

Minuta



Servicio
Jesuita a
Migrantes

CRIANZA Y DIVERSIDAD CULTURAL

Programa de Sensibilización



“Todos los días
En todas partes
Cuando te mataron en África
Dijeron que era por costumbre
Cuando te mataron en Estados Unidos
Dijeron que era por autodefensa
Cuando te mataron en Chile
Dijeron que es por ser una mala madre”
Jean Jacques Pierre.
Extracto del poema “¿Por qué nadie es Joane Florvil?”



El presente documento pretende ser un apoyo ante el desafío y las interrogantes que surgen en el sistema de salud, específicamente en los Cefam, a propósito de la presencia de distintos modos de crianza en la población migrante. Como Programa de Sensibilización, ponemos en el centro de este asunto la importancia de comprender los contextos históricos y culturales que hacen parte de prácticas diversas, entendiendo que dichas prácticas son dinámicas y multicausales.

El abordaje de los modos de crianza debe en primer lugar buscar liberarse de prejuicios y de estereotipos asociados con ciertos orígenes, para transitar hacia situar a madres, padres y cuidadores como interlocutores válidos, portadores de saberes y experiencias que pueden establecer diálogos con otros saberes como los de la medicina tradicional.

Si bien en Chile el fenómeno migratorio puede parecer como algo nuevo, aunque negada e invisibilizada, la diversidad ha estado siempre presente. En este sentido, el desafío de construir una salud intercultural ha sido una necesidad que se ha instalado desde los pueblo originarios que, han ido logrando paulatinamente el reconocimiento de sus saber ancestrales en medicina. Así, durante el año 2017 y luego de un trabajo de dos años, se firmó un reglamento que establece el derecho para las personas indígenas a recibir una atención en salud con pertinencia cultural, la que se expresa en un modelo de salud intercultural que reconoce, protege y fortalece los conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de los pueblo originarios ¹.

PRÁCTICAS DE CRIANZA



Todas las culturas comparten la expectativa de las familias deben criar y educar a sus nuevos miembros con el fin de que puedan integrarse adecuadamente a su contexto sociocultural. En tanto dichos contextos son diversos, las maneras en que las familias actúan respecto de la crianza, también son diversas (López-Rubio, 2012).

Las prácticas de crianza representan entonces una gran diversidad ya que en todas las sociedades, se elaboran un conjunto de saberes prácticos y teóricos que generan relaciones sociales y significados culturales. Así, “Cada una de las acciones cotidianas puestas en práctica para criar a un niño alimentarlo, asearlo, vestirlo, hacerlo dormir, por más insignificante o rutinaria que parezca, lleva implícita toda una serie de representaciones y clasificaciones sobre el niño y el cuerpo infantil” (Colangelo, 2014:3).

POR EJEMPLO

el tratamiento ritual de la placenta con la familia y la comunidad acompañan los primeros tramos de la vida de un bebé andino, permite percibir de qué modo la crianza es un proceso a la vez material y simbólico, con una dimensión ritual que acompaña los cuidados más rutinarios del cuerpo del niño y que no sólo involucra a sus progenitores, sino que lo incluye en una red social más amplia: más allá de que el bebé sea alimentado, abrigado, aseado, el no cumplimiento de los rituales ligados a la placenta es considerado un grave descuido en su crianza, en tanto tiene graves consecuencias para su desarrollo como ser humano (:4).



De este modo, así como los modos de crianza responden a aspectos culturales e históricos, también las enfermedades responden a la interacción de múltiples sistemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales por lo que los enfoques exclusivamente biomédicos no permiten una comprensión holística de las patologías. Sin embargo, en Latinoamérica, los sistemas de salud son excluyentes y la relación con otros saberes se expresa en distanciamiento y conflicto, más que en el respeto y el diálogo (Duarte, 2003). ¿Qué ocurre entonces en el contexto migratorio? las prácticas del lugar de origen y el de llegada entran en tensión y pueden también adquirir nuevos significados (Moscoso, 2015).

Así, en los modos de crianza se expresan elementos culturales que suelen mencionarse como “la cultura” del “otro”, que son fuentes de diferencia y que se constituyen como facilitadores u obstaculizadores de la labor médica. Así, en los discursos, “La cultura” se transforma en la base de prácticas que no se logran desterrar o transformar, como si cultura y pautas culturales estuvieran sólo en los “otros”. Lo cierto es que la cultura no está sólo en “otros” y no basta sólo con reconocer la existencia de “otros” modos de crianza, el desafío es más bien qué lugar ocupan esos “otros” en “nosotros” y “nuestras” propias pautas de crianza (Colangelo, 2014).

