



BIBLIOTECA MEXICANA
DEL CONOCIMIENTO

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

EXPERIENCIAS Y APORTES PARA
EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr. José Alejandro Almaguer González
Enf. Vicente Vargas Vite
Dr. Hernán José García Ramírez
Coordinadores

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Experiencias y aportes para el
fortalecimiento de los servicios de salud

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



**BIBLIOTECA MEXICANA
DEL CONOCIMIENTO**

Enrique Peña Nieto

Presidente de los Estados Unidos Mexicanos

Mercedes Juan López

Secretaria de Salud

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud

D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Colonia Juárez,
C.P. 06696, México, D.F.

Coordinación: **Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud**

Dr. José Alejandro Almaguer González
Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Enf. Vicente Vargas Vite
Subdirector de Interculturalidad en los Servicios de Salud

Dr. Hernán José García Ramírez
Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención

Los créditos autorales de los textos e imágenes utilizados en esta obra se consignan en la página respectiva, en los pies de foto, en el índice, o en su caso, son obras anónimas por disposición de su autor.

Programa Editorial del Gobierno de la República.

Número de registro: BMC-SSA-002-GAP/DD-055

ISBN: 978-607-460-463-4

Tercera edición, octubre de 2014.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, por cualquier forma, medio o procedimiento, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

Hecho e impreso en México.

Colaboradores:

Bioética

Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez

Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética.

Dr. Alejandro del Valle Muñoz

Director del Centro del Conocimiento Bioético, Comisión Nacional de Bioética.

Educación y Educación en Salud

Dr. Jaime Mas Oliva

Programa Universitario de Investigación en Salud. UNAM.

Fernando I. Salmerón Castro

Coordinador General de Educación Intercultural y Bilingüe. SEP.

Bibiana Riess Carranza

Directora de Educación Informal y Vinculación. Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe. SEP.

Herbolaria Medicinal

QFB. Noemí Lugo Maldonado

Responsable de Estrategias de la medicina tradicional y herbolaria medicinal
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. DGPLADES.

Experiencias Exitosas en la Implantación de Modelos Interculturales

Dra. Yadira Lizbeth Espinoza Cruz

Responsable Estatal de Interculturalidad. Unidad de Desarrollo Intercultural y Medicina Tradicional. Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca.

Lic. Enf. Evangelina Zitle Ferro

Enlace Estatal de Interculturalidad. Secretaría de Salud del Estado de Yucatán.

Bióloga Denia Domínguez Canabal

Enlace Estatal de Interculturalidad. Servicios de Salud del Estado de Tabasco.

Lic. Ilda Parga Parga

Enlace Estatal de Interculturalidad y Coordinadora del Programa de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Antrop. Juan Alejandro Rodríguez Hernández, Dra. Irasema A Guerrero Lagunes,

Dr. Jesús Barragán Flores.

Enlace Estatal de Interculturalidad. Secretaría de Salud del Estado de Veracruz.

Contenido

Prólogo de la Dra. Mercedes Juan	11
INTRODUCCIÓN	13
Capítulo 1	
INTERCULTURALIDAD Y SALUD	17
México, sociedad multicultural	17
El enfoque intercultural	17
Antecedentes	20
La interculturalidad como proceso	22
La interculturalidad en la salud	22
Las barreras culturales	23
La competencia cultural	25
Educación para la salud	27
Resolución de conflictos y negociación intercultural	32
Interculturalidad y participación comunitaria	37
Otros ámbitos de la interculturalidad	39
Interculturalidad y derechos humanos	39
Interculturalidad en la diversidad	41
Hacia un modelo de bioética intercultural	51
Introducción	51
Pluralidad, multiculturalidad e interculturalidad en México	52
Bioética: concepción y desarrollo	55
Evolución y actualidad del concepto bioética	56
Hacia un modelo de bioética intercultural en salud	58
Interculturalidad y género	63
Cultura y adicciones	64
Educación superior, interculturalidad en salud	68
Educación intercultural en la salud: retos para las universidades interculturales	72
Capítulo 2	
INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES	83
La salud en los pueblos indígenas	83
Problemática intercultural	84
Indicadores interculturales: miradas indígenas a la calidad de la atención médica	88
Cultura y mortalidad materna. Primer caso	92
El alcoholismo en las poblaciones indígenas. Segundo caso	95

Capítulo 3

LA INTERCULTURALIDAD COMO POLÍTICA DE SALUD	99
Hacia una política intercultural en salud	100
La Secretaría de Salud y el marco institucional de la política intercultural	102
Plan Nacional de Desarrollo y Programas Nacional y Sectorial de Salud 2007-2012 y 2013-2018	103
El enfoque intercultural en los programas salud	104
Herramientas interculturales para el fortalecimiento de los diferentes procesos educativos y operativos en los servicios de salud	106
Lineamientos interculturales para el personal de salud	106
Encuentros interculturales	107
Las consultas informadas	109
Metodología de asamblea comunitaria “indígena” para fortalecer los procesos de consulta informada	109
Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro	111
El hospital intercultural sustentable. Una propuesta para el fortalecimiento de los servicios de salud en sociedades multiculturales	125
Saludable para la gente	126
Saludable para el ambiente-salud sin daño	127
Sustentabilidad energética y económica	128
Servicios interculturales	129
Acreditación de Unidades para la consolidación de la propuesta intercultural	131

Capítulo 4

LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA MEXICANA	135
La medicina tradicional indígena	135
Diagnóstico situacional	136
Medicina tradicional e identidad cultural	139
Marco legal de la medicina tradicional	140
El sistema médico tradicional	142
Principales causas de enfermedad en los modelos de salud indígenas	145
El modelo tradicional de atención del embarazo, parto y puerperio	155
Articulación del <i>Sistema Nacional de Salud</i> con la medicina tradicional	157
Política de reconocimiento, modulación y fortalecimiento de la medicina tradicional mexicana	160
Estrategias de interrelación de los servicios de salud con la medicina tradicional	162
Relación intercultural con las parteras tradicionales (“Encuentros de enriquecimiento mutuo”)	164
Auto-sistematización de la medicina tradicional	165

Capítulo 5	
LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS	173
Definición	173
Desarrollo en el mundo	174
Aportes del enfoque sistémico	175
Prácticas derivadas del sistema médico occidental	176
El sistema médico tradicional chino	178
El sistema médico tradicional ayurveda	180
Situación en México	183
Marco legal	187
Política de fortalecimiento de la oferta de servicios con sistemas complementarios de atención a la salud	192
Modelo de validación	194
Fortalecimiento de los servicios de salud con otros modelos médicos	195
Hacia un modelo médico integrador	196
Capítulo 6	
EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD Y SUS APORTES PARA UNA REVISIÓN DE LOS PARADIGMAS EN EL CAMPO DE LA SALUD	199
Introducción	199
Los paradigmas	200
Los paradigmas en el desarrollo de la medicina occidental	202
Los paradigmas de la medicina occidental en la actualidad	213
Los paradigmas provenientes de otros modelos médicos	214
Derivados de la cultura occidental	214
Paradigmas provenientes de otros modelos médicos no occidentales	217
La interculturalidad en la construcción de una propuesta para el futuro	219
Conclusiones	226
Capítulo 7	
EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y MODELOS INTERCULTURALES	227
RECONOCIMIENTOS	259
GLOSARIO DE TÉRMINOS, ACRÓNIMOS Y SINÓNIMOS	263
BIBLIOGRAFÍA	269

Prólogo de la Dra. Mercedes Juan

Secretaría de Salud

El libro *Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud* es resultado de los aprendizajes que la Secretaría de Salud ha desarrollado en los últimos años, los cuales han dejado de ser una innovación conceptual para convertirse en experiencia institucional. En este periodo la práctica intercultural de la Secretaría de Salud ha establecido referentes de la operación de los servicios de salud, para apuntar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que considera la diversidad cultural.

Esta publicación presenta una visión sobre la salud y la enfermedad que conduce a propuestas encaminadas a la pluralidad cultural en la atención médica. A su vez, atiende asuntos sustantivos que deben permear la definición de políticas públicas, como son el respeto a los derechos humanos, la importancia de considerar los determinantes sociales, la necesidad de promover la participación comunitaria, el derecho a la consulta en la atención a la salud de los pueblos indígenas, la premura de reconocer la diversidad cultural y la cosmovisión de los diferentes grupos de la población, así como la ética y la bioética intercultural. Se reconoce que no obstante el éxito de algunos programas, persisten diferencias en las condiciones de salud de la población y en la forma en que los requerimientos de atención son resueltos. Por lo tanto, el libro considera el derecho a la diversidad y los cuestionamientos a la medicina actual, en relación con el desarrollo de la ciencia, como componente paradigmático de la cultura occidental. Al mismo tiempo, describe el contexto histórico del planteamiento intercultural - que no es exclusivo del campo de la salud - profundizando en él y en sus aplicaciones.

En este sentido, se sugiere un acercamiento respecto a la composición multicultural de los grupos y poblaciones, considerando edad, etnicidad, religión, identidad laboral y la autopercepción de la persona; y se propone considerar a la interculturalidad como una política pública en salud, que a través de un modelo de atención incorpore elementos esenciales para proporcionar servicios de salud de calidad. Para ello, se muestran las bondades en la construcción de los procesos que, desde las instituciones oficiales, se pueden establecer para el mejoramiento de la operación de los programas de salud, considerando la participación de los pueblos indígenas. También se

incluye información sobre la medicina tradicional indígena y las medicinas complementarias, que se presentan como productos culturales que cuentan con la preferencia de algunos grupos de la población. Finalmente, se aborda la perspectiva de los funcionarios estatales responsables de la implementación de los modelos interculturales en salud, con el fin de identificar retos y oportunidades.

En esta tercera edición se reconocen los avances que en esta materia se han alcanzado en los últimos años, mismos que se plasmaron en las dos ediciones anteriores del libro. No obstante, contar con aportaciones y experiencias de expertos permite robustecerlos, actualizarlos, darles seguimiento y contribuir al cumplimiento de las líneas de acción relacionadas con la interculturalidad, que fueron definidas en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018: *“Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud”* e *“Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población”*, encaminadas a la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, compromiso establecido en esta administración y estipulado como una estrategia del Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.

INTRODUCCIÓN

Este es un libro extraordinario. Nos enseña muchas cosas que la gran mayoría de los lectores no conocen. Pero más allá de eso, nos provoca profundas rupturas en nuestra manera de entender situaciones tan cotidianas como la salud. Todo ello con la finalidad de mejorar las condiciones de vida y bienestar de toda la población, pero de manera muy particular, de la población que tradicionalmente ha estado abandonada o maltratada por los sistemas nacionales de salud, es decir, la población indígena. Es un libro que recoge propuestas ya realizadas por los autores de política pública en materia de salud y que genera nuevas y más profundas propuestas ante necesidades de modificación de la política pública en salud manifiestas en la todavía desigual vigencia del derecho humano fundamental a la salud en nuestro país.

El libro nos enseña muchas cosas que desconocíamos. Tiene un extraordinario tratado sobre la integral comprensión del binomio salud-enfermedad desde la cosmovisión indígena mesoamericana. Queda evidente su diferencia respecto del paradigma occidental de salud. Pero también es evidente su coherencia, su integralidad, su capacidad explicativa, y su eficacia real. Especialmente enriquecedora es la explicación de la función de las parteras, su visión sobre la persona, su accionar solidario y comprometido, pero a la vez profesional, y sus conocimientos ancestrales sobre el parto incluso más adecuados y centrados que los occidentales, sobre todo en lo que respecta a la posición para parir.

Es completa y fundamentada su explicación de las cosmovisiones que rigen algunos sistemas alternativos de procuración de la salud, notablemente las orientales. En este caso también queda clara la integralidad coherente de maneras totalmente distintas de entender la salud. Y nos resulta evidente lo diferente, y por lo mismo, lo rico de sus enseñanzas, la capacidad de relativizar nuestras certezas y de provocar nuestra capacidad de asombro.

Para los lectores no médicos, el relato que hace de la historia de los paradigmas en la medicina occidental es especialmente rica, por lo sintético, por lo claro, por lo explicativo más que descriptivo, y porque nos lleva a comprender que las verdades son históricas, que se van modificando con el tiempo, o que coexisten, sobre todo en épocas actuales, de acuerdo con posturas sobre la sociedad y el futuro.

Nos provoca rupturas importantísimas. Entendemos con la lectura de este libro que salud no es la ausencia de enfermedad. Por el contrario, la salud es un estado integral en el que intervienen las emociones, la cultura, el ambiente, la sociedad. Comprendemos también que la salud es un derecho, y su procuración una obligación del estado, y no una graciosa concesión. La lectura de este libro nos lleva a darnos cuenta de que la concepción occidental de la salud, con su paradigma del cuerpo y de la enfermedad, ha tenido grandes logros, pero también, y respecto de las grandes mayorías en el mundo, ha dejado grandes deudas que ahora se están extendiendo a las poblaciones incluso privilegiadas y de primer mundo.

Vemos a través de la presentación de otros sistemas de salud – entendiendo por sistema la comprensión global desde las cosmovisiones – que éstos son mucho más antiguos, estables, probados, que el nuestro.

Finalmente, el libro nos convence que la salud, como la ciencia, es relativa, cambia con el tiempo, con la geografía, y con la ideología. Lo peor que podemos hacer es cerrarnos a una sola manera de analizar el fenómeno; reconocer que existen varias, y abrirnos a conocerlas y tratarlas de entender, nos enriquece.

Este libro nos muestra que sí es posible proponer políticas públicas muy distintas de atención a la salud a las que ya existen, sobre todo con poblaciones indígenas.

Los autores son luchadores que retoman las demandas de los pueblos indígenas, las comprenden profundamente a partir del conocimiento de los protagonistas – terapeutas profesionales, de sus realidades, conocimientos, sueños y aspiraciones. Pero también a partir de las limitaciones que los propios autores reconocen: a pesar de su magistral sistematización de la cosmogonía de la medicina indígena, reconocen que todavía les falta mucho por saber, y que sólo los propios pueblos, a través de sus intelectuales, podrán llevar a cabo la sistematización necesaria para permitir la reproducción sin barreras y el fortalecimiento permanente de la mal llamada medicina tradicional indígena.

Los autores denominan este proceso como “autosistematización”. José Alejandro Almaguer González, a la cabeza de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, ha logrado el reconocimiento de la medicina tradicional, aun con lo difícil que resulta la modificación de leyes y con ello las prácticas, de atención intercultural en salud, que incluyen no sólo derechos ya reconocidos como el derecho a la traducción, sino otras prácticas importantísimas como el cambio en la manera de capacitar a las parteras, partiendo de un reconocimiento de sus saberes ancestrales y de lo pertinente de sus prácticas.

Propone una forma totalmente distinta de atención a los indígenas desde las unidades de atención primaria: una atención centrada en el respeto, en la comprensión más integral de sus conductas y demandas, en el reconocimiento de sus sabios terapeutas. Propone un énfasis

en la salud sobre la enfermedad, y por tanto en la prevención sobre la curación, y pide que las unidades de salud primaria se vuelvan todas educativas. Propone, más de fondo, con base en Illich y en Werner, un paradigma en el que las poblaciones logren autonomía en la procuración de su salud y se apropien de los procesos para lograrlo.

El libro es mucho más rico que lo que he podido resumir en los puntos anteriores. Hay muchas más enseñanzas, muchas más rupturas, muchas más propuestas. Al igual que la búsqueda de la integralidad en la comprensión de los sistemas de salud, el conjunto de enseñanzas, rupturas provocadas y propuestas, tienen integralidad, son coherentes, están ancladas en ejemplos en los que éstas últimas se han logrado, se ven por tanto como viables.

Pero la mayor riqueza de este libro es su tesis fundamental es la interculturalidad como la única manera de podernos aproximar y aprender mutuamente de formas distintas de comprender un fenómeno como la salud en una realidad culturalmente diversa como la de México, en la que además durante años ha sido una visión la hegemónica. La forma en que los autores entienden la interculturalidad es verdaderamente profunda, ejemplar, indispensable en todos los ámbitos y no sólo en el de la salud. La interculturalidad como esa actitud de fondo que nos lleva a reconocer que los otros son diferentes, pero que nosotros también somos diferentes.

La interculturalidad nos conduce a acercarnos con apertura y respeto a conocimientos ajenos que nos cuesta trabajo comprender, conduce a un diálogo epistemológico, conflictivo por naturaleza, que implica necesariamente negociaciones, pero que es la base del aprendizaje mutuo y de los acuerdos necesarios. Este libro no cae en el error de muchos, de plantear la interculturalidad como un instrumento para lograr que los indígenas “pobres e ignorantes” lleguen a aceptar el paradigma occidental de salud, o las terapias médicas alópatas, porque ahora los tratamos bien y con respeto y porque reconocemos su igualdad fundamental ante los derechos. No. La interculturalidad es interpretada en toda su profundidad, como la necesidad de las sociedades y de los seres humanos de reconocer la fragilidad de nuestros conocimientos y de nuestras certezas, de dudar de nuestros métodos, de abrirnos a otras formas de conocer y de saber, para en verdad poder aprender, y por lo mismo, llegar a valorar y a apreciar.

Los prejuicios se nos deben quitar, pero no para asegurar la asimilación. Todo lo contrario: para llegar a valorar la diferencia, a querer experimentarla a través del acercamiento y el diálogo respetuoso, para aprender y transformarnos por esa experiencia, y para en última instancia llegar a estar convencidos que somos diferentes, y que gracias a ello nuestra humanidad se enriquece.

Sylvia Schmelkes del Valle

Consejera Presidenta de la Junta de Gobierno
del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.

Capítulo 1

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

José Alejandro Almaguer González, Vicente Vargas Vite
y Hernán José García Ramírez.

México, sociedad multicultural

Ninguna sociedad en el mundo es homogénea en su composición cultural. En el caso de México, se reconoce y se identifica como un país multiétnico y pluricultural. En los últimos 10 años, el país ha experimentado un amplio movimiento social a favor de la diversidad y el respeto a los derechos humanos. Como producto de estas condiciones se impulsan modificaciones en diferentes ordenamientos legales,¹ con el fin de fomentar una cultura de respeto a todos los grupos que conforman la sociedad para orientar la labor de las dependencias públicas gubernamentales respecto a esta diversidad, manifiesta y necesaria en regiones urbanas diversificadas y con más pertinencia en regiones donde habita población indígena.

Coexisten en esta sociedad plural múltiples miradas desde las cuales se construye nuestra identidad, determinadas por el género, la cultura étnica, la clase social, la edad, la preferencia sexual, la asociación gremial y muchos otros factores que permiten y moldean la identidad cultural.

La **interculturalidad** se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia.

El enfoque intercultural

Aunque es un concepto que recientemente se ha socializado en el ámbito de la salud, muchos investigadores de la comunicación y la cultura, se han interesado por su definición, aplicación

1 En el marco de la Constitución y de la elaboración de diversas leyes secundarias, como los artículos 1° y 2° de la Constitución, la Ley General de Derechos y Cultura Indígena, la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, la Carta de los Derechos de los Pacientes, la Carta de los Derechos de los Médicos y de la Carta General de los Derechos Humanos, entre otros documentos normativos.

y desarrollo ya que su principal característica y diferencia con otros conceptos como el multiculturalismo y el pluralismo, es su intención directa de promover el diálogo y la relación entre culturas y no solamente su reconocimiento y visibilización social.



La flor de la identidad cultural²

La interculturalidad está sujeta a variables como: diversidad, la definición del concepto de cultura, obstáculos comunicativos como la lengua, las políticas poco integristas de los Estados, jerarquizaciones sociales marcadas, sistemas económicos que excluyen a diferentes sectores de la sociedad; es decir, la interculturalidad se ha utilizado para la investigación en problemas comunicativos entre personas de diferentes culturas y en la discriminación de etnias, principalmente. Otros ámbitos de los estudios interculturales son aplicados en el ámbito de la educación, los estudios de mercado y su aplicación en el diseño de políticas en Salud. Esto tiene una referencia muy marcada en el impulso a políticas interculturales en los países sudamericanos, como Chile, Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Como modelo de convivencia y como proceso comunicativo, la interculturalidad propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial de mundo (cosmovisión) y un marco de referencia y paradigmas respecto a diferentes aspectos de la realidad.

Desde este planteamiento, se presupone que no existe una verdad única, inamovible y permanente. Todos los paradigmas están en continuo cambio y responden a diferentes aproximaciones de la realidad, que difícilmente pueden ser absolutas.

Esta definición de interculturalidad plantea que al interactuar de manera positiva grupos culturales que comparten un espacio geográfico determinado, se generan alternativas de solución frente a un problema, que serían muy difíciles de encontrar desde la visión de un

² La Flor de la Identidad Cultural. Esquema adaptado de García Ramírez Mayela, Manual de Incidencia Política desde las Mujeres. El Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD; 2003.

solo grupo, con planteamientos y características diferentes. Se señala de esta manera que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Por tanto, entendemos por interculturalidad, al proceso de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.³

En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

Se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad.
- Respeto a las diferencias.
- Relaciones equitativas.
- Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad implica una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos.

Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

En países europeos donde los fenómenos migratorios plantean nuevos retos hacia las relaciones sociales, las propuestas interculturales, emanadas de los estudiosos de la comunicación, proponen esquemas para el abordaje conceptual hacia la relación entre culturas.⁴

Por todo esto, la palabra interculturalidad da a entender horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad. El concepto de interculturalidad significa también una relación de intercambio, a partir de la cual cada una de las partes involucradas puede construir algo nuevo que no habrían podido construir de manera independiente. Esto se hace posible por la adquisición, en una negociación y comparación conceptual y sinérgica, de elementos que antes no tenían, y que muy probablemente no habrían tenido de haberse mantenido dentro de su cultura sin abrirse al otro.

La interculturalidad pretende:⁵

1. Que exista un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial; favorece no sólo el contacto, sino también el encuentro.

3 Se comprende por «sinergia» la asociación de diferentes elementos que actuando conjuntamente generan un producto mayor del que se deriva de la suma del empleo individual de cada uno de ellos.

4 Rodrigo Alsina Miquel. «Elementos para la comunicación Intercultural». Universidad de Barcelona; 1997.

5 Tomado de: Méndez M. «Orientaciones para la interculturalidad, valores culturales dominantes.» Grupo de profesores de educación compensatoria de la Subdirección Territorial Madrid/Oeste. Méndez M, coordinador. Madrid, España: Centro Nacional de información y Comunicación Educativa. Ministerio de Educación y Ciencia; mayo 1997.

2. Abarcar a las minorías, pero junto a la gran mayoría y, por tanto, incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.
3. Promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental.
4. Favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, en donde la relación entre diferentes no sea en condiciones de desigualdad.
5. Enseñar a afrontar de los conflictos de forma positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar.

Antecedentes

El enfoque intercultural en salud, como concepto y como marco que sustenta las acciones para nuevos modelos de atención en la salud, toma referencia de las teorías de la comunicación originadas en los Estados Unidos en la década de los 50's,⁶ del indigenismo y de la teoría de sistemas.

Otras influencias son los modelos de comunicación intercultural y su aplicación al análisis de los procesos de comunicación en los procesos de migración, cuyo principal teórico es Miquel Rodrigo Alsina.⁷ Otro elemento presente en los modelos y los procesos de gestión intercultural, son las experiencias de gestión autonómica de los pueblos indígenas en Nicaragua de la Costa Atlántica, la lucha de los pueblos Mapuches en Chile y las poblaciones indígenas en Bolivia, que bajo un enfoque intercultural autonómico han sido planteados por diferentes estudiosos.⁸

Son determinantes las teorías desarrolladas por Iván Illich,⁹ quien a partir de los años cincuenta, tomó en cuenta las experiencias en la interacción con las poblaciones multiculturales religiosas de Nueva York (irlandesas y latinas), extendiendo el análisis intercultural posteriormente a la educación, la convivencialidad^{10,11} la equidad, y al desarrollo latinoamericano.

En relación a su proceso como modelo histórico en México, el enfoque intercultural incorpora el análisis de las corrientes del indigenismo. Como producto de los cambios provocados el Integracionismo, corriente teórica iniciada por intelectuales como y José Vasconcelos y que influyó en el ámbito educativo del país durante la mayor parte del siglo XX. Esta corriente identificaba la cultura indígena con el atraso y la pobreza, y enfatizó en un proyecto de nación

6 Uno de los aportes más importantes para una definición intercultural es el conocimiento del concepto de comunicación intercultural. Como guía orientadora, el teórico que más influye en este modelo institucional es Miquel Rodrigo Alsina, quien define dos conceptos que se aplicarán en los procesos de sensibilización/capacitación: la competencia cognitiva y la competencia emotiva.

7 Alsina Miquel Rodrigo. «La comunicación Intercultural» Ed. Antrhopos, España. 1999.

8 Cunninham Myrna, Alta Hooker. "La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua" OPS-OMS, Washington, DC., 2002.

9 En los años cincuenta a partir de experiencias en la interacción con las poblaciones multiculturales religiosas de Nueva York (irlandesas y latinas). Iván Illich, escritor, sacerdote y filósofo austriaco, funda en la Universidad Fordham el Centro de Formación Intercultural (CIF). El propósito del CIF era capacitar a los misioneros norteamericanos para entender y respetar las culturas de los países latinoamericanos, propiciando un diálogo intercultural entre semejantes. En 1961 decide trasladar el Centro a Cuernavaca, México, dadas las mejores condiciones para el ejercicio eficiente de sus recursos, fundando el Centro Intercultural de Documentación (CIDOC).

10 Illich introduce el término convivencialidad aplicándolo a las herramientas y, por extensión, a las instituciones y a las sociedades que respetan y promueven la autonomía de la gente en un plano de igualdad y equidad, en un contexto de diversidad cultural, respetando sus propias individualidades y diferencias.

11 Iván Illich, La Convivencialidad, Barcelona España: Barral Editores; 1974.

que pretendía alcanzar el desarrollo a través de hacer coherente y homogénea la raza nacional (la mestiza), unificando el idioma y la cultura.¹²

La influencia del “Integracionismo” alcanzó el campo de la salud y el de la antropología médica, en los cuales los términos de interculturalidad y medicina intercultural son difundidos en México por los trabajos publicados por el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, quien señala el concepto “*intercultural*”¹³ como parte de diferentes estrategias para incorporar a los indígenas a la cultura médica nacional de manera respetuosa y antidiscriminatoria. Estas propuestas denominadas “indigenistas” se propusieron liberar al indio de una intermediación opresiva y explotadora con diversos segmentos de la población, desarrollando una propuesta “intercultural” en el contexto de las políticas integracionistas.

Para los años 70’s, los conceptos y elementos teóricos interculturales surgidos desde el campo educativo impactaron en México al ámbito de la salud.

Gracias a esto a los aportes de intelectuales como Guillermo Bonfil Batalla^{14,15} y a los movimientos reivindicativos de los pueblos indígenas, no sólo en México sino en diferentes países de América Latina, las políticas públicas cambiaron de rumbo en el último cuarto del siglo XX. Producto de estas influencias, en 1992 en México, se llevó a cabo la reforma constitucional que estableció que “La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas” generando un marco a los procesos reivindicativos de los pueblos indígenas en el Estado de Chiapas y que se concretaron, posterior al conflicto armado del movimiento Zapatista, reformas constitucionales de carácter nacional en los años 2001 y 2004. Con ello, en la Constitución Política de nuestro país y con la modificación del artículo 2º, se reconocen los derechos de los pueblos indígenas a preservar todos los elementos de su identidad cultural, así como a aprovechar debidamente la medicina tradicional.

Cabe señalar que en el ámbito latinoamericano, estos procesos y cambios constitucionales han tenido un impacto cada vez mayor en los países con alta existencia de población indígena: Chile, Bolivia, Colombia, Nicaragua, Venezuela, Ecuador y Perú; los cuales son ejemplo de países Americanos que impulsan cambios constitucionales en favor de los pueblos indígenas y bajo un marco similar para la interculturalidad. Sin embargo, cabe destacar también, que es una visión común de estos pueblos el ubicar la visión intercultural específicamente para lo indígena, a

12 E. Nivón–Bolán, La diversidad cultural: cuatro problemas urgente, En: La Jornada, México, DF. Centroamérica por la diversidad cultural. CONACULTA – UNESCO. México, DF., 2005.

13 Señala Aguirre Beltrán en su libro Antropología médica:

“La medicina intercultural actúa exclusivamente en comunidades de cultura diferente a la nacional y su función específica es la inducción de los conceptos racionales y comprensivos de la medicina moderna en la cultura de la comunidad. La sustitución de los conceptos y prácticas tradicionales, mágico-religiosos, no es un proceso fácil, en realidad implica un cambio concomitante en los restantes aspectos de la cultura y esto sólo puede llevarse a su completa realización cuando los programas sanitarios estén acoplados a programas integrales de desarrollo de la comunidad. La función cultural de la salud pública moderna reside en el cambio de hábitos y modos de vida en los enfermos crónicos o inhabilitados.. La función social de la medicina intercultural tiene como finalidad la de fracturar la estructura dual de la medicina dominical, evitando un trato discriminatorio para las distintas clases sociales o los grupos étnicos diferentes.

en: Aguirre-Beltrán G. Antropología médica. México, DF., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1986, pp. 260-261.

14 G. Bonfil-Batalla México profundo: una civilización negada, México, DF., 1987.

15 G. Bonfil-Batalla Identidad y pluralismo cultural en América Latina, Buenos Aires, Fondo Editorial del CEHASS, Centro de Estudios Antropológicos y Sociales Sudamericanos, Puerto Rico, 1992.

diferencia de México, en que diversas instituciones utilizan la metodología intercultural en las relaciones con diferentes segmentos de la sociedad multicultural. Estas diferencias responden a condiciones contextuales que permiten o no una mayor participación de la sociedad en un amplio proceso de ejercicio ciudadano, impulsado por la Secretaría de Salud.

La interculturalidad como proceso

El esquema siguiente muestra la interculturalidad como un proceso que se realiza a partir y desde diferentes niveles y en el cual se pueden ubicar diferentes niveles de competencias. El primero (A), inicia con relaciones de respeto, trato con dignidad y escucha, reconociendo al “otro” como diferente a mí, que puede contar con un modelo distinto de percibir la realidad, facilitando un primer nivel de comunicación intercultural. Se pretende que poco a poco las relaciones interculturales se enriquezcan hacia el siguiente nivel: diálogo horizontal (B), que fomente la confianza y el empoderamiento, donde el que se cree ubicado en un “nivel inferior”, logre una relación de igualdad con el que se cree de “un nivel superior”, para interactuar con igualdad de oportunidades; (relación donde los dos ganan). El tercer nivel es la comprensión mutua (C), donde se desarrolla la empatía como la capacidad de “ponerse en los zapatos del otro.” Finalmente, el nivel más avanzado del proceso intercultural es la “Sinergia” (D), que es el resultado de la potenciación de varios elementos que actuando de manera articulada, producen un resultado mucho mayor que la suma del efecto de los mismos actuando de manera aislada (uno más uno es mayor que dos). Es el nivel donde más se valora la diversidad.

La interculturalidad en la salud

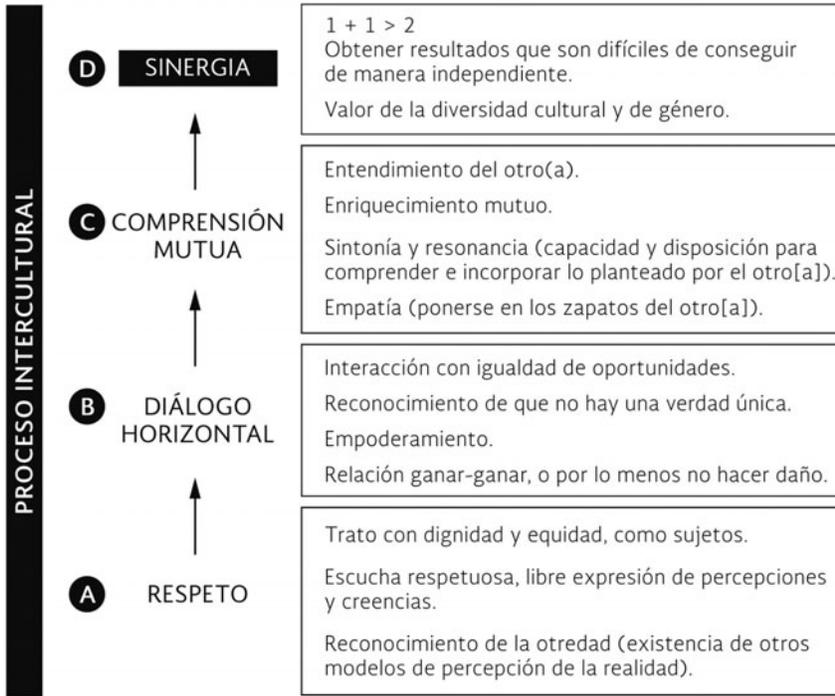
Desde diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica. La queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los Servicios de Salud. A los pacientes y sus familiares no se les escucha y no se toma en cuenta sus opiniones respecto a lo que esperan de los servicios médicos.

Señalan también que es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad.

Esto se ha expresado no sólo respecto a los grupos indígenas y campesinos, sino también por mujeres, ancianos, personas con orientaciones sexuales diferentes, pacientes con VIH-sida y con enfermedades mentales. Lo común a todos estos cuestionamientos es la falta de respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto. Estos aspectos terminan por incidir en su percepción sobre de los servicios de Salud y de la atención del personal, influyendo en el desapego a las indicaciones médicas, en el abandono de los tratamientos y en la resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

Estos cuestionamientos enfatizan la necesidad de considerar las necesidades y la percepción de los usuarios como un elemento esencial de la misión de los servicios de salud. Desafor-

ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD



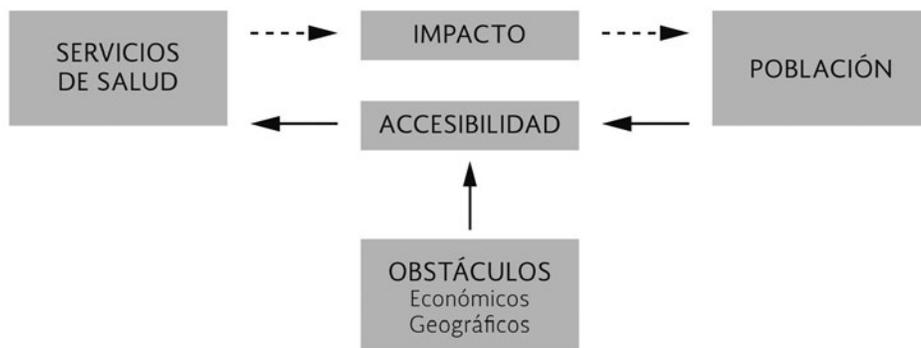
tunadamente y contrario a esto, en muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes, en especial en zonas indígenas.

Las barreras culturales

Existen una serie de barreras que dificultan y limitan el acceso a los servicios de salud. Las barreras de acceso en general se pueden identificar en barreras económicas, geográficas y culturales. En este sentido y con el propósito de atenuar las barreras geográficas, se implementó la construcción de centros y casas de salud cada vez más cercanos a la población, además de programas de ampliación de la cobertura y la extensión de los servicios con equipos de salud itinerantes, caravanas y auxiliares de salud. En el año 2003 se constituyó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, conocido popularmente en México como el Seguro Popular.¹⁶

El otro grupo de barreras es definido como “barreras culturales”, y están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura o “cul-

16 El Seguro Popular se creó en 2001. Se caracteriza por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud. Fuente: Seguro Popular. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpgfs/contenido.php?sccpmr_id=1.



turas” de los usuarios de los servicios. Debido a estas barreras, los servicios se perciben como fuente de malestares y riesgos. En el caso de las poblaciones indígenas, ésta posee diferentes conceptos de causalidad de las enfermedades, derivados de una cosmovisión particular desde la cual percibe una serie de riesgos en los servicios y espacios de salud, que dificultan el que acudan a ellos libremente.

Las “barreras culturales” pueden identificarse también desde cuatro ámbitos:¹⁷

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema).
2. En el establecimiento o espacio de salud.
3. En el personal prestador de servicios de salud.
4. En la población usuaria.

En la estructura de los servicios

Los factores que pueden jugar como barreras culturales en la organización de los Servicios, tienen que ver con la forma en que se organiza la dirección de los mismos, los marcos éticos del personal directivo y de quien ofrece sus servicios y atiende a los usuarios, las formas del ejercicio del poder, los programas, planes, normas, prejuicios, valores, la participación de los usuarios y el ejercicio de la ciudadanía en ellos. En tanto que es un sistema, las relaciones que establece la institución de salud con las personas usuarias están traspasadas culturalmente por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la percepción que poseen los usuarios.

En el establecimiento o espacio de salud

Estas barreras tienen que ver principalmente con la concepción que la población tiene del confort y los conceptos sobre la asignación de valores y/o funciones en espacios específicos, lo cual es definido por su cultura, los recursos materiales y el clima de la región. Esto aplica con el aspecto y diseño de los espacios y en elementos como las señalizaciones, el mobiliario, la

17 Clasificación modificada de: M. I. Matamala, F. Berlagosky G., Salazar, L. Núñez, Calidad de la atención. Género. Salud reproductiva de las mujeres, Santiago de Chile, COMUSAMS – ACHNU, 1995.

dieta para enfermos, y los espacios para los niños y las niñas, para el hospedaje de familiares, y para la “paz espiritual” (capillas).

En el personal prestador de servicios de salud

Las principales barreras que se presentan son: ubicación social y status de las personas, su capacidad y habilidades de comunicación, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios y las usuarias, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, formas de ejercer el poder, el idioma y la lengua. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional y género. En la relación entre personas se ponen en juego sus capacidades y carencias.

En las personas consultantes o usuarias

Los elementos que intervienen como barreras culturales, tienen que ver con la percepción de la salud y de la enfermedad; la conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con el personal de los servicios de salud, el idioma o la lengua, la capacidad de comprensión de los códigos culturales del personal prestador de servicios de salud, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.

La competencia cultural

Como habilidades y conocimientos para el desempeño en los Servicios de Salud

Conceptualmente, una competencia es un conjunto de destrezas, habilidades, conocimientos, características conductuales los que, correctamente combinados frente a una situación de desempeño laboral, predicen un desempeño superior. Es aquello que distingue los rendimientos excepcionales de los normales y que se observa directamente a través de las conductas de cada ocupante en la ejecución cotidiana de una actividad.¹⁸

La competencia se estructura en base a tres componentes fundamentales: el saber actuar, el querer actuar y el poder actuar.

Por competencia cultural entendemos la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios, fomentado actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Ser “culturalmente competente” se refiere a la capacidad del personal de los servicios de salud para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para los usuarios de los servicios, actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

18 Dalziel, M., Cubeiro, J. & Fernández, G., Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos. Ediciones Deusto. España 1996.

La competencia cultural implica el conocimiento y la empatía hacia los diferentes integrantes o usuarios, la comprensión de su percepción del mundo, la capacidad de no calificar o descalificar a ninguno por ser diferente y la detección de las barreras culturales existentes, diseñando estrategias para eliminarlas.

Con lo anterior, por organizaciones y servicios culturalmente competentes, se identifican a aquellas instituciones con la capacidad para interactuar y negociar eficazmente con grupos culturalmente diferenciados. La competencia cultural acentúa las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, anima los resultados positivos de obrar recíprocamente y apoya compartir las responsabilidades y oportunidades. Por ello, la estructura, la dirección y las actividades de la institución deben reflejar los nuevos valores, perspectivas, estilos y prioridades.

Los servicios de salud **culturalmente competentes** son aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad. La competencia cultural pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud.

Esta competencia comprende:

- El conocimiento del contexto cultural de la región donde va a desempeñarse como profesional de la salud.
- La identificación de la singularidad cultural de la población usuaria que acude al servicio.
- El indagar los conocimientos y prácticas de prevención y atención que tiene la familia y la comunidad sobre la enfermedad específica que se quiera promover en su atención y prevención.
- La escucha de los usuarios desde su manera de percibir el mundo y la comprensión de la percepción que de causalidad y riesgo posee la población usuaria.
- El conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y prácticas terapéuticas.
- La escucha y el respeto a la percepción de la persona usuaria sobre su enfermedad. Tomando en cuenta sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención.
- La eliminación de actitudes de burlas, regaños y evite comentarios que generen o aumenten sentimientos de culpa de la paciente.
- La escucha de las expectativas que los usuarios tienen sobre cómo quieren ser atendidos y su opinión de la atención que se les ofrece.
- La información a profundidad y en la lengua de los usuarios si son indígenas monolingües, de los procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida, asegurándose de su comprensión y de su consentimiento. Promover que no decidan por ellos y ellas terceras personas.

- La comunicación intercultural asertiva.
- La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura.
- La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes.

Educación para la salud

En la educación para la salud, se aplican diferentes modelos educativos, la mayoría derivan de un modelo vertical expositivo. Con el modelo intercultural, se ha elaborado una propuesta educativa que promueve relaciones de enseñanza-aprendizaje de manera horizontal y colaborativa. Ésta se nutre de propuestas educativas críticas y dialógicas como la derivadas de Paulo Freire,¹⁹ Piaget,²¹ Illich²² y Vigotsky.²³

A diferencia de los modelos convencionales, la educación para la salud ya no pretende el cambio de actitudes de la población, como el objetivo principal. Esa postura responsabiliza (o culpa) a la población de la enfermedad, sin tomar en cuenta otros determinantes de tipo económico, social, cultural y ambiental. El modelo educativo convencional parte de que el educando es un receptor de la información que posee el educador.²⁴ La educación se concentra en transmitir información, sin reconocer el conocimiento previo que se encuentra en el otro extremo del proceso educativo.

