos encontramos frente a un debate en términos de posibilidades de resolución, que tratamos en este estudio pero que, al mismo tiempo, invitamos a profundizar.

Reconocimiento de brechas culturales

Como hemos dicho, la relación desigual en las sociedades capitalistas coloca a los grupos con menores oportunidades de acceso a condiciones de existencia dignas en un lugar de subordinación y opresión. El campo de la salud no ha estado exento de ello, en donde homogeneiza y hegemoniza el saber desde una sola visión: la científica, en términos del orden oficial, en desmedro de otras formas alternativas.

Sostenemos que el camino de la interculturalidad no es sencillo ya que, insistimos, está atravesado por tensiones institucionales, disciplinares, entre otras, que provocan desencuentros, distanciamientos y hasta rechazo, dado que entran en juego múltiples variables tales como la concepción propia de la cultura, el uso de la lengua madre, —con todas sus representaciones y simbolismos que esta tiene—, las políticas de integración de los Estados y la condición de clase, en donde se desconoce la realidad cotidiana del otro, por tanto no se tiene en cuenta.

⁸ Retomamos este nudo en la conclusión.

Creemos necesario la visibilización y revisión de estos desencuentros, como así también entender la cuestión de la cultura y de la relación que se establece entre culturas en el escenario de la salud, para luego plantear el desafío de aportar herramientas en torno a debatir caminos posibles hacia los “encuentros”.

La confluencia en el sistema público y particularmente el de la salud, de una diversidad de personas que vienen de contextos culturales e idiomáticos, muchas veces dificulta la comunicación interpersonal. De por sí la comunicación equipos de salud-usuarios, a menudo es un desafío cuando se comparte el mismo idioma, más aún en los casos en los que no, afectando aspectos básicos de la atención médica como la descripción de síntomas por parte del paciente, la comunicación del diagnóstico del médico, la indicación de tratamientos, entre otros.

Por otro lado, como parte de estos desencuentros, observamos cómo los miembros de los equipos de salud, desconocen el contexto cultural de los usuarios que atienden, así como sus representaciones, sus formas de concebir el proceso salud enfermedad, sus medios y condiciones de vida, etc. De esta forma, se brindan respuestas “enlatadas” y estandarizadas a los problemas singulares, “estudiando a un objeto construido por la teoría dominante en lugar del cuerpo vivo y real del paciente” (Dibbits; 2010: 4).

A diario se “indican” tratamientos sin saber si la persona entendió lo que se dijo o si tiene las condiciones materiales y simbólicas para llevarlo adelante; se “indican” medicamentos, insumos y dietas alimenticias desde ese mismo lugar.

Asimismo se desconoce, no se indaga o se hace “oídos sordos” a las situaciones en las que los usuarios adhieren a un modelo alternativo del, conocido como, *modelo médico hegemónico*, presentando a la medicina oficial como la única “poseedora” de las formas “correctas” de atender el proceso salud enfermedad.

En definitiva, en todas estas situaciones, no se tiene en cuenta la singularidad y no se escucha a la persona en sus deseos y necesidades. Se toma a los usuarios como pasivos, excluyéndolos de la toma de decisiones respecto de su propio cuerpo.

Algunas conclusiones como herramientas

A esta altura del trabajo, entendemos que hay un número significativo de encuentros-desencuentros que ocurren a diario entre los profesionales de la salud y los usuarios de nuestro hospital. La existencia de estos “ruidos”, colocan a la población usuaria en una situación de vulnerabilidad, condicionando su acceso al sistema y su garantía del pleno ejercicio del derecho a la salud.

Resaltamos por lo tanto, la importancia y necesidad de de-construir los modelos homogeneizantes de atención, intentando generar respuestas que reconozcan la diversidad y consideren las necesidades reales de las situaciones particulares.