PRÁCTICAS DE CRIANZA, EL CASO DE HAITÍ

La población haitiana se sitúa como el tercer país con mayor población en Chile luego de Venezuela y Perú. Como una de las consecuencias del fenómeno migratorio, durante el año 2018 se registró un incremento en un 50% de inscripciones de nacimiento con al menos un progenitor extranjero respecto del año anterior. Así, los hijos de extranjeros representaron un 12% de los nacidos inscritos durante ese mismo año, siendo la nacionalidad haitiana la que lideró el ranking en 11 de las 16 regiones del país 2.

Estas cifras sin embargo no logran dar cuenta de los desafíos que ha implicado para el sistema de salud chileno estos nacimientos. Pese a que se reconocen los esfuerzos que muchos servicios realizan por generar un diálogo intercultural con la población haitiana, los discursos que se elaboran en torno a ella están aún muy basados en estereotipos, el desconocimiento de sus propias pautas de crianza y sobre todo, la estigmatización.

Sin duda, la principal barrera a la que los profesionales deben enfrentarse, es la barrera idiomática. La falta de dominio del español de parte de mujeres haitianas y la falta de traductores en los recintos de salud dificultan la relación con los equipos médicos. Para la matrona Andrea Gallardo, esto “impide que puedan tener acceso a un parto respetado y las expone a violencia obstétrica”, junto con afectar la salud de los recién nacidos ya que las instrucciones de alimentación y cuidado no son comprendidas en su totalidad³. Para suplir esta dificultad, los servicios de salud han ideado sistemas que facilitan la comunicación tales como láminas con dibujos.

Por otro lado, están las dificultades basadas en estereotipos y la estigmatización de la comunidad haitiana por sus prácticas de crianza. Lo cierto es que se ha tendido a estigmatizar a la población haitiana en un proceso sostenido en la superioridad de las pautas de crianza “chilenas” que se pone por sobre el diálogo y la búsqueda de comprensión y aprendizaje respecto de otras prácticas de crianza. Se ha tendido a cuestionar el apego y las prácticas de lactancia materna de mujeres haitianas pasando por alto la visión preponderante que existe en Haití sobre la lactancia, sobre incorporar otros alimentos a la dieta de las guaguas o sobre modos de crianza mucho más colectivos. Así por ejemplo, una acción interpretada como negligente por el personal de salud, como darle sopa de apio a una guagua, en la práctica de crianza haitiana es una señal de preocupación respecto de la alimentación.



COMPETENCIAS INTERCULTURALES EN SALUD

La diversidad nos trae riqueza, intercambio, novedad, pero también trae diferencia, rechazo, e incluso miedo. Es por esto, que para el tratamiento de dicha diversidad, las competencias interculturales pueden adquirir relevancia. Ellas se determinan por ser:

el conjunto de conductas, actitudes y políticas que permiten al sistema sanitario y a los profesionales de la salud funcionar de forma eficaz con pacientes y comunidades de orígenes culturales diversos. Estas competencias implican un cambio fundamental en la forma de pensar, de entender y de relacionarse con el mundo exterior, que debe repercutir en una mejora de los resultados asistenciales. Esto supone ser conscientes de las necesidades y demandas generadas por la diversidad cultural y dar respuestas lo más adecuadas posible. (Janer, 2013, p. 40).

De allí que las competencias interculturales adquieren importancia a partir de cuatro hechos que han determinado la necesidad de enseñar competencias interculturales en la atención de salud que son: **(i)** las migraciones; **(ii)** las distintas etnias; **(iii)** la diversidad cultural; y **(iv)** el modelo biomédico inserto en el sistema de salud occidental. Esto porque en el caso de las personas migrantes se han dado situaciones de trato discriminatorio, racismo y desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos (Veliz-Rojas et al., 2019).

Lo que se persigue es que todo médico, enfermera, administrativo de la salud se forme en competencias interculturales, es decir, que comprenda la cultura, costumbres, prácticas y creencias del otro que es distinto del usuario al que se está habituado, teniendo la capacidad de reconocer, interpretar y aceptar, lo que permite que todo usuario que acceda al sistema de salud reciba un trato efectivo e igualitario (Veliz-Rojas et al., 2019). Así, Janer (2013) señala que las competencias interculturales en la salud favorecen la comunicación, la negociación y el aprendizaje, junto con entregar mejores respuestas a determinadas situaciones o dificultades que surjan ante la diversidad cultural.