En una educación intercultural el propósito de las actividades educativas se dirige hacia la apropiación del conocimiento por parte de la población considerando sus propias experiencias. Esto implica la promoción de la independencia y autonomía en el análisis de su situación, la toma de decisiones, el planteamiento de sus necesidades y las acciones conjuntas en la interacción con otros sujetos y en ciertas situaciones, con los servicios de salud.

Para ello son importantes tres elementos:

1. La socialización del conocimiento tanto preventivo como curativo, que permita fortalecer la salud, prevenir enfermedades, responder a emergencias y padecimientos menores, utilizar adecuadamente los servicios de salud y aprovechar los diferentes recursos de eficacia comprobada. Este conocimiento en torno a la salud debe partir de reconocer y socializar el conocimiento previo que ya posee la población, complementándolo con la información útil que pueda proveerse de los servicios de salud.
2. La participación activa en la identificación de causas y soluciones a los problemas de salud, desde la historia y punto de vista de la comunidad.

19 Freire P. La educación como práctica de la libertad. Montevideo: Tierra Nueva; 1969.

20 Freire P. Educación liberadora: dimensión política; educación liberadora: dimensión sociológica; educación liberadora: dimensión metodológica. Deo-Cieg. Bogotá, 1973.

21 M.Chapman, La evolución del Constructivismo: orígenes y desarrollo del pensamiento de Piaget, Cambridge University Press, 1988.

22 I. Illich, La sociedad desescolarizada, Joaquín Mortiz, México, 1985.

23 L. Vigotsky, Pensamiento y Lenguaje: Teoría del Desarrollo Cultural de las Funciones Psíquicas. Ed. Quinto Sol, Mexico, 2004.

24 Werner D. y B. Bowe. Aprendiendo a promover la salud. Ed. Centro de Estudios Educativos y Fundación Hesperian, México, DF, 1991.

- El uso activo de los servicios de salud, con participación de la población como sujeto y no como objeto, de manera que los servicios informen de sus acciones a la población usuaria.

El modelo educativo de participación que sugiere la Interculturalidad, facilita la comprensión de la tarea educativa de manera muy diferente. Como antecedente, en el campo de la salud, es ampliamente conocido el libro *Aprendiendo a promover la salud*, en el cual se plasma esta metodología horizontal, ilustrándola con múltiples experiencias en todo el mundo.

EL MODELO EDUCATIVO CONVENCIONAL



El modelo educativo convencional parte de que el que enseña sabe y que el educando no. Éste último es un receptor pasivo.

El instructor informa y capacita, el alumno recibe y escucha.

Como se parte de que el educando no sabe, el instructor no requiere escuchar nada.

Es una relación vertical, muchas veces autoritaria.



¿Y qué es lo que no escuchamos?

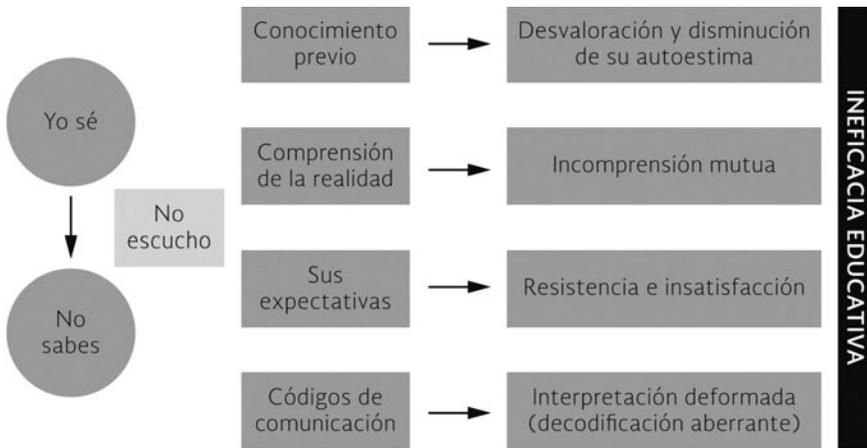
El conocimiento previo que tiene el educando sobre el tema. Sus experiencias vivenciales sobre el tema particular.

Tampoco, la manera cómo percibe y comprende la realidad. Cómo entiende la salud y la enfermedad.

Qué expectativas tiene con esta acción educativa. Qué espera de mí.

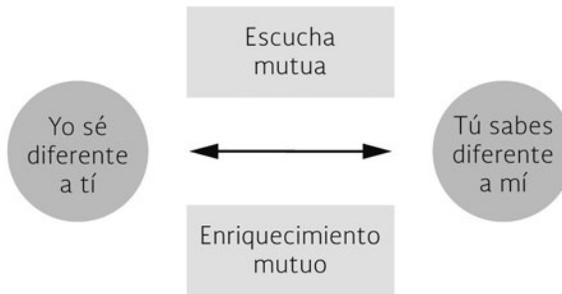
Y por último, sus códigos de comunicación.

Y si no escucho estos elementos se producen las siguientes consecuencias:



Modelo educativo intercultural

Para propiciar una relación intercultural en la educación en salud, es necesaria una actitud de escucha activa que demuestre interés por los conocimientos y opiniones del otro, denotando una actitud franca de apertura para el enriquecimiento mutuo. La relación ya no es vertical, sino horizontal y dialógica.



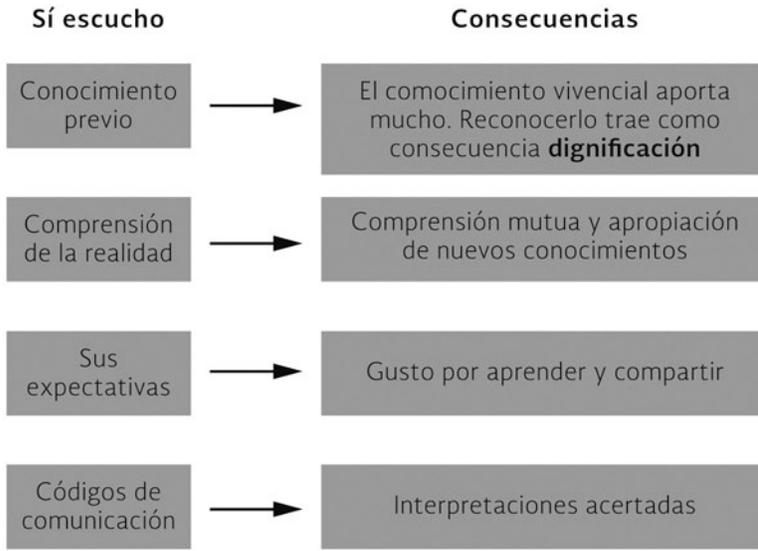
En este modelo se parte del supuesto, “que yo sé diferente a tí, y que tú sabes diferente a mí”, y que es fundamental escucharnos mutuamente para enriquecernos los dos. Se reconoce que el conocimiento del otro es valioso precisamente porque es diferente. Esto puede ampliar mi visión de la realidad, así como mi conocimiento puede ampliar la suya.

Al escuchar activamente al otro, que posee saberes diferentes a los míos, se producen efectos positivos:

Los actores de cada modelo educativo, cuentan con una cierta resistencia para escuchar e incorporar elementos que parten de una cosmovisión diferente. Esta resistencia existe en el

personal de nuestros servicios de salud cuando se relaciona con usuarios que perciben la salud y la enfermedad de manera distinta.

Un ejemplo claro lo tenemos en la historia de nuestro propio modelo médico:



El concepto de microbio como causa de enfermedad, fue propuesto por Anastasio Kircher a mediados del siglo XVII, sin embargo esta propuesta no fue atendida por la Academia de Medicina Europea, la cual consideraba una teoría causal basada en los humores²⁵ donde no existía el concepto de “microbio.”

En 1843 el Médico húngaro Ignac Fülöp Semmelweis presentó en la Academia de Medicina de Viena, la tesis que explicaba las muertes por fiebre puerperal que sufrían las mujeres. Consideró que estudiantes de medicina que en la mañana habían practicado autopsias y que en las tardes atendían a estas mujeres, eran los causantes de la fiebre puerperal y podía ser explicado esto por los microbios en sus manos; lo cual podría ser prevenido con el lavado. Sin embargo, la ciencia médica consideró ridículas estas observaciones y se burló de Semmelweis. El desprestigio fue tal y lo afectó tanto que murió cuatro años más tarde, en un asilo para pacientes psiquiátricos.

Los aportes de otros investigadores como Pasteur, Koch y Lister, lograron que por fin la Academia de Medicina reconociera a los microbios como causantes de enfermedad en 1870. Sin embargo, fue hasta inicios del siglo XX cuando tomó forma la educación higiénica.²⁶

Como paradoja, pasaron casi 300 años para que la ciencia médica reconociera a los microbios. En el caso de la educación en salud, se pretende que la población indígena y rural

25 Dubos R. El espejismo de la salud. México, DF: Ed. Fondo de Cultura Económica; 1968.

26 Ibid.

comprenda este concepto en pláticas institucionales de tres horas. Como es de esperarse, los resultados son poco eficaces.

Cuando se tiene arraigado fuertemente un modelo conceptual, resulta difícil entender y aceptar nuevas ideas que partan de un marco de conceptos diferentes, con sentidos distintos.

Más aún si no existe algo con lo cual comparar y confrontar. En el caso de las poblaciones indígenas esto se complica porque no existe la abstracción de lo extremadamente diminuto, así como muchos conceptos y definiciones que pudieran considerarse comunes en ciertos grupos sociales, como en el caso del concepto de microbios. Es una categoría conceptual que muchas poblaciones no han desarrollado.²⁷

Es muy difícil que la gente realice acciones que no entiende o a las que no encuentra sentido. En el caso de la educación higiénica, ésta no va a funcionar mientras la población no comprenda el concepto de los microbios. Esta dificultad se tiene, por ejemplo cuando a personas de la cultura urbana se les pide explicar el concepto de “mal viento” o “mal aire”.

En el modelo médico convencional, los conceptos sobre como las enfermedades se transmiten de unas personas a otras se basan en el estudio de los factores biológicos, químicos y físicos.

En cambio, en el modelo conceptual tradicional de origen indígena, los elementos que explican la transmisión de las enfermedades se encuentran en conceptos como mal viento, desequilibrio frío-calor y en el rompimiento de la armonía familiar-social-divina-naturaleza.²⁸

Se trata de marcos conceptuales muy diferentes que dificultan la comprensión hacia ambos lados del proceso comunicativo (falta de comprensión mutua).

Aquí es donde se puede acudir a los conceptos puente. Entendemos como tal a aquellos elementos de una cultura que poseen cierta cercanía conceptual con la otra y desde los cuales podemos explicar los primeros. Pongamos un ejemplo:

En la cultura A se cuenta con el concepto de un cuadrado.



En la cultura B se cuenta con el concepto de un trapecio.



Si yo soy de la cultura B y quiero explicar mi trapecio a la cultura A, puede ser difícil hacerlo abstractamente. Pero si me detengo a escuchar y conocer los conceptos que posee la cultura A, y encuentro que hay algo parecido a mi concepto, puedo explicar este último con base en el cuadrado que posee A, señalando que son casi semejantes, pero que mi figura es más angosta en la base y más ancha en la parte de arriba.

Un ejemplo:

En el Estado de Campeche, en una experiencia educativa intercultural, se escuchó a la población, y especialmente a terapeutas tradicionales mayas, quienes

²⁷ Según observaciones realizadas por Educación, Cultura y Ecología, A.C., 1989-1994.

²⁸ García Ramírez Hernán. Word of the wind: Building bridges between health education and culture. en: Compas magazine for endogenous development. Ancient visions and new challenges. Methodologies to support endogenous development, Ecoculture núm 4, Ed Compas. Netherlands 2001.

expresaron su concepto de “mal viento”, que contiene una explicación de la transmisión de enfermedades. Éste se utilizó como puente intercultural, para desde allí explicar el concepto de los microbios, y se completó con la construcción de la abstracción de lo diminuto, llevando lupas y microscopios. En el plan educativo se elaboró una obra de teatro titulada “Los vientos y el cólera” que un grupo de jóvenes mayas presentó en diferentes comunidades, con el fin de construir el concepto de los microbios a través de la categoría de mal viento. Los resultados fueron bastante positivos. Al cabo de tres años era notoria la población que demandaba sanitarios secos aboneros para “prevenir enfermedades”.²⁹

Desde la perspectiva intercultural, para el ámbito de la educación en Salud se propone que a las actividades educativas se les denominen *Encuentros de enriquecimiento mutuo*, en el que las dos o más partes presentan sus conocimientos sobre el mismo tema, abriéndose a escuchar al otro e incorporar elementos nuevos a su propia práctica.

Resolución de conflictos y negociación intercultural

A pesar de que el conflicto es algo natural a las relaciones humanas, casi siempre lo percibimos como un hecho negativo que puede crear un clima de ansiedad, agresividad, desconfianza y sospecha. Generalmente asociamos la idea de conflicto con situaciones desagradables que distorsionan las relaciones sociales, como una ruptura del orden que conduce al enfrentamiento de posiciones correctas o incorrectas. Esta percepción del conflicto nos lleva a tratar de evitarlo o eliminarlo, sin intentar resolverlo de fondo. También vemos el conflicto como una batalla donde unos ganan y otros pierden, o una negociación para sacar ventajas.³⁰

El primer paso ante un conflicto, es identificar sus características, lo cual nos ayudará a entenderlo y resolverlo mejor. Según su naturaleza y causas los conflictos pueden ser:



29 Experiencia de promoción de la salud en Camino Real, Campeche. Educación, Cultura y Ecología, A.C. México. 1995.

30 Adaptado de: Trabajando por la paz. Cuaderno para la Formación de Promotoras y Promotores. Misión Civil por la Paz. Convergencia de Organismos civiles por la democracia, Amnistía Internacional y consejo de educación de adultos de América Latina. México, D.F., 2000.

Los conflictos de intereses tienen que ver con los medios para resolver necesidades u obtener los satisfactores que deseamos. Éstos pueden ser por recursos, seguridad personal, patrimonio, poder, prestigio, reconocimiento, inclusión, oportunidades de desarrollo, necesidades de cambio.

Los conflictos de valores tienen que ver con lo que creemos, entendido esto como un sistema compartido, cuyas pautas motivan actitudes, conductas y acciones. Estos conflictos se originan desde las culturas, las tradiciones, la moral, la religión, los dilemas éticos, la identidad personal, las creencias básicas y las posiciones ideológicas.

Los conflictos de derechos tienen que ver con la percepción, conciencia y ejercicio de derechos, entendidos como la facultad reconocida de una persona o grupo para obrar o exigir en función de una norma o acuerdo. Parten de la conciencia del respeto o atropello a sus derechos en relación con las leyes, normas, reglas, convenios, acuerdos, ordenamientos jurídicos.

El segundo paso ante un conflicto es considerar la manera como éste se expresa. Los conflictos se pueden manifestar desde sus necesidades, estrategias y posiciones.

Las necesidades son aquellos satisfactores o condiciones que las partes requieren, ya sea de manera objetiva o subjetiva, y que están presentes más allá de su posible solución o cumplimiento. Ejemplos: casa, vestido, sustento, salud, trabajo.

Las estrategias son los medios o caminos escogidos por cada parte para resolver las necesidades.

Las posiciones se refieren a las posturas y actitudes con las que cada parte defiende su estrategia, frente a la situación conflictiva, que incluye su reacción, valoración y juicios sobre la otra persona.

Las posiciones son lo más visible en un conflicto y frecuentemente dificultan la negociación. Las estrategias son frecuentes causas de conflictos, y las necesidades, lo esencial y más interno, pasa en muchas ocasiones desapercibidas.

Ejemplos de posiciones diversas:

1. Dos poblaciones requieren agua potable, pero estiman que la fuente de agua sólo alcanza para una. Las dos poblaciones comparten la misma necesidad (el agua), y la percepción de no alcance para las dos origina el conflicto, endureciendo las posiciones.
2. Un grupo de personas cuentan con una cantidad de dinero ahorrada, una parte del mismo propone utilizarlo para mejorar la escuela, la otra propone invertirlo en la fiesta del pueblo. Este es un caso de necesidades diferentes.
3. Una pareja tiene un niño con un problema postural severo. Diferentes médicos proponen estrategias de resolución distintas: una es la rehabilitación con ejercicios de movimiento, y la otra es de cirugía correctiva. Los padres asumen posiciones que afectan a su cónyuge. La madre opta por la corrección lenta a través de la rehabilitación, pero sin los riesgos y costos de una cirugía, y opina que su marido es un desesperado sin sentimientos. El esposo prefiere la cirugía ortopédica. Piensa que su esposa es coda, miedosa, lenta y cerrada, que no se abre a la tecnología moderna. En este caso los dos poseen la misma necesidad (la mejora del niño), pero no comparten las estrategias, y sus posiciones dificultan la escucha mutua y la negociación.

Cultura y conflictos de valores

De los tres tipos de conflictos, los más difíciles de negociar son los de valores, porque tienen que ver con lo que consideramos como verdad (saberes, principios).

Estos conflictos (de valores) se producen frecuentemente entre personas y grupos con diferentes culturas y percepción del mundo. En la mayoría de las situaciones las partes no se abren a la negociación porque perciben que sus principios y verdades son afectados, generalmente se impone la posición dominante y poderosa, ante la otra u otras.

Modelo de relación convencional ante el conflicto de valores:



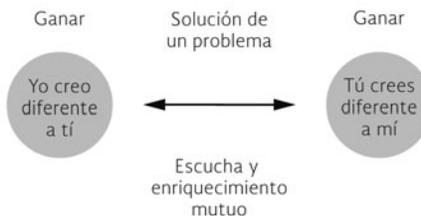
En muchas ocasiones, el problema no se identifica como un conflicto en el que se pueda negociar. Es común que las instituciones de salud impongan programas a la población desde una percepción del proceso salud-enfermedad, sin interesarse por entender la percepción y creencias de la población.

Las consecuencias son la incompreensión mutua, una parte gana, pero la otra pierde, se genera resistencia e insatisfacción, y se propician nuevos conflictos.

El enfoque intercultural puede aportar para prevenir, entender y resolver los conflictos de valores de una manera diferente.

La existencia de una verdad única se cuestiona. Se propone enriquecer las alternativas desde diferentes aproximaciones a una verdad más amplia.

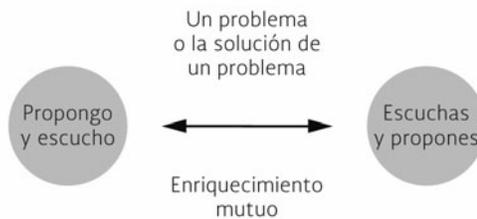
Modelo de negociación intercultural ante el conflicto de valores:



En este modelo partimos de reconocer que las personas, grupos, instituciones y culturas somos diferentes, y por lo mismo vamos a diferir en la percepción de la realidad, lo cual generalmente se traduce en necesidades diferentes y estrategias también distintas para resolver las primeras (recordar la manera como se expresa el conflicto, 2º paso). También visualizamos que las posiciones que se han establecido para enfrentar estas diferencias generalmente son para descalificar absolutamente al otro.

Ante un problema, lo primero es facilitar que cada parte exprese sus necesidades desde el marco conceptual y de valores que posee, enfatizando una escucha activa, respetuosa y atenta del otro, evitando las descalificaciones tanto a su marco conceptual, como a su persona, enfatizando la existencia de diferentes verdades y percepciones que pueden enriquecerse.

Es necesario reconocer que en una negociación, actuamos desde la historia que cada parte nos ha tocado vivir y, por ende, debemos negociar con emoción.



Variables para negociar:

- El objetivo es llegar a acuerdos de beneficio mutuo, en un clima de respeto.
- Es importante que cada parte describa la información sobre su persona, grupo institución, para facilitar la comprensión de las necesidades, estrategias y percepción valores.
- Es importante identificar lo que se quiere negociar.
- Siempre negociar para construir. Nunca para disminuir o eliminar al otro.
- Es fundamental identificar desde el inicio de la negociación las necesidades y estrategias de cada grupo, concentrándose en las primeras. Nunca entramparse con la discusión en las posiciones.