Creemos en la perspectiva de trabajo intercultural como una instancia que nos permite comenzar a transitar esta problemática, pero también reconocemos que esto implica fomentar determinadas herramientas, en los equipos de salud de los cuales formamos parte. Se hace necesario que mediante el trabajo interdisciplinario, podamos debatir la coincidencia/no coincidencia de nuestros esfuerzos metodológicos y epistemológicos. ¿Será posible entonces la implementación de modelos de salud que integren perspectivas plurales? ¿Por qué, pese a la formación que los profesionales de la salud tenemos en materia de abordaje intercultural y toda la producción escrita existente, seguimos reproduciendo esta arbitrariedad?

Más allá de conocer la lengua del otro, apostamos a la transformación de las relaciones sociales. Es fundamental como punto de partida, que se reconozcan, respeten y comprendan las diferencias socioculturales, ya que la invisibilización y naturalización de las mismas, avasallan las diferentes formas de pensar y concebir a la salud, produciéndose en el otro un “epistemicidio”⁹. Para ello buscamos fomentar una comunicación interpersonal, comprensiva y abierta.

Partir de estas diferencias permite correr de un lugar de saber absoluto, para intentar acceder al universo de significados de los sujetos sociales. Se trata de reconocer que las formas en las que el “otro” concibe su salud, podrían ser diferentes a las legitimadas socialmente y como tales deben ser escuchadas y redimensionadas.

El abordaje de las representaciones sociales del conocimiento de los modos en que se constituye el pensamiento social, posibilita en palabras de Jean Claude Abric, “entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente” (Abric, 1994: 11).

De esta manera, apostamos a crear espacios de encuentros, de diálogos, intercambios culturales y aprendizajes mutuos en condiciones de igualdad, respeto y horizontalidad, en los que se logren negociaciones y consensos. Creemos fundamental, que en esas negociaciones, se incorporen los conocimientos y prácticas culturales de los sujetos, reconociéndolos como sujetos activos, con capacidad de decidir y actuar respecto a todo el proceso de salud en el cual transitan.

Lograr una buena comunicación entre equipos de salud y usuarios es el principal factor que disminuye las barreras culturales. Mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora la apropiación de los usuarios en relación con el sistema de salud. Por lo tanto, es imprescindible, que el equipo de salud, por un lado, tenga la capacidad de saber escuchar, explicar, re-preguntar, dudar y por otro lado que se convenza de la genuinidad de los saberes y de las percepciones del otro.

A modo de cierre y acercándonos nuevamente a la concepción de lo “dialógico”, apostamos a que el sujeto de atención recobre protagonismo desde la consideración de su *punto de vista*, de su subjetividad, y se extrapole del lugar de subordinado al lugar de protagonista de su cuerpo, de sus decires, de su vida, de sus deseos, de sus resistencias, de sus luchas, de sus enojos.

Bibliografía

- Abric, J. C. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*, México, Coyoacan, S.A d C.V.
- Angelini, C. (2015). “Hacia la construcción de diálogos interculturales entre mujeres migrantes bolivianas y equipos de salud. Una propuesta de contra-hegemonía en el marco del sistema de salud público argentino”, Ponencia presentada en Polonia, sin más datos.
- Alvarez Ruiz, A. (2014). *Interculturalidad: Concepto, alcances y derechos*, México, Mesa directiva.
- Bloch, C. (1984). “El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida (primera parte)”, *Cuadernos Médico Sociales 1985*; Rosario, *CESS*, n.º 32, pp.5-19.
- Dibbits, I. (2010). “La interculturalidad debe apuntar a la actitud de asumir positivamente el estado de la diversidad cultural”, *Revista RETS*, año 2, n.º 6, Conshelo editorial, pp. 2-12.
- Martín-Barbero, J. (2001). “Sobre *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*”, *Magazín Dominical*, n.º 445, *El Espectador*.

⁹ En referencia al concepto utilizado por Boaventura de Sousa Santos.

- Menéndez, E. (1982). “La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud”, *Cuadernos Medico Sociales*, n.º 21, Rosario, CESS, pp. 25-41.
- Stuart, H. (2010). *Sin garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*, Colombia, Envión editores.
- Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en la educación*, Ministerio de Educación, Lima, Perú.