PERO, ¿QUÉ NECESITAMOS PARA FORMARNOS EN LAS COMPETENCIAS INTERCULTURALES?

- **Conocimientos:** tener conciencia de sus propias creencias, prejuicios, estereotipos, sus referentes culturales, pero también conocer al otro cuáles son sus expectativas, su historia, su cultura, cómo fue su proceso migratorio. También conocer la situación socioeconómica, necesidades, dinámicas de interrelación de la población donde se va a trabajar.
- **Habilidades:** revisar mis miedos, qué siento, qué me despierta el otro como también tener actitud de apertura, interés por conocer otras formas de entender y vivir la vida pero sobre todo se debe tener ganas de aprender y salir de la zona de confort.
- **Empatía:** reconocer, comprender y respetar la situación y las necesidades del otro. **Negociación:** a partir del diálogo, intentar encontrar puntos en común y soluciones aceptables para ambas partes.
- **Mediación natural:** informando y facilitando que la persona tenga acceso a sus derechos, a los servicios y asuma sus responsabilidades (Janer, 2013).

Las competencias interculturales son un proceso de formación de todos los días, permanente y de trabajo en conjunto con el personal de salud y los usuarios, sin embargo, es importante reconocer que los factores estructurales del sistema son también muy relevantes para que dichas competencias puedan desenvolverse de la mejor forma buscando avanzar hacia una atención de salud intercultural.

EL DESAFÍO DE AVANZAR HACIA LA INTERCULTURALIDAD

El enfoque intercultural crítico, permite comprender las diferentes prácticas y concepciones de crianza, reconociendo la conflictividad y las desigualdades presentes en las formas de relacionamiento y buscando transformarlas. Esto implica para María Adelaida Colangelo (2014) considerar el cuidado infantil como una construcción de saberes y prácticas que están determinados históricamente, y por tanto derivan también de situaciones estructurales como la pobreza y la vulneración de derechos. Sin embargo, la autora señala que:

no se trata, mediante el reconocimiento y valorización de la diversidad, de desestimar las representaciones de la pediatría en torno del niño y del cuerpo infantil, sino mostrar que tienen una historicidad que las aleja del lugar de lo obvio, lo natural y universal, poniendo de relieve que también son producto de construcciones sociales producidas en determinados marcos. Es desde allí que pueden dialogar, ya sea para coincidir o para disentir, con otros saberes socialmente producidos sobre la crianza de un niño (:10).

Así, desde el enfoque intercultural crítico se abre la siguiente pregunta: ¿Qué lugar queremos darle al “otro”? ¿Qué lugar le damos a sus saberes, a su experiencia? Es fundamental para generar un diálogo verdadero desplegando competencias interculturales que permitan considerar al otro como un interlocutor válido, pues no se trata de tener un manual sobre culturas o sobre pautas de crianza, sino más bien de comprender a las personas como seres complejos y dinámicos, más allá de su cultura y sus países de origen, porque cada quien es diferente.

Finalmente, lo que se pone en juego aquí es el tema del reconocimiento y los sistemas de salud sólo lograrán sus objetivos en la medida en que comprendan e incorporen la diversidad cultural como un elemento fundante de su intervención, lo que ocurre en todos los niveles; desde la interacción entre un profesional y su paciente, hasta la capacidad que tiene el sistema de hacerse cargo por ejemplo de las barreras que existen cuando las personas no hablan español. Así, en la medida en que adaptamos el enfoque intercultural, reducimos desigualdades y avanzamos hacia la justicia social.

BIBLIOGRAFÍA

- López-Rubio, S. (2012). Práctica de crianza y problemas de conducta en preescolares: Un estudio Transcultural. <https://doi.org/10.1174/021435502753511268>
- Colangelo, M. A. (2014). La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. Primeras Jornadas Diversidad En La Niñez. Hospital El Dique, Ensenada, 1–12. <https://www.aacademica.org/000-098/6>
- Duarte Gómez, M. B. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. Cuadernos de Saúde Pública, 19(2), 635–643. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000200030>
- Janer, M. (2013). Diversity and Intercultural Professional Skills. Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 54, 39–48.
- Moscoso, M. F. (2015). Amor y control: Notas etnográficas sobre migración, crianza y generación. Revista de Antropología Social, 24, 245–270. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50655
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Intercultural skills in primary health care: A challenge for higher education in contexts of cultural diversity. Cadernos de Saude Publica, 35(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>



@sjmchile



@sjmchile



@sjmchile