Ejemplo de conflicto cultural

En una Jurisdicción Sanitaria del estado de Veracruz, una comunidad indígena náhuatl arraigó a todo el personal de salud del Centro de Salud, no dejándolo salir del mismo, hasta que la Jurisdicción resolviera el asunto. Resulta que la comunidad expresó las humillaciones y agresiones de que eran objeto por parte del personal, recibiendo insultos frecuentemente al ser tratados como sucios. La comunidad no entendía el concepto de higiene y microbios del personal, y éste no comprendía el concepto de salud basado en el equilibrio entre lo frío y lo caliente que tenía la comunidad. Esta concepción última daba origen, en ese lugar serrano frío, a una serie de mecanismos preventivos para no enfriarse cuando consideraban estar “calurosos”, lo cual implicaba el lavado de manos y el baño. Resultado: un conflicto que violentó a la comunidad y que pudo ser más grave.

Este modelo de comprensión de los conflictos y negociación puede ser aplicado a todo tipo de conflictos de valores entre personas y grupos con características diferentes: edades, género, etnicidad, preferencias sexuales, religión, gremio.

Un ejemplo de negociación intercultural en la disminución de barreras culturales

El municipio de Aquismón forma parte de la Huasteca Potosina. Está habitado por población indígena Téenek (Huastecos) y reconocido como repetidor de datos de muerte materna. En el año 2003, se reportaron 11 casos en los servicios de salud en el estado, por lo que se implementaron acciones específicas de información. En un primer acercamiento para conocer la problemática de la región, se identificó como mecanismos culturales favorecedores de la muerte materna, la no aceptación de los Servicios de parte de mujeres indígenas, sumando esto a los problemas con las parteras tradicionales, que propiciaba que éstas se desestimulaban a referir los casos de riesgo.

Se propuso realizar un encuentro intercultural entre personal de salud del municipio y las parteras y parteros tradicionales, programándose su realización para el 28 y 29 de julio de 2004. De parte de la Secretaría de Salud a nivel federal, participaron la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, y la Dirección de Desarrollo Comunitario del Programa Arranque Parejo, perteneciente al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. En el nivel Estatal participó el área de Salud Reproductiva.

Se convocó a la asistencia del personal de salud del hospital comunitario de Aquismón y 25 parteras y parteros tradicionales, quienes participan en la interrelación con los servicios estatales de salud. Se dividieron en dos grupos de un lado, los terapeutas tradicionales y parteras indígenas y de otro, médicos, enfermeras y personal de salud de las unidades de la jurisdicción, de acuerdo a cada modelo de atención, para preparar su forma de atender el embarazo, parto y puerperio y recién nacido, así como la identificación de riesgos y complicaciones en cada etapa.

Por turnos, cada grupo expuso lo que prepararon respecto a cómo se atiende el embarazo el parto y el puerperio, de manera dinámica y con sociodramas (medicina occidental y medicina tradicional). Con ello los participantes conocieron y se enriquecieron con elementos de cada modelo, cada grupo identificó y expuso al otro las ventajas y desventajas de ambos modelos.

Posteriormente se inició la negociación intercultural. El personal de Salud y las parteras presentaron lo que se pedían mutuamente para mejorar la salud de la población y realizar su trabajo en las mejores condiciones, llegando a acuerdos conjuntos.

El personal de salud se comprometió a realizar las modificaciones necesarias para tratar a las usuarias y parteras con calidez, disponibilidad y respeto, acordaron prepararse incorporar la posición del parto tradicional, así como la participación de las parteras capacitadas en los partos de la clínica.

Las parteras y parteros tradicionales se comprometieron a referir a las pacientes con riesgos y complicaciones, a continuar participando en las capacitaciones y a seguir respetando a los médicos como la han venido haciendo.

Finalmente, el personal de Salud del Hospital comunitario de Aquismón, incorporó la atención del parto con posiciones tradicionales, de acuerdo a la solicitud de las usuarias y se permitió la participación de parteras en los partos.

A fines de 2004 se conformó un grupo de aval ciudadano del hospital con la participación de personas indígenas que incluye a parteras y médicos tradicionales.

Desde entonces, el hospital reporta aumento de la referencia de embarazos y partos de parte de las parteras, con cifras concretas de mejora en 2005 y 2006. Los Servicios Estatales acentuaron todas las medidas para evitar la muerte materna, bajo el principio de “Cero rechazo”.

En 2004 se reportaron solo 5 muertes maternas, en 2005, un caso, y en 2006, ninguno.

Por el éxito obtenido, el 12 y 13 octubre de 2006, se realizó una visita por parte de directivos de los Servicios de Salud de diferentes estados del país, presentando la experiencia y sus resultados a Secretarios de Salud y representantes de 20 estados en un curso denominado “Capacitación por Demostración” llevado a cabo en Ciudad Valles, S.L.P.

Interculturalidad y participación comunitaria

La inequidad en las sociedades produce diferencias significativas entre los diferentes grupos de la población. En muchos casos existe sobre-valoración de las ideas de los grupos humanos más favorecidos, que se posicionan por encima de otros grupos sociales, implantando sus formas de pensar, limitándolos en el ejercicio digno de derechos.

Para que la población pueda tomar en sus manos la responsabilidad de su salud, se requiere fortalecer las capacidades de autogestión de la población (empoderamiento), entendiendo por empoderamiento o poderío la capacidad de una persona o grupo para relacionarse, dentro de un marco de equidad, horizontalidad y respeto, con otros actores sociales, estableciendo diálogos y negociaciones con igualdad de oportunidades.

No es un facultamiento, en el sentido de asumir la delegación de facultades a partir de un agente externo; el empoderamiento es un proceso individual y colectivo de autoafirmación, en el que las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones sobre eventos importantes en sus vidas para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, usando los recursos de su entorno y a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es la capacidad de decidir sobre su propia vida.

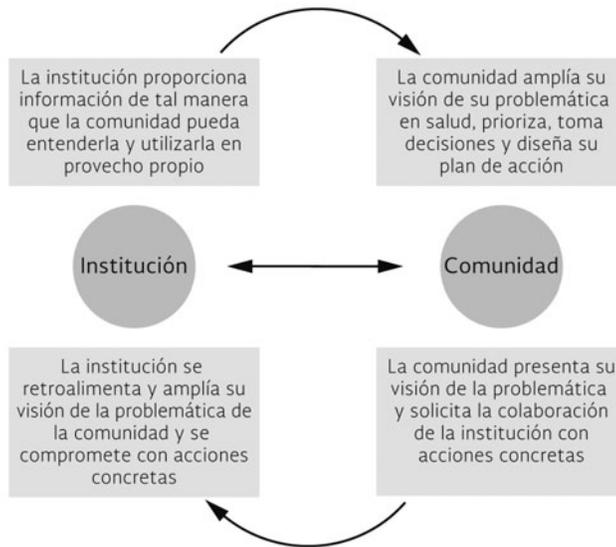
Al reconocer su cultura en este marco de igualdad y respeto, se genera como consecuencia la elevación de la autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de fortalecer la capacidad de interlocución y el ejercicio del principio de horizontalidad del enfoque intercultural.

La participación comunitaria

En este contexto, la participación comunitaria es un instrumento que favorece la toma de decisiones de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman. No se trata de que la comunidad decida y ejecute lo que actores externos han

planeado. Es común que queramos imponer a las comunidades programas oficiales que se han diseñado con sólo la visión y opinión de los expertos, en cuya planeación las comunidades no han tenido ninguna participación. Luego, se pretende que la comunidad participe desarrollando las actividades de dicho programa, argumentando que son para el beneficio de su salud. Los resultados frecuentes de estos programas son apatía, rechazo y por lo tanto de bajo impacto.

Modelo intercultural de participación comunitaria (Procesos participativos enfatizando en los otros saberes y percepciones que la población posee).



Premisas para la participación intercultural comunitaria:

- La institución presenta a la comunidad sus programas de manera clara y comprensible para los diferentes grupos que conforman la comunidad.
- La comunidad selecciona por categorías los programas y les da prioridad en relación con el conjunto de problemas que le aquejan.
- Hay que aceptar y entender sus opiniones, posiciones y su lógica.
- De esa comprensión, se desprende la oportunidad de presentar los programas de acuerdo con las preocupaciones de la comunidad.

Es frecuente que la “semilla” de solución a los problemas de salud se encuentre en la propia localidad. Apropiación local.

Es importante tomar en cuenta que la comunidad no es homogénea. Es necesario conocer los distintos intereses de los diferentes grupos comunitarios, que pueden estar contrapuestos o no. Se debe promover el consenso entre ellos, buscando enfoques que incorporen a todos.

Otros ámbitos de la interculturalidad

Interculturalidad y derechos humanos

“Ya sea por marginación, ignorancia, enfermedad o incapacidad para acceder a los servicios públicos, un gran número de personas se encuentran en situación de desventaja para ejercer plenamente sus derechos y libertades.

Esta vulnerabilidad les hace blanco fácil de abusos de todo tipo. En México, el género, la edad, la orientación sexual, la pertenencia a un grupo étnico, las discapacidades, las enfermedades mentales, las adicciones o ser portador del virus de la inmunodeficiencia humana, son condiciones que según el lugar o las instituciones conllevan a la discriminación y consecuente violación de sus derechos humanos, e incluso a la muerte.”³¹

Es importante reconocer que las discriminaciones que sufren algunos sectores de la sociedad en los servicios de salud se suman en detrimento del trato, la calidad y la seguridad de la atención, así un enfermo, que además puede ser mujer, pobre, indígena, monolingüe, anciana y con una enfermedad sujeta a discriminación, dificulta o francamente impide al acceso a la atención.

Los derechos de los usuarios y de las usuarias de los servicios médicos tienen uno de sus fundamentos más importantes en las declaraciones internacionales, pactos y convenciones que reconocen que la salud es un derecho humano. Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vida, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

En México, el Artículo 4º de nuestra Constitución Política, en su párrafo tercero, establece el derecho a la protección de la salud como un derecho social, el cual entraña una serie de privilegios inalterables por la autoridad pública: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. *Párrafo adicionado DOF 03-02-1983...*”³²

Esto significa el derecho a disponer de medios para la protección de la salud mediante el acceso y la disponibilidad de los servicios correspondientes, mas no se establece un “derecho a la salud.”

Derivado de la Ley General de Salud, se estableció en México la Carta de los Derechos de los Pacientes, presentada oficialmente en diciembre de 2001 por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y diversas áreas institucionales, entre ellas, la Comisión Nacional de Bioética y la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Los derechos establecidos en la carta de los **Derechos Generales de los Pacientes** son los siguientes:

31 A.Contreras, M Reyes, R Sánchez. Dónde es más peligroso ser... Grupos vulnerables, Suplemento Letra S, periódico La Jornada núm. 89, p. 6, diciembre de 2003, México, D.F.

32 Artículo 4 Constitucional. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico <http://conamed.gob.mx/>

La vulnerabilidad fracciona y, por lo tanto, anula un conjunto de garantías y libertades fundamentales, de tal forma que las personas, grupos y comunidades en esta situación tienen derecho únicamente a nivel formal, ya que en los hechos no se dan las condiciones necesarias para su ejercicio. Estas circunstancias violan los derechos de los miembros más débiles de la sociedad y los margina, razón por la cual el Estado tiene la responsabilidad de proteger a estas personas, quienes frecuentemente desconocen sus derechos, ignoran los medios para hacerlos valer y carecen de los recursos para acudir ante los sistemas de justicia.”³³

El enunciado general de los derechos de los pacientes no es suficiente para su ejercicio pleno, mientras no se identifiquen mecanismos concretos para llevarlos a la práctica. Estos derechos se tienen que ejercer por mujeres, hombres, ancianos, niños, niñas, personas con el VIH sida, con alguna discapacidad, adictos, enfermos mentales, indígenas, muchas veces analfabetas y monolingües, entre otros grupos discriminados en los servicios, lo cual requiere voluntades claras y procedimientos dirigidos y específicos para superar la discriminación.

Con la reforma constitucional al artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del 10 de junio de 2011, el tema de los derechos Humanos adquiere un estatus diferente, considerando el Derecho Humano a la protección a la Salud. Los derechos humanos son los que tienen todos los individuos de la especie humana, en virtud de su humanidad común, a vivir una vida de libertad y dignidad. Los Derechos humanos otorgan a todas las personas la posibilidad de presentar reivindicaciones morales que limiten la conducta de los agentes individuales y colectivos, así como el diseño de los acuerdos sociales, teniendo como características la Universalidad, Inalienabilidad e Indivisibilidad.

De acuerdo con el Mtro. Agustín Herrera Fragosó, con la reforma en materia de derechos humanos, los tratados en la materia entran como bloque constitucional, actualizándose la convencionalidad de los derechos humanos por el Estado mexicano. En esa tesitura se actualiza el principio: “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, misma que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

33 A. Contreras, M Reyes, R Sánchez. Dónde es más peligroso ser... Grupos vulnerables, Suplemento Letra S, periódico La Jornada núm. 89, p. 6, diciembre de 2003, México, D.F.

...Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia... (Se actualizan las jurisprudencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos).

Por lo anterior, el proceso activo de la comunicación intercultural con el ejercicio y el intercambio de información, la horizontalidad, la escucha, el respeto y el enriquecimiento mutuo en los procesos de interrelación de los servicios de salud, se propone como elemento articulador para el empoderamiento de los usuarios y en esa medida, como elemento para la promoción sinérgica de los derechos humanos en Salud.

INTERCULTURALIDAD EN LA DIVERSIDAD

Bibiana Riess Carranza

Directora de Educación Informal y Vinculación, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, SEP.

En una comunidad del estado de Michoacán, llega la paciente y le dice al médico: “Doctora, estoy bien aventada”. Cuando la Doctora le pregunta que de dónde la aventaron, ella contesta: “no, Doctorcita, es que me aventé”, y la Doctora continuaba preguntando que de dónde, y la paciente contestó: “no, Doctora, me aventé porque comí muchos frijoles”, hasta que la Doctora entendió que tenía mucho gas en el vientre. Caso similar le sucedió después cuando una paciente le dijo que estaba “envarada”, y con más preguntas descubrió que estaba estreñida.

En una comunidad en Guanajuato un niño le comenta a la Doctora que le dolía el “pollo”. La Doctora, al no saber a qué se refería le dice que le enseñe el pollo, y el niño le enseña, con mucha pena, su pene.

Cuando era pequeña, mi abuela me decía: “no comas sandía en la noche, hija, te va a hacer daño, es fría”, y yo pensaba: “¿por qué si no está en el refrigerador?”

Estas anécdotas suceden cotidianamente en los consultorios que atienden comunidades indígenas, y se puede observar que en la atención a estas comunidades existen muchos problemas de comunicación, incluso, cuando los pacientes hablan español. ¿Qué sucede? ¿Hasta dónde, como sistema de salud, tenemos la obligación de entenderlos y de brindarles una atención de calidad?

¿Quiénes somos?

En la actualidad, una de las características que puede definir al ser humano en la tierra es su gran movilidad. En la noche, desde el espacio, se pueden ver las concentraciones de luz de las grandes ciudades y podemos imaginar la gran cantidad de personas que viven ahí y que, la mayor parte, se mueve. La globalización ha logrado que esta movilización del Hombre se dé a la par de las mercancías. El XXI es el siglo de las migraciones.

Sin embargo, al estar tirado en la yerba de una montaña en la sierra tarahumara, o en el Himalaya, se puede sentir que todo ese movimiento es lejano. Las personas que viven ahí, puede ser que no hayan salido nunca de un radio de 5 o 10 kilómetros. Ese es el encanto de nuestro planeta, podemos pensar que son muchas las posibilidades de diversidad humana debido a su diversidad geográfica y, por lo tanto, biológica: desiertos, hielos eternos, selvas. Con la flora y la fauna sucede lo mismo, hay las que son endémicas y las que han llegado de otros lugares lejanos, generalmente transportadas por el Hombre, consciente o inconscientemente. Otras, es la misma naturaleza la que se encarga de renovar la vida llevando las semillas de un lugar a otro.

Con el ser humano sucede lo mismo, la diversidad es una característica propia de la especie. Lo más interesante de la diversidad humana, es que no sólo existe en el exterior de las personas, sino que también en el interior. La diversidad de pensamiento es una realidad humana. En una comunidad relativamente aislada, donde las personas pertenecen a la misma cultura, que fueron criados con las mismas costumbres, en los mismos lugares y con la misma religión, se pueden encontrar muy numerosas maneras de pensar y valores diversos, lo que redundará en muy diferentes actitudes.

Al entrar en contacto con personas de otras culturas, generalmente, la reacción natural, es de desconfianza, de alerta, y, si es muy diferente a nosotros, llega a ser de miedo. Algo dentro de nosotros nos dice: ¡cuidado! Se ve diferente, no tengo referentes, así que puede reaccionar de forma inesperada. Pero ignoramos u olvidamos que nos construimos a partir del otro, del diferente, que somos un reflejo del otro.

¿Y en México, qué tan diversos somos?

México ha adoptado la definición de la UNESCO sobre la cultura como firmante de la *Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural* y de la *Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales*. De la Declaración tomamos lo que se entiende por cultura: “[...] la cultura debe ser considerada el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias” y del Artículo 1: “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 a los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras.”

La cultura se manifiesta por medio de expresiones tangibles e intangibles y éstas han sido consideradas como patrimonio de los países. La cultura y sus manifestaciones son elementos constitutivos centrales, como sus formas lógicas de construcción, transmisión y desarrollo del conocimiento; sus valores y tipos de organización social; la lengua, como elemento central que permite nombrar, significar y expresar el mundo, conservar, transmitir y desarrollar los saberes; los bienes y objetos materiales que un pueblo considera como propios. Es por esto

que las acciones en favor de la diversidad cultural comprenden, principalmente, la preservación, promoción y enriquecimiento de culturas originarias de un país.

En nuestro país la diversidad cultural es muy grande. Si en todo Europa existen cinco familias lingüísticas, sólo en México tenemos once originarias. Eso nos hace el quinto país en el mundo en diversidad lingüística. La diversidad cultural en México tiene, principalmente, tres orígenes. Primeramente 68 pueblos originarios "... que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. [...] Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres." ³⁴

En segundo lugar tenemos el repoblamiento histórico por diversos pueblos europeos, asiáticos y africanos. Estos últimos han sido de gran importancia para México, muchas veces llamada "la tercera raíz". Apenas a partir del año 2000, algunos países empezaron a incluir en sus censos la raza como una variable. Por ejemplo, nada más en cinco países³⁵: Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Honduras, la población afrodescendiente sobrepasa los 75 millones de personas, la sexta parte de toda la población de América Latina, traídos al continente por la marea esclavista.

En México todavía no tenemos un censo que nos diga cuántos son los afromexicanos y dónde se encuentran asentados. La Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), realizó una consulta para la identificación de población afrodescendiente, en los estados de Veracruz, Guerrero, Oaxaca y Coahuila, como una avanzada de un censo más preciso.

La población afrodescendiente empezó a llegar a nuestro país con la conquista, y la mayoría, posteriormente, a partir de 1640, cuando España se beneficiaba del comercio de esclavos, en el trabajo organizado en un sistema de producción esclavista.

Esta población con su cultura a cuestas, llegó para quedarse, influenciando a la población con la que tuvieron contacto con valores, ideas, formas de comportamiento y organización distintas. Sus aportes culturales fueron tales, que hasta la fecha se mantienen vivos y son patrimonio cultural de México: el agua de jamaica, el chicharrón, el diablo rojo, los consideramos como típicamente mexicanos. En la medicina, sus aportes cuentan con ceremonias y concepciones religiosas africanas, y el uso de algunas plantas enriqueció la medicina indígena y mestiza donde los cimarrones se establecieron y formaron sus comunidades, como en los estados de Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Morelos, Puebla y Coahuila.

La tercera fuente de diversidad cultural de México es el fenómeno mundial de la globalización. La población migrante latina es movilizadada por la pobreza o producto de la persecución política en épocas de dictadura y conflictos armados, y se dirige a otros países vecinos o a las ciudades. Además, la llegada de europeos y asiáticos a América Latina, iniciada en el siglo XVI, y con fuertes oleadas migratorias a lo largo del siglo XX, forma parte de la diversidad de este continente, por ejemplo, la española, portuguesa, inglesa, alemana, francesa, holandesa,

34 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 2°. Párrafo reformado en 1992.

35 Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas, enero del 2006, Santiago de Chile.

italiana y judía. También a lo largo del siglo XX, empezó el arribo de contingentes asiáticos-japoneses, chinos y coreanos.

El tránsito a la interculturalidad

Así como la multiculturalidad es una realidad mundial en este siglo, las asimetrías causadas por las diferencias entre las culturas que interactúan, son una realidad también. Existen asimetrías económicas, políticas y educativas que dan lugar a explotación, segregación, abandono y asimilacionismo, caldo de cultivo para el prejuicio. Estas asimetrías no son un resultado directo de la convivencia, sino que debido a que la diversidad siempre es conflictiva, implica negociación y ajustes.

Para explicar la necesidad del tránsito de la multiculturalidad a la interculturalidad, es necesario la reflexión sobre la propia historia, del devenir a lo largo de los siglos, del reconocimiento de las culturas con las cuales se ha interactuado a lo largo de este tiempo y del tipo de relaciones establecidas con ellas. Implica también la introversión en la propia cosmovisión, entendida ésta como la manera en que los pueblos han establecido relaciones y construido conocimientos sobre el mundo que los rodea: su percepción del tiempo y del espacio, de la geografía, de la naturaleza, de la humanidad y del cosmos.

De esta manera, la intraculturalidad es un proceso que ayuda a fomentar el orgullo por el propio patrimonio cultural y fortalece la identidad étnica. Esto coadyuva a disminuir la discriminación, pues el proceso de introspección que implica la intraculturalidad promueve una visión crítica de los procesos identitarios y fomenta un sano proceso de construcción de la propia identidad como una decisión ética. Así, al mismo tiempo que se fortalece la identidad propia, la crítica dota de elementos para poder identificar el estado actual, tanto de la cultura propia, como de otras culturas.

La interculturalidad es un proyecto social amplio, una postura filosófica y funcionamiento cotidiano ante la vida, siendo una alternativa que permite repensar y reorganizar el orden social para conformar una sociedad plural, democrática e incluyente. Pretende construir un nuevo modelo de nación plural que se enriquece con la diversidad cultural de sus habitantes siendo, en este sentido, un anhelo, una meta.

El conocimiento de la diversidad cultural constituye un primer acercamiento a la diferencia desde una posición de apertura, tanto cognitiva como ética, que posibilita el reconocimiento del otro, es decir, el legitimar al otro y reconocer que tiene los mismos derechos. El reconocer nos permite tener contacto cultural, lo que influye en la identidad, en el sentido de que la tradición propia ya no se piensa como la única válida y legítima para construir la realidad; se relativiza lo propio y, por ello, se produce un conflicto al cuestionarse los parámetros epistemológicos y éticos. Esta disposición y apertura, tanto epistemológica como ética, va a consolidarse creando marcos más incluyentes y equitativos, lo cual facilita el camino para la valoración.

En la interculturalidad podemos mencionar tres dimensiones: en la dimensión ética, se combate los intentos totalizadores y fomenta la autonomía como capacidad para elegir con base en creencias básicas; en la dimensión epistemológica, no existe un tipo de conocimiento único y superior, por lo tanto las distintas formas de conocimiento deben articularse y complementarse. Estas dos dimensiones sustentan la autonomía, que es la capacidad de elegir

conforme a principios, fines y valores; así como el derecho de ejercitar esa elección con base en las creencias que determinan las razones válidas, los fines elegibles y los valores realizables, mismos que pueden variar de una cultura a otra.

Finalmente, la interculturalidad implica una dimensión lingüística que considera a la lengua como el elemento central de la vida de un pueblo. La lengua es el vehículo fundamental de denominación y transmisión cultural, por lo que es un elemento central en la construcción de la identidad de los miembros de un grupo y el desarrollo de la vida sociocultural. Defiende la necesidad de aproximarnos a una realidad lingüística nacional sustentada en un bilingüismo equilibrado y en un multilingüismo eficaz.

¿Para qué queremos vivir en la interculturalidad?

En la multiculturalidad existen asimetrías económicas, políticas, sociales, valorativas, educativas y la de acceso a la salud. El tránsito a la interculturalidad significa ir disminuyendo estas asimetrías y favoreciendo las relaciones entre individuos de diferentes contextos y culturas, ya que la interculturalidad abarca toda la vida humana.

Los proyectos de desarrollo económico, tanto el nacional como los locales, han impuesto, muchas veces, una visión monocultural, produciendo la reproducción del sistema que favorece económicamente a la cultura dominante. En este ámbito, la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), propone un desarrollo trazado por el propio pueblo, donde él mismo decida la forma y los costos culturales. A esto le llama “Desarrollo con Identidad” ya que se busca que la identidad cultural no resulte afectada, socavando, por **ende** la identidad individual. Otra vía, son los proyectos socio-económicos autónomos, a los cuales la cultura dominante los ve con recelo, ya que no se ajustan al sistema económico actual.

Por ejemplo, tenemos el sistema de economía solidaria y autogestión, que es el sistema de trueque mediado por una especie de moneda llamada “túmin”, palabra totonaca que significa dinero, que se desarrolló ante la pobreza existente en el Municipio de Espinal, Veracruz, impulsado por la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI)³⁶. El gobierno envió a investigar a la PGR y al Banco de México, ya que las transacciones con esta especie de moneda no pagan impuestos.

En lo social, la modernidad es un proyecto con raíces en Europa, y que tiene su base en la colonización, por lo que las asimetrías sociales están muy arraigadas en nuestra sociedad y reforzadas por el proyecto actual de país. La interculturalidad disminuye las asimetrías proporcionando los espacios y las herramientas para una convivencia mutuamente respetuosa de los Derechos Humanos y para el conocimiento, reconocimiento y valoración de la diversidad cultural, en especial, de los pueblos indígenas de México. Nos lleva a cuestionarnos el orden de los usos y costumbres culturales, de la cultura propia, primeramente, y de las otras con las que se interactúa, en segundo término.

En lo político, la interculturalidad da voz a los que no la tienen. No se puede concebir un país democrático, sin que el enfoque intercultural permee todas las acciones y políticas públicas. No hay democracia sin que se escuchen todas las voces, sin que se tomen en cuenta todas las opiniones, sin igualdad ni justicia social. La interculturalidad facilita el diálogo para buscar

36 <http://www.eluniversaltv.com.mx/detalle.php?d=28057>, 13/03/12.

las soluciones a los problemas más urgentes del país, como la falta de seguridad y la pobreza, y continuar con un desarrollo sostenido.

La asimetría valorativa tiene su expresión más común en la discriminación, ya que se fundamenta en dar más valor a una cultura, a un fenotipo, a un origen, u otro factor, que a otro. La *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*³⁷ (1993) considera discriminación a “toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas”.

Uno de los factores de discriminación es producto del modelo homogeneizador en México, impuesto desde que se formó como nación independiente y reforzado por las corrientes positivistas de inicio del siglo XX. Este modelo trata de ocultar la diversidad humana y dar más valor a algunas características. Hoy en día, como lo vimos en el primer apartado, a pesar de que el mundo reconoce que la diversidad cultural es una realidad, la discriminación sigue existiendo. Sabemos que la discriminación es una respuesta humana ante la escasez, pero tenemos que continuar luchando para su eliminación.

Como ejemplos cotidianos podemos citar a los médicos que no hablan la lengua de los pacientes o, en su caso, no cuentan con un traductor, lo mismo que los maestros. En las indicaciones, no se respeta la dieta de los pacientes, que es una manifestación cultural de los pueblos, se debería armonizar la dieta adecuada a su padecimiento con sus costumbres. Otro caso es el no respeto a creencias de pacientes o alumnos pertenecientes a otras culturas, incluso a sus formas alternas de sanación y de aprendizaje. En este sentido, el actual sistema de salud ha avanzado mucho por medio de una Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural que ha tenido logros como la certificación de unidades de salud en interculturalidad, el parto vertical, además de capacitación y formación de funcionarios de la Secretaría de Salud.

En el ámbito educativo, tanto como en el de acceso a la salud, se dan todas las asimetrías anteriores. La atención será de calidad sólo cuando incorporemos el enfoque intercultural, cuando tomemos en cuenta al usuario de nuestro servicio: cómo piensa, cómo habla, qué espera, y tracemos con él, un camino para transitar juntos, cada quien con su rol.

¿Cómo podremos lograrlo?

Se puede lograr tomando a la interculturalidad como principio normativo. Esto significa valorar la diversidad como una ventaja, como un patrimonio humano. Esto es un reto para el sistema de salud, así como para toda la sociedad mexicana actual, ya que ni conocemos la diversidad cultural de nuestro país, ni la consideramos valiosa. En nuestra sociedad se arraigaron los principios positivistas y homogeneizantes del siglo XX, pensamos que en nuestro país existe una sola cultura y una sola lengua, o sea, una sola manera de ver el mundo y una sola forma de nombrarlo, lo que es culturalmente muy empobrecedor.

37 <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>, 13/03/12.

Las personas que se encuentran inmersas en dos o más culturas, que son la mayoría, tienen que aplicar la interculturalidad como principio normativo para no sentirse excluidos. Hay un diálogo interno que media entre las distintas influencias, a veces, contradictorias. Esto es muy común con miembros de las poblaciones indígenas, que tienen una cosmovisión propia, pero que también han adoptado otras creencias de raíces judío-cristianas, que hablan otras lenguas como el español y el inglés u otra lengua indígena, y que conviven con valores muy diferentes y contrarios a los propios y que los adaptan o los adoptan. Para lograr esto, consciente o inconscientemente, realizan en su interior juicios de valor que se facilitan entre más consciente de ellos esté la persona.

Pero la interculturalidad no sólo orienta a las personas, sino también a los procesos sociales en la construcción de relaciones equitativas y respetuosas entre los miembros de diferentes culturas. Esto basado en el reconocimiento al derecho a la diversidad –tú tienes el derecho a pensar y ser diferente a mí- y en contra de la discriminación expresada en cualquier forma. En sociedades con alto índice de discriminación, como la mexicana, sólo puede llegar a ser democrática y justa si adopta a la interculturalidad como principio normativo.

En el mundo globalizado de hoy, la interculturalidad es un reto, ya que pocas culturas minoritarias poseen los medios para poder predominar sobre las mayoritarias, lo que acentúa el proceso homogeneizador que estamos viviendo actualmente. La interculturalidad, como principio normativo, abre la puerta del enriquecimiento cultural para poder resolver los grandes problemas que nos aquejan como humanidad, empezando con los problemas cotidianos de los que prestamos servicios, ya sea de salud, de educación o cualquier otro.

El enfoque intercultural en el sistema de salud

Siendo que la cultura, la lengua y la identidad son elementos centrales de la vida de todo un pueblo, el enfoque intercultural es una posibilidad de enriquecimiento para todos. Se inicia con la afirmación de la cultura propia en un proceso de intraculturalidad y a partir de allí, con el reconocimiento, la valoración y el aprecio de otras. Esto significa nuevas miradas de lo propio y nuevas lecturas de lo ajeno.

Se propone la transversalidad del enfoque intercultural en todos los procesos, ya que promueve la re-construcción del sistema, en este caso de salud, a partir de reconocer la diversidad de contextos, pacientes, conocimientos, formas de sanación. Considera que, para abordar las problemáticas sociales éticas, epistemológicas y su forma de tratarlas en el servicio, se requiere de nuevas estrategias. Para esto, proponemos introducir tres planos transversales, tanto en los procesos de atención, hasta en la generación de las políticas de salud:

- **Plano ético:** procurar formar personas capaces de construir sus diferentes identidades personales y colectivas, capaces de reconocer y sentir realmente solidaridad y empatía con otras identidades
- **Plano lingüístico:** dar el servicio en la lengua materna. Las lenguas que conviven en el mismo espacio, deben encontrarse en equilibrio
- **Plano epistemológico:** es construir conocimiento desde otras lógicas de pensamiento y que podría equipararse, desde otra lógica, a la visión holística del conocimiento.

Plano ético. El objetivo primordial de introducir el enfoque intercultural transversalmente en los procesos del sistema de salud, es edificar un nuevo modelo de nación plural, que se enriquezca de la diversidad cultural de sus habitantes. En este sentido la interculturalidad como tal es un anhelo, es una meta, es un nuevo tipo de relaciones sociales que todavía no existe, sino que requerimos de construir entre todos los pueblos y culturas de nuestro país. El crear un nuevo tipo de relaciones sociales equitativas entre los prestadores de servicio y los beneficiarios nos incumbe a todos, es una meta, un punto de llegada para la redefinición del sistema y de la nación completa, tal como nos precisa el Artículo segundo de nuestra constitución.

Plano lingüístico. A partir de las modificaciones del artículo segundo de la Constitución, se crean nuevas leyes y normatividades. En 2003 se publica la *Ley General de Derechos Lingüísticos*, en la que menciona en su artículo 4: “Las lenguas indígenas que se reconozcan en los términos de la presente Ley y el español son lenguas nacionales por su origen histórico, y tienen la misma validez en su territorio, localización y contexto en que se hablen.” y en el artículo 7: “Las lenguas indígenas serán válidas, al igual que el español, para cualquier asunto o trámite de carácter público, así como para acceder plenamente a la gestión, servicios e información pública. Al Estado corresponde garantizar el ejercicio de los derechos previstos en este artículo, conforme a lo siguiente: [...] La Federación y las entidades federativas tendrán disponibles y difundirán a través de textos, medios audiovisuales e informáticos: leyes, reglamentos, así como los contenidos de los programas, obras, servicios dirigidos a las comunidades indígenas, en la lengua de sus correspondientes beneficiarios.” Y marca en el artículo 8: “Ninguna persona podrá ser sujeto a cualquier tipo de discriminación a causa o en virtud de la lengua que hable.”

Esta Ley resulta ser poco conocida por todos los servidores públicos, incluyendo los del área de salud, que consideran que ellos no tienen la obligación de prestar el servicio en las lenguas mexicanas, incluso llamándolas, incorrectamente y con tono despectivo, dialectos. Pero si leemos esta Ley con atención, podemos darnos cuenta que muy frecuentemente caemos en prácticas, incluso institucionales, que no cumplen con ella. Debemos cobrar conciencia de que todas las y los mexicanos tenemos derecho a recibir atención en nuestra lengua, y que no existe una “lengua oficial”, sino que todas lo son, aunque contamos con el español como una lengua mayoritaria usada como franca.

Plano epistemológico. La interculturalidad cuestiona la forma en la que se construye el llamado conocimiento científico como el único válido para la humanidad. El sujeto, individual o social, se relaciona con los demás desde su diferencia por medio de un diálogo intercultural de saberes, para aprender a relativizar las tradiciones propias en cada cultura y para cuestionar su conservación y transformación.

Para que con el enfoque intercultural se comprendan lógicas culturales y formas de vida diferentes, se tiene que recurrir a nuevas fórmulas para construir el conocimiento, que posibiliten mirar la realidad en toda su complejidad, de forma más integral. Esto conlleva una visión sobre el pensamiento colectivo: ya no se construye a partir de una sola figura del mundo sino del pensamiento ético bajo la forma de sabiduría moral a partir del intercambio equitativo con otras formas de ver y entender el mundo, o sea, de la interculturalidad. Se trata de rebasar los modelos que giran casi exclusivamente en torno de la tradición cultural de “occidente” para

incorporar otros conocimientos y su forma de producirlos, valores y formas de organización, de otras culturas, en particular de los pueblos indígenas de México.

El plano epistemológico es complejo, ya que tenemos arraigados conceptos y valores que nos cierran, que no nos dejan ver que existe una gama muy diversa de opciones legítimas que nos permite enriquecernos con otros puntos de vista, con otras experiencias válidas que llevan cientos de años siendo funcionales y eficaces para los que las utilizan, además de tener, para ellos, lógica y significado. Además, el desarrollo de una cultura no se puede evaluar desde un único punto de vista o desde un único conjunto de valores y fines.

Para la reflexión

Para el ser humano el aprender a vivir en la diversidad ha sido una necesidad, sin embargo, los sistemas homogeneizadores y absolutistas lo negaron. Nos dijeron que lo valioso y verdadero es lo que nuestra cultura sea la que sea, ha creado.

Un proyecto de sociedad intercultural, respetuoso de las diferencias, enriquecido con los saberes de todos, es contrario al proyecto homogeneizador de algunos modelos, como el que favorece una globalización, no para el enriquecimiento mutuo, sino para una homogeneización de mercados que puedan dar salida a millones y millones de productos iguales producidos en serie y, muchas veces, con bases en el sistema esclavista. La misma globalización nos pone cada vez más en situaciones que favorecen la interculturalidad al acortar distancias y ponernos en comunicación al planeta entero. Entonces, es nuestra responsabilidad utilizar las herramientas actuales de una forma ética, de respeto mutuo y de empatía para los diferentes.

Este proceso enfrenta varios desafíos, como el epistemológico que defiende la unidad en la diversidad, la complementariedad, reciprocidad, correspondencia y proporcionalidad de los conocimientos, saberes, haceres, reflexiones, vivencias y cosmovisiones. Que, desde un punto de vista plural, acepte que no hay un solo camino para llegar a la meta, que hay otras vías legítimas hacia el conocimiento científico.

Otro desafío es el que implica la atención a la diversidad; tomar en cuenta el contexto, a las personas con similitudes y diferencias en creencias, valores y patrones de vida de culturas distintas. Y el desafío político, que implica el empoderamiento de las culturas minoritarias buscando reconocimiento y respeto, así como una co-responsabilidad en los cambios y las opciones, buscando un desarrollo con identidad, o sea, que tome en cuenta las necesidades de la comunidad.

Recapitulando, los servicios de salud, al igual que todos los que ofrece el estado, tienen la obligación de introducir el enfoque intercultural transversalmente, desde la creación de las políticas públicas hasta en la atención directa a las comunidades de todo tipo, urbanas, rurales, indígenas o afrodescendientes. Esto se puede llevar a cabo analizando los tres planos del enfoque: el ético, el epistemológico y el lingüístico, y creando las políticas y la normatividad necesaria para que las prácticas sean de inclusión, de respeto y de enriquecimiento, no “hacia” el otro, el beneficiario, sino “con” el otro. Estas nuevas prácticas se pueden generar en conjunto, en equipo, y así, serán pertinentes, eficaces y de calidad.

Retomando el primer ejemplo de una comunidad del estado de Michoacán donde llega la paciente y le dice al médico que está “bien aventada”, podemos observar que la Doctora desconoce la forma en que piensa la comunidad y sus costumbres. Para poder interculturalizar

el servicio, se tendría que realizar un análisis en los tres planos: el ético, el epistemológico y el lingüístico. Haremos un análisis superficial a manera de ejemplo:

- **En el plano ético:** Antes del establecimiento del servicio en una comunidad (no solamente indígena, sino en cualquier contexto), ésta deberá ser consultada. ¿Qué servicios necesitan según su punto de vista? ¿Qué servicios cree el estado que necesitan? Habrá que conciliar las dos visiones y llegar a acuerdos. También hay que tomar en cuenta el contexto en la construcción de los espacios de atención, haciendo las clínicas confortables, una arquitectura y diseño acordes al clima y estilos de la comunidad. Esto para crear un clima de confianza, no intimidante. Al seguirse el proceso de consulta, genera un reconocimiento a la comunidad, la cual se sentirá tomada en cuenta y se apropiará de la clínica. Esto facilita que por medio de tequio se realicen algunos trabajos de mantenimiento, el acopio de voluntarios para campañas de vacunación u otros servicios, etc.
- **En el plano lingüístico:** Se tiene que hacer un esfuerzo para que haya comunicación fluida entre las dos o más culturas en contacto, del prestador de servicios y del o los beneficiarios. A pesar de que la paciente habla español, debemos conocer los modismos utilizados por la comunidad, ya sea urbana o indígena, que están muy ligados a creencias y costumbres. Si son monolingües en lengua indígena, se tiene que contar con un traductor oficial³⁸. Recordando lo que dice la *Ley de Derechos Lingüísticos*, los letreros en la clínica tendrían que estar también en los idiomas que se hablan en la comunidad, así como carteles y avisos que tengan como destinataria a la comunidad.
- **En el plano epistemológico:** Se tienen que reconocer los saberes, creencias y costumbres de la comunidad. En este ejemplo, saber qué se acostumbra comer y adaptar la dieta tomándolo en cuenta. El personal de servicio deberá conocer la concepción del mundo de la comunidad y adaptar los servicios a esa mirada. Esto puede ser: acondicionar las salas para parto vertical, el acompañamiento de una partera, combinar tratamientos alternativos locales en los tratamientos.

Para concluir, creo que en México tenemos, como funcionarios públicos, muchos retos, y el que considero es de los más importantes es la introducción del enfoque intercultural en todas las dependencias. Esto permitiría brindar a los y las mexicanas servicios de calidad con pertinencia cultural y lingüística. Hay mucho por hacer, y pensamos que haciendo alianzas interinstitucionales podremos lograrlo.

Por lo pronto, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública realizamos un trabajo conjunto en el Movimiento Nacional por la Diversidad Cultural de México³⁹, donde, con otras dependencias de los ámbitos de justicia y cultura realizamos un trabajo de revaloración y reconocimiento de las aportaciones que la diversidad cultural de México puede darnos a todos y todas las mexicanas.

38 El Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), cuenta con un programa de certificación de intérpretes y traductores en lenguas indígenas. La Secretaría de Salud ya cuenta con un convenio con el INALI, por lo que se puede trabajar en conjunto con el Instituto para la creación de esta figura.

39 Para mayor información: <http://www.diversidadcultural.mx/>

HACIA UN MODELO DE BIOÉTICA INTERCULTURAL

Manuel H. Ruiz de Chávez

Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Alejandro del Valle Muñoz

Director del Centro del Conocimiento Bioético, Comisión Nacional de Bioética.

*La ética es asunto de responsabilidad personal,
la responsabilidad que tomamos en nombre de otra persona;
nuestra respuesta al llamado del otro.*

Agnes Heller

Introducción

Es ya un lugar común señalar que México es un país multicultural, en donde coexisten no sólo algunos de los pueblos originarios, sino también otros grupos que a lo largo de la historia antigua y contemporánea del país se han sumado para acrecentar la riqueza humana en el territorio nacional.

Así cómo es posible identificar numerosos pueblos indígenas, cuya diversidad y riqueza cultural es muy amplia y, de hecho, hacen que México sea el país de América con el mayor número de etnias originales, con la mayor densidad poblacional, así también coexisten en el territorio nacional otras minorías que a lo largo de la historia se fueron asentando en el país, cuya identidad y cultura particular guarda también una especial relevancia, en tanto exigen de igual forma respeto a sus diferencias culturales, a su pluralidad ética, historia y creencias particulares, en un contexto de convivencia igualitaria y justicia social.

Se trata de grupos que forma parte de la sociedad mexicana, ante los cuales no debe haber exclusión ni discriminación alguna y cuyas necesidades de salud, si bien tienen características distintivas, éstas se dan en un contexto más o menos homogéneo en el país. Pero además de esta multiculturalidad palpable, existen procesos de vinculación intercultural tanto entre estos grupos, como entre ellos y el resto de la población mexicana, situación que guarda una significativa relevancia, sobre todo si hablamos de una ética de vida o bioética, campo de conocimiento y práctica que debe alimentarse de múltiples perspectivas que derivan de aristas éticas muy diversas.

Se presenta aquí un primer acercamiento a elementos esenciales que deberá contemplar un modelo bioético intercultural en salud que, por obvias razones, debe ser amplio, flexible, heterogéneo y diverso en su complejidad. Para tal fin, el texto aborda, inicialmente, una somera descripción de la pluralidad de grupos e identidades que habitan hoy día el territorio nacional. Enseguida, alude a la concepción de multi e interculturalidad en general; se describe la génesis y el concepto actual de bioética desde una perspectiva laica y actual y, finalmente, se presenta la convergencia de estos conceptos en el contexto de la salud, la medicina y los servicios de atención médica y salud pública que el Estado mexicano ha ido configurando a lo largo del tiempo, para el diseño y establecimiento de un modelo bioético de salud que contemple el ingrediente de la interculturalidad, como requisito indispensable en todo esfuerzo por hacer valer el derecho a la protección de la salud en el país.

Los objetivos del presente ensayo son tres: contar con un primer bagaje teórico y actualizado sobre el significado y al alcance de las nociones de multiculturalidad e interculturalidad;

examinar las nociones de ética y bioética a la luz de su evolución conceptual y del sentido que guardan hoy en día; y, finalmente, esbozar una propuesta de modelo bioético en el marco de la interculturalidad en salud, retomando dos pautas: el modelo de interculturalidad establecido en el marco del programa de acción de Interculturalidad en Salud, publicado en el año 2007 y el esquema institucional de promoción de la salud, añadiendo el componente bioético.

Pluralidad, multiculturalidad e interculturalidad en México

Hoy en día, la multiculturalidad es una realidad innegable tanto en México como en el mundo en general. Por ello es esencial considerar la importancia de la pluralidad social, en su sentido descriptivo pero también en el sentido crítico de factor de cohesión, de articulación dentro de un Estado-nación cuya finalidad, como lo señalaba Spinoza, no es otra que la libertad (Baruj Spinoza, Tratado teológico-político).

En efecto, es menester reconocer en esta integración de minorías, el impacto que con los años ha tenido la incorporación de un gran número de guatemaltecos que, en calidad de refugiados, desde los años ochenta se han venido asentando definitivamente en el estado de Chiapas. Otros grupos de indígenas y mestizos originarios de Honduras, El Salvador, Nicaragua, Belice, Cuba, Colombia, etc., que asumen más bien una estadía transitoria en campos y ciudades del sur y centro del país para después proseguir su peregrinar migratorio hacia Estados Unidos, conforman en estos últimos años un fenómeno de inmigración y transnacionalismo migratorio que impacta las fronteras del sureste mexicano y sobre todo la frontera con Estados Unidos. Las cifras recientes en las que se señala la presencia de alrededor de 500 mil inmigrantes residentes en México, de los cuales el 69% son norteamericanos (CONAPO, 2000), es prueba suficiente de la intensa migración transfronteriza que existe con el vecino del norte (los nativos norteamericanos habitan principalmente en el norte y en el occidente de México).

Además de esta presencia inmigratoria, *Ethnologue* destaca importantes cifras de inmigrantes de otros países: 350 mil ingleses, 35 mil japoneses, 5000 romanis, 400 mil árabes, 31 mil chinos, etc., de los cuales se estima que alrededor del 60% se encuentra residiendo en el valle de México. Ello es ejemplo de la resignificación de la diversidad multiétnica que continua experimentando el país desde la Colonia y el siglo XIX.

La expresión y el reconocimiento de la multiculturalidad, en esta medida, es un proceso que implica la identificación y valoración de grupos que hasta el momento han permanecido como supuestos huéspedes silenciosos e invisibles, es el reconocimiento de las particularidades y diferencias de cada etnia. Y como parte de un proceso de resignificación pluriétnico y multicultural, los distintos grupos indios y no indios deben ser sujetos de respeto de sus derechos humanos, de sus tradiciones y valores, de la defensa de sus lenguas y de su patrimonio cultural, y de la no discriminación y exclusión de que han sido objeto históricamente por el conjunto de la sociedad y cultura occidental.

La resistencia y las estrategias identitarias individuales y colectivas que asumen en sus objetivos de reconocimiento los distintos grupos, les ha permitido hacer frente a los prolegómenos de la modernidad y a los cambios a que constantemente están expuestas sus formas de vida, y sus valores y tradiciones; la defensa y en todo caso la adaptación a la "modernidad", a la globalización, es muestra del resguardo del bagaje cultural que los mantiene vivos; su presencia como culturas tradicionales que perviven y se refuerzan hoy en día.

El carácter multicultural del México actual debe conformarse en consecuencia a partir de una composición ciudadana que incluya no sólo a los diferentes pueblos indígenas sino la multiétnicidad en todos sus aspectos, es decir, como un orden de equilibrio el que ingresen todas las alternativas económicas, sociales, políticas y culturales. Taylor (en Stavenhagen, 2000) señalaba que la igualdad de dignidad de todos los seres humanos se basa en el respeto a las diferencias y a las peculiaridades colectivas, que a su vez están vinculadas con el derecho de tales colectividades a la sobrevivencia. Taylor concluye que una de las principales demandas de las sociedades multiculturales de nuestro tiempo es justamente una política explícita de reconocimiento del pluralismo cultural inherente a las sociedades, la cual implica, más que en ninguna otra época, dignificar las tareas necesarias que conduzcan al pleno reconocimiento de la diversidad humana y con ello a la resignificación de las mismas sociedades multiculturales.

Como menciona Linares, la bioética ha logrado consolidar un ámbito nuevo de debate interdisciplinario y plural, así como un núcleo de problemas sociales que tienen enorme relevancia ético-filosófica, que se debaten en controversias sociales.⁴⁰

Los problemas clásicos de la bioética muestran diferencias y conflictos de valores por lo que actualmente uno de sus grandes desafíos consiste en generar consensos morales en sociedades multiculturales y plurales.

El contexto multicultural en que vivimos ha debilitado las viejas convicciones racionalistas y las pretensiones de una moral dominante; por ello, para la formación de consensos bioéticos, es necesario ser conscientes de que hay zonas de desacuerdo irreductibles que tienen que ver con la diversidad de concepciones del mundo y diferentes valoraciones culturales.

Por lo anterior cabe preguntarnos ¿es posible y necesaria una bioética global intercultural y transcultural?, así como también cuestionarnos ¿qué derechos prevalecen: los de los individuos o los de las comunidades culturales, los problemas locales de las comunidades o los problemas del mundo globalizado?, sobre todo al tener presente que coexisten, en un mismo espacio geográfico, personas de culturas muy diverso origen cultural, como el caso de las grandes urbes, en donde pueden concitarse usos y costumbres frente a estilos de vida plenamente ciudadanos.

Los cuestionamientos anteriores nos sitúan en la disyuntiva entre una bioética local-comunitaria y una bioética global-transcultural. Antes de continuar, resulta pertinente reconsiderar los elementos desde una perspectiva crítica, respecto a interculturalidad y los derechos humanos.

Para abordar el tema de la interculturalidad precisa tener al menos una idea general de lo que representa el término cultura, el cual podemos referir, de manera genérica, como el conocimiento adquirido que las personas utilizan para interpretar su experiencia y generar comportamientos.⁴¹

La cultura es la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, y conducen sus acciones. Es la estrategia adaptativa del hombre, que es aprendida y compartida a través del proceso de socialización. La cultura, la totalidad acumulada en los esquemas o estructuras simbólicas, no es sólo un ornamento de la existencia humana, sino una condición esencial de ella.

40 Linares, J.: Hacia una bioética cosmopolita e intercultural, XV Congreso internacional de filosofía, 2010 en www.filosoficas.unam.mx/~afmbib/mayteAFM/Ponencias/11052.pdf consultada el 30 de abril de 2012.

41 McCurdy, David W.; Spradley, James P.; Shandy, Dianna J.: *The Cultural Experience: Ethnography in Complex Society*, Second Edition. Ed: Waveland Pr Inc, 2004.

Es, en suma, el marco global de una sociedad en la que todos los comportamientos, las costumbres y las percepciones de la realidad adquieren sentido y dirección. Desde esta perspectiva engloba todas las actividades propiamente humanas no sólo el arte, sino también la ciencia, la religión, los modos de vida, la tecnología, los valores éticos precisamente y su expresión moral, así como los procesos y contenidos educativos son constitutivos de lo que llamamos cultura.

Sobre esta base es como debe entenderse el fenómeno de la interculturalidad. Que no es sino el modo de convivencia en el que las personas, grupos, localidades e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica, con la clara consciencia de que comparten un mismo contexto social, económico y nacional.

Lo anterior implica un proceso de comunicación e interacción que supone la relación respetuosa entre culturas en donde personas comparten espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Por ello debemos partir, como atinadamente lo señalan Mocellin, Viesca y Gutiérrez, de conceptos tales como la representación —en el sentido antropológico— en donde se concitan las prácticas de significación y los sistemas simbólicos por medio de los cuales los significados se producen y nos ubican como determinados sujetos; es decir, es a través de estos significados como damos sentido a nuestra experiencia, a lo que somos como identidades.⁴²

Como señala Federico Navarrete, investigador mexicano, por interculturalidad debemos entender la convivencia pero también el diálogo entre los diferentes grupos étnicos y culturales, poniendo de relieve mecanismos democráticos que permitan que estos grupos puedan decidir su destino y participar cabalmente en la vida política, social y económica del país, ya que también existen obstáculos para el desarrollo de la interculturalidad.

Así, un aspecto que destaca este autor es el hecho de que el debate sobre la interculturalidad, señala, “se ha encasillado en un problema de reconocimiento de derechos de una minoría [...] por ello, me parece que el reconocimiento de la pluriculturalidad debe extenderse también a la gran variedad de culturas locales, regionales y urbanas que conforman la mayoría mestiza...” es decir debe incluir tanto a los llamados mestizos como a los indígenas. “La discriminación, la marginación y la intolerancia no son sólo problemas de los indígenas, aunque estos grupos los padezcan en mayor medida, sino de amplios sectores de la sociedad mestiza. Por la misma razón, la lucha por la interculturalidad es también asunto de muchos otros mexicanos”... y un aspecto ético y bioético de primera importancia.⁴³

Dicho de otra forma, la historia, desde siempre, ha reunido sociedades heterogéneas y ha dado cauce a nuevas diversidades. Por eso, como bien señala Alfredo López Austin, la omnipresente heterogeneidad social es un enorme reto para la conformación de los estados modernos. Éstos son, sin duda, reflexiona López Austin— los nichos que hacen posible la existencia de millones de seres humanos; pero arrastran en su relativa normalidad las profundas contradicciones que nacen de asimetrías, explotación e injusticias.⁴⁴

42 Mocellín-Raymundo, M.; Viesca Treviño, C. y Gutiérrez-Martínez, D.; Bioética y salud intercultural. Apuntamientos para una conexión necesaria y posible. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 49 (3):325-330, 2011.

43 Navarrete F.; *Las relaciones interétnicas en México*, ed. D.G. de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, septiembre de 2004.

44 López Austin, A.; *Laicismo y ética*. *Revista La Zurda*, N°8, publicación mensual de la Fundación para el Fortalecimiento de los Gobiernos Locales, A.C. México, junio de 2012.

Sólo desde una perspectiva democrática es posible acotar tales desigualdades sociales. Se trata de alcanzar posibilidades equitativas de prosperar, manifestarse, alcanzar el bienestar y concretar su visión y proyectos de vida en igualdad de circunstancias.

En las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de los derechos humanos como marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social. En ese sentido, al hablar de derechos humanos, se hace referencia a aquéllos que son inherentes a la persona. Son un producto jurídico de la modernidad, especialmente del iusnaturalismo; el concepto derechos humanos se ha desarrollado junto con el surgimiento del moderno estado de derecho y su causa formal.

Bioética: concepción y desarrollo

La bioética surge como una decisión crucial que responde al embate del sorprendente desarrollo actual de la ciencia y la tecnología, que si bien amplía los horizontes de lo que puede hacerse con la vida, también da lugar a nuevos dilemas y cuestionamientos éticos para el hombre.

La creciente capacidad creadora de científicos y pensadores en general, ya sea modificadora o destructora de sí mismo y de su entorno, deja ver la insuficiencia del pensamiento y de los modelos éticos tradicionales para dar una respuesta fundamentada sobre lo que se debe o no hacer en beneficio de la colectividad y la vida.

Los problemas vitales son cada vez más complejos y diversos, lo que pone de relieve la intersección de la ética con múltiples áreas del conocimiento, y el necesario diálogo entre las ciencias y las humanidades que atempera la bioética, con la finalidad de proteger la salud y preservar la vida y su calidad en todas sus expresiones, bajo la premisa del respeto a la dignidad y los derechos humanos, sin exclusión alguna.

La bioética parte de la ética que, a su vez, es un campo de reflexión filosófico, es propiamente un área de la filosofía. La noción histórica nos lleva a Platón (Atenas, 427 a.C.-id., 347 a.C.), quien en su Diálogo Critón precisa que la ética consiste en tres aspectos: deliberar utilizando la razón y no los sentimientos; pensar por cuenta propia, sin hacer caso a la opinión de los demás; y asumir un cometido fundamental: nunca ser injustos. Y es tanta importancia del pensamiento de Platón, que llega imponente hasta nuestros días; de hecho Alfred North Whitehead comentó de Platón: La caracterización general más segura de la tradición filosófica europea es que consiste en una serie de notas al pie a Platón. (Process and Reality, 1929).

Más adelante, nos encontramos con Aristóteles (384 a. C.-322 a. C.). Para él, la virtud es de dos tipos: intelectual y moral o ética. La intelectual debe sobre todo al magisterio su nacimiento y desarrollo, y por eso ha menester de experiencia y de tiempo; La virtud moral o ética es fruto de la costumbre (éthos). (Ética a Nicómaco, libro 2,1).

Más cerca de nosotros, con la ayuda de pensadores como Hegel, Edmund Husserl, Paul Ricoeur, o Emmanuel Lévinas, encontramos una diferenciación nítida entre moral y ética: La moral se construye a partir de las costumbres y las prácticas de los grupos Sociales; es algo aprendido que nos da certidumbre, identidad, aceptación y pertenencia ha determinado grupo social. La ética, por su parte, es algo que se conquista, que se construye sobre la base de la deliberación, de la razón y el discurrir libremente para, finalmente, llegar a una decisión personal e intransferible.

Para el pensamiento contemporáneo, las cosas no son muy distintas. Siguiendo a un connotado pensador de los últimos años del siglo pasado, Michel Foucault, caemos en la cuenta del valor de la libertad como premisa epistemológica de la ética “¿Qué es la ética sino la práctica de la libertad, [...] La libertad es la condición ontológica de la ética. Pero la ética es la forma reflexiva que adopta la libertad”.⁴⁵ O bien, retomando a Fernando Savater podemos coincidir en que: “La ética es la reflexión sobre por qué consideramos válidos algunos comportamientos. Es saber distinguir entre lo bueno y lo malo, y saber por qué se consideran así determinados comportamientos. Es la búsqueda de cuál es la mejor forma de vivir; por ello, en realidad, la ética es el arte de vivir”.⁴⁶

De esta manera, constatamos que es un esfuerzo por perseverar en el ser; en ese sentido es el arte de vivir y, así, una ética de vida, por tanto, la bioética.

La salud de los pueblos es una tarea esencial que comparten sociedad y gobierno para su preservación y mayor bienestar. La salud se expresa en dos planos: el individual y el colectivo. Su cuidado y protección requieren tanto del más ético y eficiente ejercicio de la medicina a través de servicios personales, como de salud pública, a partir de intervenciones de alcance poblacional.

La salud va más allá de la atención médica ya que abarca las dimensiones más amplias del bienestar individual y colectivo. En esa medida se encuentra interrelacionada con la equidad social y el respeto de otros derechos humanos.

Los determinantes sociales más relevantes para la salud son su promoción y el acceso a la atención con calidad y oportunidad; a la alimentación, vivienda, a la disposición de agua potable y servicios básicos; a la preservación y cuidado y mejora del medio ambiente y a una mayor justicia distributiva que acote la pobreza, la marginación, la exclusión, el analfabetismo y el desigual acceso a la educación y la cultura.

Se requieren nuevas perspectivas en torno a la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuyan a la justicia, a la equidad y respondan al interés colectivo, sin debilitar su esencia indagatoria y su potencialidad transformadora.

Evolución y actualidad del concepto bioética

El primer documento en donde se utilizó la palabra bioética data de 1927, cuando Fritz Jahr, un pastor protestante, teólogo, filósofo y educador publica el artículo Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas en la revista *Kosmos*, aunque desde los años 70 fue atribuido a Van Rensselaer Potter -bioquímico estadounidense- quien lo lleva al contexto de la biología humana. Lo notable del concepto expresado por Jahr es que abre el abanico a una amplia relación moral entre el ser humano y el resto de los seres vivos, sean otros hombres, animales o plantas.

Por su parte, Potter deja en claro su preocupación por la estrecha vinculación que debe existir entre el conocimiento biológico y los valores humanos y perfila a la bioética como una nueva expresión de la cultura, en donde se concitan el conocimiento científico, los valores, el campo de las humanidades y una visión multidisciplinaria del saber humano, lo que es patente en un

45 Michel Foucault: *La inquietud de sí o La ética del cuidado de uno mismo*. En: *Historia de la sexualidad*, Vol. II. Siglo XXI, México, 1984.

46 Fernando Savater: *Ética para Amador*. Ed. Ariel, 1 ed. Barcelona, 1991.

artículo y en un libro ya clásicos *Bioética, la ciencia de la supervivencia* (1970) y *Bioética: Un puente hacia el futuro* (1971), obras señeras en esta disciplina, que en sus palabras responden a la necesidad de generar conocimiento sobre cómo usar el conocimiento para el bien social. Se trata de una ciencia de la supervivencia que debe trascender los límites de la ciencia, para considerar los valores humanos.

Una de las definiciones de bioética más precisas es la de la *Encyclopedia of Bioethics* que la describe como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales.

El *Informe Belmont* —elaborado por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de Investigación Biomédica y del Comportamiento, en 1979— declara los principios éticos básicos y las directrices que deberán ayudar a resolver los problemas morales que acompañan la ejecución de investigaciones en sujetos humanos, estos principios son: respeto, beneficencia, no maleficencia (no generar daño) y justicia.

Por su parte, en un artículo titulado *Claves de una bioética laica*, la filósofa mexicana, Juliana González Valenzuela, señala que una bioética laica debe poseer cuatro notas distintivas:

- El imperativo de racionalidad y con él, espíritu crítico, objetividad, conciencia histórica y social.
- El reconocimiento fundamental de la pluralidad o diversidad de perspectivas y posiciones y la consecuente a asumir la propia relatividad al igual que la perfectibilidad del conocimiento científico y filosófico, siempre en proceso, sin obtener logros únicos, definitivos, absolutos.
- La aceptación de la necesidad de la duda, la problematización, la pregunta, inherentes al espíritu filosófico y científico, los cual se encuentra particularmente intensificado en las cuestiones relativas a la bioética.
- La conciencia de la pluralidad y diversidad de la vida, que hace patente la exigencia de hacer de la tolerancia una auténtica virtud basada en el la aceptación y el respeto de los otros.

Laicidad, de acuerdo con la perspectiva de Juliana González, no implica antireligión pero sí antidogmatismos y antiabsolutismos y, señaladamente, lucha contra la imposición de un punto de vista sobre todos los demás.

Sin embargo, no existe un consenso definitivo sobre el concepto de bioética; sin embargo, sí se han expresado diferentes perspectivas emanadas de condiciones históricas, geopolíticas y culturales diversas. (Declaración Universal de los Derechos Humanos y Bioética).

Para la escuela anglosajona, se trata del estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de valores y principios morales. (Reich W.T. (coord.): *Encyclopedia of Bioethics*, New York, 1978).

Para la europea, es un campo de conocimientos que cubre un conjunto muy amplio de investigaciones, discursos y prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de orden ético, suscitadas por las investigaciones, los desarrollos biomédicos y biotecnológicos, en el seno de sociedades caracterizadas, entre otros aspectos y en diversos grados, por ser multiculturales y evolutivas. (Hottois, G.: *¿Qué es la bioética?*, Fontamara. México. 2011).

La escuela latinoamericana la ve como una disciplina integradora de diversos campos de conocimiento, instituciones y personas, que denota la renovación del esfuerzo comprensivo en torno a

lo humano y cuyo sustento ético frente a los cuidados de la salud, el entorno, la investigación, la formación profesional y técnica y la difusión pública de informaciones y actitudes, se da a través de procesos dialógicos que garantizan su legitimidad, bajo premisas de equidad, justicia y solidaridad social.

Su principal herramienta, el diálogo, se manifiesta en espacios y grupos sociales centrados en la deliberación tolerante, plural e incluyente: comités de ética clínica, comités de ética de la investigación, comisiones nacionales, entre otros. (Programa Regional de Bioética e Investigación en salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994 / Reunión Latinoamericana de Bioética. Brasilia, Brasil, 2002).

Otros autores, especialistas también en el tema, que actualmente han abundado en el análisis conceptual de la bioética, la han definido como la “conciencia crítica de la civilización tecnológica” y, en ese tenor, la conciben como un retorno al concepto de ética como recta razón práctica aplicada a los dilemas que se plantean en la civilización tecnológica.⁴⁷

Otros, precisan la necesidad de incluir explícitamente su carácter antropológico y filosófico para construir un concepto más integral, acorde a los tiempos que corren: “La bioética es el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema”.⁴⁸

La bioética debe tener en cuenta, asimismo, la visión de responsabilidad a largo plazo, como aquél sugerido por H. Jonas en su volumen *El principio de Responsabilidad*, para los seres humanos actuales y para las generaciones futuras.⁴⁹ Este concepto implica que la bioética no consiste sólo en reflexionar sino en encontrar criterios, normas o principios que guíen el actuar del hombre respecto a la vida y, en consecuencia, elaborar pautas normativas adecuadas que permitan el desarrollo y el progreso de la humanidad, sin omitir, desde luego, el libre desarrollo del pensamiento, la investigación científica y la reflexión humanista.

Es un conocimiento que trata de la conducta, la acción o las operaciones de agentes humanos por ello es un conocimiento práctico, ya que el saber teórico o especulativo sólo tiene interés para la bioética en tanto puedan encontrarse los usos y significados que lo transforman en saber operativo. Es un conocimiento de acciones racionales, en la medida en que estas acciones puedan ser criticadas y fundamentarse, y en tanto puedan reducirse las múltiples dificultades reconocidas... para llegar al conflicto esencial de un problema ético.⁵⁰

Hacia un modelo de bioética intercultural en salud

En suma, en la reflexión bioética, se ponen en tela de juicio todos aquellos conceptos que habitualmente damos por sentados con el fin de alcanzar un conocimiento más certero y profundo de los otros y de nosotros mismos. Se trata de una respuesta primordial a los conflictos suscitados por el rápido avance del conocimiento científico y técnico en las diferentes ramas

47 Cfr. A. Pessina, *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Mondadori, Milano, Italia, 1999.

48 Postigo Solana, E: *Bioética, concepciones antropológicas y corrientes actuales*. Universidad Centro de Estudios Universitarios (CEU), San Pablo, Madrid, España, 2008.

49 Jonas, Hans: *El principio de responsabilidad*. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. 2ª edición, Herder, Barcelona, España, 2004, p. 77.

50 Tealdi, JC. (Coord.): *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Ed. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura / Universidad Nacional de Colombia, 2008.

de la medicina y la biología, así como el impacto que estos pudieran tener sobre la existencia de todos los seres vivos y el planeta.

Una de las características más peculiares de la bioética es que constituye un campo interdisciplinario, ya que no sólo son los médicos y los biólogos quienes forman parte de la red de profesionales interesados en la bioética, el análisis y las discusiones bioéticas involucran en general a todos los profesionales involucrados en el estudio de alguna disciplina que tenga relación directa con la vida.

Es un campo de preguntas privilegiado, permite abarcar temas y conflictos éticos muy diversos y cambiantes, ya que las discusiones bioéticas se renuevan constantemente y a medida que se aprenden estrategias para identificar y analizar dilemas bioéticos, se gana en la experiencia de defender las propias razones y escuchar las ajenas, aun cuando las otras expresen puntos divergentes a los propios. De manera fundamental, la bioética es un ejercicio de tolerancia, reflexión y preservación de toda forma de vida.

La bioética se nutre de dilemas y la herramienta para su abordaje es el diálogo, del cual surgen otros nuevos dilemas, por ejemplo acerca de la vida y sobre cuándo puede y debe generarse con el apoyo de la tecnología. Lo que nos lleva a reflexionar respecto a límites y hasta dónde es dable y ético intervenir. Podemos predecir las enfermedades, los riesgos, los beneficios. Es conveniente, ahora, abordar tópicos como el momento en que hemos de considerar que existe un nuevo ser, una nueva persona y el momento en que ha muerto. Ahí se da uno de los dilemas fundacionales de la Bioética, en donde se precisa definir quién, sobre la base de qué argumentos y por qué tomará la decisión, de inicio o culminación de la vida; es decir, con base en qué criterios y parámetros.

No hay dignidad humana si no hay calidad de vida, si no hay respeto a la autonomía individual, si no hay privacidad, tolerancia y pluralidad, prerequisites del diálogo bioético. No podemos hablar de igualdad, en términos de salud humana, cuando no todos acceden a los servicios; cuando el recurso –escaso– no está donde debe estar; cuando la enfermedad individual no es una prioridad colectiva; cuando se discrimina; cuando los nuevos conocimientos derivados de la investigación y las innovaciones tecnológicas, sólo benefician a unos pocos que tienen capacidad económica; cuando se omite la importancia de los grupos con visiones y culturas diferentes a las hegemónicas, o cuando se dejan de lado a los más vulnerables o las personas en situación de desventaja.

Son temas recurrentes de carácter bioético con relación al inicio de la vida, aspectos tales como el estatuto ontológico del embrión; la fecundación *in vitro*; la captura, resguardo y donación de óvulos y espermatozoides; biobancos; útero subrogado; células germinales; aborto; bebés–medicamento o niños de diseño; donación de esperma; violencia y embarazos no deseados; procreación en menores.

Por el otro lado, entre los vinculados al final de la vida se mencionan con la mayor frecuencia eutanasia/ortotanasia; cuidados paliativos; suicidio asistido; prolongación artificial de la vida; protección de datos e información; privacidad y confidencialidad; responsabilidad de familiares y/o delegada en otros; voluntad anticipada o muerte cerebral.

Además de los tópicos señalados, constituyen núcleos propios del análisis bioético los procesos que giran alrededor de la investigación en seres humanos y en animales; la dignidad y derechos humanos; la vida animal y la vegetal; el medio ambiente y ecosistemas; la explo-

tación y preservación de recursos naturales, así como los aspectos jurídicos, la igualdad y la justicia distributiva.

Los puntos centrales del modelo a considerar implicarán la definición, diseño e instrumentación de las siguientes ocho pautas de acción, como un mínimo operacional para el corto y mediano plazos:

1. Precisar un decálogo intercultural de ejes temáticos en temas prioritarios para la bioética en México, desde el punto de vista de la salud tanto en el ámbito biomédico y clínico como desde la perspectiva de la salud pública.
2. Integrar en el programa de acción de las Comisiones Estatales de Bioética que operan en cada entidad federativa los ejes temáticos definidos y sumar sus aportaciones de manera incluyente, con la participación de los principales grupos culturales existentes en cada entidad, región y localidad.
3. Desarrollar un programa de capacitación para los miembros de las Comisiones Estatales respecto al modelo intercultural en salud.
4. Diseñar e instrumentar una estrategia de comunicación educativa en bioética desde el punto de vista de la necesaria información que debe tener la sociedad multicultural mexicana.
5. Formular, presupuestar y poner en operación una campaña de comunicación social que difunda el quehacer bioético y las prioridades que en esta materia resultan de primera importancia para la salud desde la perspectiva intercultural.
6. Diseñar un programa de formación de recursos humanos sobre la base de la articulación de dos ejes educativos: la interculturalidad en salud y la bioética. Su instrumentación, en el orden nacional, podría darse a través del convenio general recientemente suscrito entre la Comisión Nacional de Bioética y la Universidad Nacional Autónoma de México; en las entidades federativas, una vez diseñado y debidamente probado, se podrá concretar a través de las Comisiones Estatales y las universidades locales.
7. Retomar el modelo conceptual básico de Promoción de la Salud que tiene la Secretaría de Salud, e incorporar en él, dentro de las actividades consideradas, la necesidad de transitar de un concepto promocional y educativo acotado, a un axioma proactivo de producción social de salud, que parta del conocimiento intercultural y bioético.
8. Desarrollar estrategias de investigación-acción que tanto desde el orden de las ciencias biomédicas, la medicina y la salud pública y bajo una metodología transversal y traslacional, ésta última entendida como aquella investigación que transita primero, de la investigación básica hacia estudios y aplicaciones clínicas que redunden en el beneficio de la salud individual pero también en el plano de la salud pública; ya no sólo de la básica a la clínica, sino a la social y pública.⁵¹ Esta medicina traslacional se dirige a traducir y amortizar en beneficio económico, médico y público el esfuerzo dedicado a la investigación básica. Éste es el objetivo que ha dado lugar a la reorientación de la financiación de los *National Institutes of Health*, destinando más de 10 mil millones de dólares a los centros de medicina traslacional.⁵²
9. Promover la formulación y puesta en práctica —en todo el ámbito nacional— de políticas públicas incluyentes desde la noción intercultural, que incluyan el enfoque bioético, ecosis-

51 Wehling, M. «Translational medicine: science or wishful thinking?», *J. Transl Med* 2008, 6: 31.

52 Bermejo, J., Heras, M., Segovia, J. y Alfonso, F. «Medicina cardiovascular traslacional. Ahora o nunca». *Rev. Esp. Cardiol.* 2009, 62: 66-8.

témico y holístico en los campos esenciales de la promoción y producción social de la salud: creación de medios ambientes favorables para la salud (entornos); fortalecer la participación comunitaria y social desde la perspectiva ética y bioética; favorecer el desarrollo ético de capacidades personales, así como reorientar los servicios y la atención de la salud bajo probadas competencias interculturales, éticas y bioéticas.

10. Integrar los niveles de atención asistencial, así como los modelos y esquemas de atención a la salud —públicos, privados y sociales— con criterios interculturales y explícitamente bioéticos.

Como menciona Linares, la bioética ha logrado consolidar un ámbito nuevo de debate interdisciplinario y plural, así como un núcleo de problemas sociales que tienen enorme relevancia ético-filosófica, que se debaten en controversias sociales.⁵³ Los problemas clásicos de la bioética muestran diferencias y conflictos de valores por lo que actualmente uno de sus grandes desafíos consiste en generar consensos morales en sociedades multiculturales y plurales.

El contexto multicultural en que vivimos ha debilitado las viejas convicciones racionalistas y las pretensiones de una moral dominante; por ello, para la formación de consensos bioéticos, es necesario ser conscientes de que hay zonas de desacuerdo irreductibles que tienen que ver con la diversidad de concepciones del mundo y diferentes valoraciones culturales.

Por lo anterior cabe preguntarnos —coincidiendo con más de un autor citado— ¿es posible y necesaria una bioética global intercultural y transcultural? ¿qué derechos prevalecen: los de los individuos o los de las comunidades culturales, los problemas locales de las comunidades o los problemas del mundo globalizado? Sobre todo si tenemos presente que coexisten, en un mismo espacio geográfico, personas de muy diverso origen cultural, como el caso de las grandes urbes, en donde pueden concitarse usos y costumbres comunitarios o plenamente de uso rural, frente a estilos de vida plenamente ciudadanos.

Los cuestionamientos anteriores nos sitúan en la disyuntiva entre una bioética local-comunitaria y una bioética global-transcultural. Por ello resulta pertinente reconsiderar, desde una perspectiva crítica, el sustrato o la plataforma que subyace a los conceptos interculturalidad, bioética y derechos humanos.

Hablar de interculturalidad exige tener al menos una idea general de lo que representa el término cultura, el cual podemos referir, de manera genérica, como el conocimiento adquirido que las personas utilizan para interpretar su experiencia y generar comportamientos.⁵⁴

La cultura es la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, tejen sus vidas y conducen sus acciones. Es la estrategia adaptativa del hombre, que es aprendida y compartida a través del proceso de socialización. La cultura, la totalidad acumulada en los esquemas o estructuras simbólicas, no es sólo un ornamento de la existencia humana, sino una condición esencial de ella.

Es, en suma, el marco global de una sociedad en la que todos los comportamientos, las costumbres y las percepciones de la realidad adquieren sentido y dirección. Desde esta perspectiva

53 Linares, J.: Hacia una bioética cosmopolita e intercultural, XV Congreso internacional de filosofía, 2010 en www.filosoficas.unam.mx/~afmbib/mayteAFM/Ponencias/11052.pdf consultada el 30 de abril de 2012.

54 Mccurdy, David W.; Spradley, James P.; Shandy, Dianna J.: *The Cultural Experience: Ethnography in Complex Society*, Second Edition. Ed: Waveland Pr Inc, 2004.

engloba todas las actividades propiamente humanas no sólo el arte, sino también la ciencia, la religión, los modos de vida, la tecnología, los valores éticos precisamente y su expresión moral, así como los procesos y contenidos educativos son constitutivos de lo que llamamos cultura.

Sobre esta base es como debe entenderse el fenómeno de la interculturalidad, que no es sino el modo de convivencia en el que las personas, grupos, localidades e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica, con la clara consciencia de que comparten un mismo contexto social, económico y nacional.

Lo anterior implica un proceso de comunicación e interacción que supone la relación respetuosa entre culturas en donde personas comparten espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Por ello debemos partir, como atinadamente lo señalan Mocellín, Viesca y Gutiérrez, de conceptos tales como la representación —en el sentido antropológico— en donde se concitan las prácticas de significación y los sistemas simbólicos por medio de los cuales los significados se producen y nos ubican como determinados sujetos; es decir, es a través de estos significados como damos sentido a nuestra experiencia, a lo que somos como identidades.⁵⁵

Por otra parte, es fácil converger con Federico Navarrete, investigador mexicano, cuando alude a que por interculturalidad debemos entender la convivencia, pero también el diálogo entre los diferentes grupos étnicos y culturales, poniendo de relieve mecanismos democráticos que permitan que estos grupos puedan decidir su destino y participar cabalmente en la vida política, social y económica del país, ya que también existen obstáculos para el desarrollo de la interculturalidad.

Así, un aspecto que destaca este autor es el hecho de que el debate sobre la interculturalidad, —señala— “se ha encasillado en un problema de reconocimiento de derechos de una minoría [...] por ello, me parece que el reconocimiento de la pluriculturalidad debe extenderse también a la gran variedad de culturas locales, regionales y urbanas que conforman la mayoría mestiza...” es decir debe incluir tanto a los llamados mestizos como a los indígenas. “La discriminación, la marginación y la intolerancia no son sólo problemas de los indígenas, aunque estos grupos los padezcan en mayor medida, sino de amplios sectores de la sociedad mestiza. Por la misma razón, la lucha por la interculturalidad es también asunto de muchos otros mexicanos”... y un aspecto ético y bioético de primera importancia.⁵⁶

Dicho de otra forma, la historia, desde siempre, ha reunido sociedades heterogéneas y ha dado cauce a nuevas diversidades. Por eso, como atinadamente reflexiona Alfredo López Austin, la omnipresente heterogeneidad social es un enorme reto para la conformación de los estados modernos. Éstos son, sin duda —reflexiona López Austin— los nichos que hacen posible la existencia de millones de seres humanos; pero arrastran en su relativa normalidad las profundas contradicciones que nacen de asimetrías, explotación e injusticias.⁵⁷

Sólo desde una perspectiva democrática es posible acotar tales desigualdades sociales, preservar la paz social y el entorno que de muy diversas formas hace posible toda expresión

55 Mocellín-Raymundo, M; Viesca Treviño, C y Gutiérrez-Martínez, D: Bioética y salud intercultural. Apuntamientos para una conexión necesaria y posible. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 49 (3):325-330, 2011.

56 Navarrete F. Las relaciones interétnicas en México, ed. D.G. de Publicaciones y Fomento Editorial, UNAM, septiembre de 2004.

57 López Austin, A.: Laicismo y ética. *Revista La Zurda*, N°8, publicación mensual de la Fundación para el Fortalecimiento de los Gobiernos Locales, A.C. México, junio de 2012.

de vida. Se trata de alcanzar posibilidades equitativas para prosperar, manifestarse, hacer realidad el bienestar general e individual y concretar una visión y una serie de proyectos de vida en igualdad de circunstancias. Y ello sólo puede ser resultado, a cabalidad, de una conciencia y una cultura éticas, de una ética de vida, de una bioética.

Toda ética culmina en una moral de la responsabilidad: somos moralmente responsables de nosotros y de los demás.

Carlos Fuentes

Interculturalidad y género

En cualquier sociedad coexisten un sinnúmero de miradas acerca de la realidad que están determinadas por las características propias de su cultura y su desarrollo técnico, la clase social, la edad, la asociación gremial entre muchos otros factores.

Una de estas miradas, que es la primera identidad que se forma en el individuo desde su infancia temprana, es la del género.

Y ¿cuál es la relación concreta entre cultura y género?

Según Sayavedra y Flores, habría dos líneas de explicación:⁵⁸

La primera explica la categoría de género como una construcción cultural. El sexo y el género muchas veces se utilizan como sinónimos; así, se habla de sexo femenino o masculino o de género femenino o masculino. Sin embargo, la categoría “sexo” se refiere a nuestras características biológicas que nos distinguen orgánicamente como hombres y como mujeres y, en cambio, por género se comprende al conjunto de ideas, creencias y representaciones que sobre las mujeres y hombres construyen las diversas sociedades y culturas del mundo.

Incluye la identificación, comportamientos, prácticas, aspiraciones, roles y relaciones sociales entre éstos, generalmente desiguales y jerárquicas, y que son resultante de los enfoques en la educación y cultura de la sociedad.

De esta manera, la forma de entender el papel y los roles de la mujer y del hombre cambian con la historia, la etnia, la ubicación geográfica y el sistema socioeconómico.

Sin embargo, en la mayoría de las sociedades occidentales esta percepción se ha “naturalizado” y se posiciona y reproduce este modelo como natural y lógico, reforzando, además, que estos roles tienen una relación directa con la biología. La comprensión de lo que somos y debemos ser como hombres y como mujeres se recibe desde la niñez temprana a través de la educación familiar, comunitaria y escolar.

La segunda línea de explicación de la relación entre cultura y género señala que en nuestra sociedad se ha conformado históricamente un orden que marca una desigualdad de roles, oportunidades y manejo del poder a favor del hombre sobre la mujer.

58 G. Sayavedra-Herrerías, E. Flores-Hernández (compiladoras). Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?. Del malestar y enfermar al poderío y salud. México, DF: Red de Mujeres A.C; 1997.

A este orden social se le conoce como “Patriarcado”. Esta forma desigual en la que se vive la realidad, ha conformado percepciones del mundo diferentes y a menudo contrapuestas imponiendo la perspectiva y visión del hombre en la mayor parte de las actividades humanas.

Esto es conocido como “androcentrismo” y ha impregnado campos como la religión, la política, la producción, la ciencia y los servicios de atención a la salud; se refleja además en tratos discriminatorios y violación de los derechos sexuales y reproductivos que las mujeres y en especial las mujeres indígenas, enfrentan continuamente en los servicios de salud; situación que obligó a que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitiera una recomendación al respecto.⁵⁹

Por otra parte, ser hombre o mujer implica distintos riesgos y oportunidades para enfermar y/o restablecer la salud, razones por las que se consideró oportuno incorporar la categoría de género y las actividades de difusión en la propuesta intercultural en salud.

Consideramos que la perspectiva de género debe ser integral en los planes y programas de formación del personal de salud. Su ausencia genera errores y problemas muy graves en la relación del personal de salud sobre todo con las mujeres. Consideramos que abordarla desde la interculturalidad en salud facilita su comprensión y sensibiliza al personal y al usuario, además que la enmarca en un contexto integral más amplio.

Cultura y adicciones

El análisis de las problemáticas de salud que conllevan un fondo social importante, puede revitalizarse y señalar nuevas facetas al incorporar su mirada desde los aportes que la interculturalidad y la cultura pueden ofrecer. Es el caso de las adicciones.

Las adicciones son elementos que se vuelven indicadores de las sociedades que están perdiendo o han perdido sus sentidos colectivos, muchas veces problemáticos en razón de ser de sus formas de organización y sustentación y que, sustraídas de los elementos que les dan cohesión e identidad, buscan el equilibrio perdido en elementos externos a sus propios recursos e identidades culturales.

Considerando que las causas por las que surgen las adicciones son multifactoriales, desde la perspectiva cultural del prestador de los servicios de salud, es común que se subrayen los efectos nocivos del alcohol, del tabaco y de otras drogas, utilizándolos como los argumentos de base contra las sustancias adictivas. Sin embargo, este recurso ha mostrado limitaciones en el combate contra las adicciones al desestimar los elementos que son valorados por los consumidores como los “beneficios”, aun sin ser explícitos, que aportan al consumidor el uso de estas sustancias.

La cultura participa en favorecer condiciones que propician el consumo y abuso de sustancias adictivas como el alcohol, el tabaco y los estupefacientes. La pérdida y búsqueda del “sentido” y la identidad cultural propician el consumo, abuso (uso nocivo) y la adicción de sustancias adictivas como la comida, el alcohol, el tabaco y los estupefacientes.

59 Recomendación 46/2002 del 6 de diciembre de 2002, referente a las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas, respecto a la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar. Informe de Actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2002. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, pp. 158-161. México 2002.

Podemos agrupar los mecanismos culturales en tres tipos:

1. Funciones socioculturales que cumplen el alcohol, el tabaco y otras drogas

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, no sólo se explica por su sabor, de hecho, muchos productos son amargos poco atractivos al sentido del gusto, comparados con otras bebidas, entonces el sabor por sí solo no explica el origen de las adicciones, existen otros elementos que influyen en el uso nocivo, que es importante entenderlos en su justa dimensión.

Estas sustancias se consumen por su significado cultural. El uso del alcohol, del tabaco y otras drogas puede facilitar la relación interpersonal. En algunas circunstancias, permiten conocer y facilitar el “hacer amigos” y cierta desinhibición emocional. En este contexto, son elementos que fortalecen la identidad de grupo, toda vez que permiten situaciones de mayor confianza con los amigos e incluso al interior de las familias, con la esposa, hijos, cuñados, etcétera.

En el caso de los varones, en nuestra sociedad contemporánea, el alcohol facilita exteriorizar emociones difíciles de identificar, reconocer y expresar desde etapas tempranas de la infancia dada la formación y educación represiva (machista) de nuestra cultura.

Así pues, podemos señalar que la población que consume estos productos percibe “ciertos beneficios” y cumple las siguientes funciones socioculturales:

- Fortalecer la identidad de grupo.
- Facilita exteriorizar emociones.
- Propicia hacer amigos.

2. El papel de la “transculturación” y de la “desculturación”⁶⁰

Por transculturación identificamos el proceso transitivo de los valores de una cultura dominada frente a una dominante, que implica la pérdida o desarraigo con el consiguiente olvido de prácticas, costumbres, valores y lenguaje.⁶¹ El término “desculturación” se refiere cuando este proceso alcanza a la pérdida de la lengua original.

Proponemos en este documento a la cultura como el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido;⁶² éste, al compartirse e identificarse con otras personas, genera identidades, que al ser “afectados” por procesos transculturales, se desencadena un proceso de pérdida de sentido; la pérdida del sentido, conlleva también una pérdida importante de la identidad, iniciando un proceso de des-ubicación social y “desajuste” emocional. La identidad es el saber quién soy. Es saber a quién soy semejante y a quiénes soy diferente, en una percepción de la interrelación con “el otro” u otros.

Al fragmentarse los elementos culturales que brindan el sentido, se produce un profundo malestar socio individual que en múltiples ocasiones condiciona el consumo de alcohol, de tabaco y de otras drogas como alivio y bienestar; esto refuerza una relación de dependencia y es así como el alcohol y las drogas se vuelven “medicamentos” de una enfermedad de la

60 A. M. García-Español, *Aculturación y comunicación en Hispanoamérica*. Mimeo.

61 *Idem*.

62 Esteva G. *Desafíos de la interculturalidad en México*. Mimeo.

cual los primeros síntomas son la tristeza y la depresión, producto de la pérdida del sentido e identidad cultural.

3. El proceso de “neoculturación”

Entendemos por neoculturación, la incorporación de nuevos elementos culturales de la cultura dominante con la consiguiente recomposición de la cultura originaria.

En el mundo contemporáneo las estrategias publicitarias de comercialización, producto del mercado, modernidad y patrones de consumo “construyen cultura”-, es decir, condicionan el comportamiento de las personas para “estimular” procesos de consumo y crear nuevas funciones, hábitos sociales y culturales. Es notorio como en distintos anuncios comerciales se asocian el alcohol y el tabaco con el placer, sexo, fiesta, alegría y amistad, asumiéndose como indicadores de prestigio social.

Esta “necesidad de comprar” condiciona en las personas una conducta de “compra compulsiva” que ante la dificultad económica de hacerlo condiciona una sensación de “malestar social” que propicia el uso de alcohol y otras drogas como “medicamento.”

El consumo de drogas cumple la función social de llenar vacíos, responder a la tensión social asociando a las drogas con el concepto de libertad, el placer, el sexo y la tranquilidad. La drogadicción aparece como símbolo de protesta, reto y respuesta a la angustia social, haciendo eco muy fácilmente en los sectores juveniles.

Por otra parte, la creación de la necesidad del uso de drogas ilegales prepara el terreno para la producción, distribución y comercio de las mismas, cerrando el círculo en un fenómeno “neocultural” denominado narcotráfico.

Con el narcotráfico se establece una serie de valores (supuestamente de solidaridad y progreso) que se superponen a los valores universales de la vida, la salud y la honestidad. Por esta razón, los fenómenos de la drogadicción y narcotráfico hay que atenderlos desde un enfoque cultural, para ubicar, entender y profundizar en los mecanismos sociales que favorecen su consumo, así como las funciones sociales que cubren. La propuesta de abordaje debe recuperar los valores de la honestidad, el compromiso, la solidaridad y la paz como elementos esenciales para el desarrollo armónico de la sociedad.

Estos tres mecanismos respecto a la función cultural de las adicciones y los mecanismos relacionados con la transculturación y neoculturación ayudan a entender las adicciones como fenómeno cultural.

Las adicciones y los servicios de salud

Las personas adictas, como cualquier otra persona, requieren acudir a los servicios de salud, no sólo para atenderse de su problema adictivo, sino para recibir cualquier tipo de atención.

En ocasiones, el personal de salud al enterarse de que el enfermo es alcohólico o adicto toma la actitud de no escucharlo, reduciendo las explicaciones y emitiendo expresiones de regaño, denigración, burla y desvaloración. Esta actitud margina y atropella al enfermo, que en parte, se explica por un sinnúmero de prejuicios que la población general tiene sobre las personas adictas, que hace responsable del fenómeno únicamente al individuo, ubicándolo como causante y no como resultante del proceso social de la adicción. Esto se manifiesta en el personal de salud hacia los enfermos alcohólicos, así como de otros con problemas de salud

como el VIH-sida, la obesidad y las enfermedades mentales. Estos prejuicios “moralizan” sobre el alcoholismo y las adicciones, categorizándolas como pecado, castigo y culpa personal, lo que dificulta abordarlas como enfermedad y como expresión de una problemática sociocultural, propiciando el surgimiento de barreras culturales entre el usuario y el prestador del servicio, que se traducen en tratos inadecuados y marginación hacia los “enfermos de adicciones.”

Para enfrentar las adicciones, además de las estrategias convencionales, proponemos estrategias interculturales frente a las adicciones:

1. Lograr la competencia cultural de los servicios de salud

Entender las adicciones como enfermedad y problemática sociocultural, no como castigo, culpa o pecado.

- Fomentar una relación que reconozca los elementos que contextualizan el comportamiento adictivo, con base en la identidad cultural; es decir, una intervención intercultural, de parte del personal de salud, hacia a los usuarios con adicciones y a los usuarios con enfermedades sujetas a prejuicios.
- Asumir las adicciones como enfermedad y problemática social y cultural, y no como castigo, culpa o pecado.
- Interculturalidad en los servicios de salud. Orientar al personal de salud con lineamientos de trato digno con los usuarios culturalmente diferentes y con quienes padecen enfermedades sujetas a prejuicios, con el fin de evitar y/o derribar las barreras culturales entre el personal prestador de los servicios de salud y la población usuaria de los mismos, estableciendo un ambicioso programa de sensibilización-capacitación.

2. Funciones culturales del alcoholismo

- Es necesario identificar las funciones culturales que cubren el alcohol y otras drogas, en cada lugar y grupo cultural, donde se pretende combatir las adicciones y con ello diseñar estrategias específicas de acción.
- Proponer procedimientos para satisfacer las funciones culturales que queremos suplir (hacer amigos, identidad de grupo, exteriorizar emociones, funciones rituales y comunitarias), con otras actividades diferentes a las adicciones. Tener cuidado en no excluir el alcohol y las drogas dejando vacíos. (Ejemplo, con el cierre de cantinas).
- También conviene conocer las singularidades culturales de las personas y del lugar para poder adaptar programas que han tenido éxito en otros contextos, como Alcohólicos Anónimos (AA).

3. Construcción de “sentido de identidad”

- Es importante comprender la función salvadora del alcohol y de las drogas frente al malestar profundo causado por la des-ubicación social y la pérdida de la identidad cultural.
- Para ello es importante apoyar procesos de revaloración cultural y de **construcción** de sentido, en especial con los jóvenes, niñas y niños, recordar la máxima que “El que no construye, destruye... o se autodestruye”. Las personas tienen la necesidad de ser reconocidas, ya sea con acciones positivas... o negativas.

4. Proyecto cultural

- Ante la definición de nuestra cultura por las leyes del mercado y la publicidad, es necesario definir un proyecto cultural y diseñar estrategias para construirlo.⁶³

Ante:	Promover valores de:
<ul style="list-style-type: none"> - La solidaridad coercitiva de las mafias sobre valores como la honestidad. - El placer por encima de todo. - La modernidad como motor de progreso. - La desesperanza. - La evasión ante la realidad. - Mi libertad sobre la libertad de otros. - El sexo como objeto de consumo. - La necesidad de acallar la angustia ante todo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Honestidad y solidaridad. - El valor del trabajo. - Valoración de nuestras culturas y tradiciones. - Construcción de salidas y esperanza. - La realidad se puede transformar. - Mi libertad termina donde inicia la de los demás. - El sexo como expresión de amor. - Participación y reconocimiento.

EDUCACIÓN SUPERIOR, INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Jaime Mas Oliva

Coordinador del Programa Universitario de Investigación en Salud de la Coordinación de la Investigación Científica, UNAM.

Las diferencias culturales de los pueblos actualmente empiezan a impactar en los espacios educativos superiores, modificando actitudes así como la práctica de muchos profesionistas que se encuentran egresando de sus aulas. De esta forma, la interculturalidad se vislumbra como un horizonte, ya no tan lejano, a partir del cual se podrán diseñar los programas sociales de formación e implementación de las muy necesarias políticas de salud en un plano de equidad.⁶⁴ Entre los múltiples aspectos que se pueden estudiar bajo esta óptica, la función que tiene la salud como base del desarrollo de la sociedad, es uno de los contenidos aún poco desarrollados en muchos de nuestros programas educativos. Desde el punto de vista de una perspectiva transcultural, el derecho a la salud se justifica en la convicción de que la educación en general, tiene que dar respuesta a las expectativas y necesidades de los ciudadanos de un país independientemente de su fondo cultural, y que la educación para la salud, en resumen, no puede eliminar el análisis de la reacción entre salud y cultura. Esta visión de reconocimiento a lo cultural, sin embargo, no involucra mecanismos de retroalimentación del análisis y apropiación comunitaria de las estrategias educativas, que provocan y estandarizan modelos “en cascada” que no reconocen

63 51 Un ejemplo es el proyecto cultural que se ha establecido en Palermo, Italia, contra la mafia, reconociendo que la lucha contra ella, más que una estrategia policiaca, debe ser una lucha cultural. -Leoluca Orlando. Presidente del Instituto para el Renacimiento Siciliano y ex alcalde de Palermo. De las masacres de la mafia, a la cultura de la legalidad. El papel de los medios de comunicación. El caso Siciliano. Palermo Italia: ed The Sicilians Renaissances Institute; 2002.

64 OMS (Organización Mundial de la Salud) 2002. Medicina tradicional: Necesidades Crecientes y Potencial. Serie Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS 2, Geneva: OMS.

la visión (equivocada o correcta, para su problemática específica) de la comunidad o grupo con la cual se le definen y ofrecen programas en donde sólo es objeto y meta de atención.

Un programa de promoción de la salud tiene que proponer el estudio de la relación entre las necesidades básicas individuales y el mantenimiento de la salud. Ahora bien, si las necesidades fundamentales del individuo corresponden al ámbito de la responsabilidad individual, la salud entra en el de la responsabilidad compartida por la comunidad. Es importante, por lo tanto, que los programas de educación superior recojan la necesidad de incidir no sólo desde una perspectiva transcultural de la salud, sino fortalecer e impulsar la participación comunitaria en el diagnóstico de salud, la definición de estrategias de intervención y la selección de los programas más adecuados, y donde la educación para la salud dirigida a profesionales de los diferentes ámbitos del conocimiento, bajo una revaloración de los aportes, posibles riesgos y acuerdos de apoyo, generados en encuentros donde la valoración de la participación ciudadana en condiciones de equidad y ejercicio de derechos ciudadanos en uno de los instrumentos clave.

La interculturalidad la debemos entender como la interrelación de culturas a partir de la multiculturalidad, concepto que si bien reconoce la diversidad, no propone elementos de interrelación; es decir, la multiculturalidad es simplemente la agrupación estática de culturas, por otro lado, la transculturalidad es la construcción de una nueva cultura a partir de esta multiculturalidad de facto, como ha sucedido en nuestros pueblos con el mestizaje. En nuestros días debemos de enfatizar que más que una mezcla biológica, nuestro mestizaje se trata de una mezcla de carácter cultural y social.

Como en la gran mayoría de los países latinoamericanos, la realidad sociocultural de México es pluriétnica. Nuestros grupos étnicos con diferencias socioculturales bien definidas se expresan de forma diferente en la cosmovisión: modo de vida, lenguaje y formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad y desarrollo. De tal forma, que con fundamento en las diversas características de la multiculturalidad, el derecho a la igualdad ante la ley deberá ser promovida para así lograr una relación de diálogo intercultural; es decir, el reconocimiento de lo multicultural es el antecedente de la interculturalidad, al identificar los elementos jurídicos, éticos y políticos que definen y promueven la interrelación, la coexistencia y la ciudadanía “entre iguales”.⁶⁵

Los servicios de salud bajo estas condiciones también se diferencian en las diferentes culturas a través de un proceso educativo, el cual puede estar fundamentado en el conocimiento occidental (medicina alopática), conocimiento tradicional (medicina herbolaria ligada estrechamente a diversos grupos étnicos), o de forma mixta donde se toma de ambas y que a su vez puede incorporar a diversas formas de medicina alternativa o complementaria.

En este contexto, el cuidado de la salud expresado a través del sistema médico occidental se ha establecido como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. Sin embargo, estudios realizados en organismos como la OPS y la OMS dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad reconocen las importantes dificultades al no considerar a la cultura dentro del proceso de atención a la salud.⁶⁶

65 OPS (Organización Panamericana de Salud), 1993. Resolución V “Salud de los Pueblos Indígenas”, en desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Salud de los Pueblos Indígenas, agosto 2002. <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO./indi1esp.doc>.

66 E. Berlin, C. Fowkes, Teaching framework for cross-Cultural Health Care. Mayfield Publishing Company, California, 1998.

Tomando en cuenta que nuestros grupos étnicos originarios a partir del contacto hispano-indígena y posteriormente secundario a la consolidación del Estado mexicano en el siglo XIX, han coexistido en el territorio nacional en una situación de subordinación de este grupo mayoritario, en el ámbito de la salud la existencia de este grupo dominante que representa los intereses de una sociedad mayoritaria, y muchas veces se contraponen a los conceptos de desarrollo y salud que poseen las culturas originarias de América Latina.

A esta situación de subordinación de las culturas indígenas, se agrega la ausencia de políticas favorables y de implantación de modelos de desarrollo que tiendan a un aprovechamiento real del conocimiento milenario de estas culturas. Por el contrario durante las últimas décadas hemos observado una globalización acelerada, la cual ineludiblemente nos ha acercado al conocimiento hegemónico. Esta situación se traduce en la existencia de una gran inequidad, así como una enorme brecha en las condiciones de vida y salud que presentan los pueblos indígenas en comparación con el resto de la población de una sociedad global.

En un contexto intercultural, es importante iniciar preguntándose qué entienden por equidad las culturas originarias de nuestra región. Ya que el concepto de equidad va siempre de la mano del desarrollo y de la salud de las poblaciones, es fundamental encontrar el equilibrio dinámico donde estos tres aspectos se tomen en cuenta. Podemos pensar en interculturalidad en salud como en la capacidad de movimiento equilibrado de los profesionales de la salud entre conocimientos, creencias y prácticas culturales respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. Cada día parece más necesario el desarrollo de una política intercultural en salud, tomando en cuenta que ningún sistema por sí es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población.⁶⁷ En vista de que la medicina tradicional es reconocida por muchas comunidades como una alternativa válida para el restablecimiento de este equilibrio, ésta, sus actores, sociales, usuarios y practicantes deberán tomarse en cuenta en el momento de tomar decisiones y favorecer una formación armónica en la que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.

Mientras las etnias deben ser consideradas como grupos culturales que tienen usos, costumbres y creencias particulares; el concepto de nacionalidad tiene pertenencia territorial, misma lengua, igual historia, similar origen y misión común. Una nacionalidad está constituida por “pueblos” y éstos por “comunidades”. Históricamente, cuando una nacionalidad se ha reconocido como madura y con el poder político suficiente, ha requerido tener un estado propio. En general, se suele definir a la nación como una comunidad históricamente desarrollada en tradiciones, cultura, lengua y objetivos comunes, y visualizada como unidad geográfica fundamental para su inserción en el desarrollo global.⁶⁸

Ahora bien, ¿de qué desarrollo estamos hablando? Para contestar esta pregunta parecería inaceptable la pretensión centralista de la llamada globalización que reconoce como cultura superior a la del norte, y a las otras (América Latina y África por ejemplo) como inferiores, con los cuales puede haber comunicación, se les puede estudiar, pero a las cuales no se puede tomar en cuenta dentro de la construcción de un nuevo orden mundial.

Tomás Villasante comenta en uno de sus escritos: “la comunidad no existe, lo que existe son redes sociales” y agrega que “la comunidad no existe como práctica, existe como ideal que

67 Helman, C.G., *Culture, Health and Illness*. Butterworth-Hheinemann, Oxford, 1994.

68 Hofstede, G., 1999. *Culturas y organizaciones*. Alianza Editorial, Madrid.

guía las acciones”. Las redes son procesos de identificaciones mas no identidades, donde los nodos son “actores sociales” o cualquier tipo de entidad social significativa (individuo, grupos, organizaciones, clases). Eduardo Galeano comenta en uno de sus excelentes escritos: “un pueblo sin historia siempre ha sido fácil de dominar”. Ahora bien, ¿cómo superar esta dominación? A este respecto, Juan Ramón de la Fuente ha comentado que a pesar de la mejora sustancial de los indicadores de calidad e impacto que ha tenido la educación superior en México, aún “falta algo” en la atención que le hemos dado a las humanidades, las artes y las ciencias sociales. La incidencia que otorguemos a estas importantes áreas permitirá que: “nuestros graduados tengan la capacidad de adaptarse a nuevos ambientes, impactando a la sociedad con trabajo realizado en equipos multiculturales para hacer frente a la diversidad étnica. Como educadores, tenemos que asegurar que nuestros estudiantes posean la capacidad intercultural, la ‘Competencia cultural o intercultural’ como se menciona en otros espacios de este libro, que les permita una interacción eficaz y adecuada a través de las culturas.”⁶⁹

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud en nuestras naciones, constituye el eje central dentro del análisis de los factores sociales que intervienen en el proceso de salud y enfermedad. Tomando en cuenta las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores, será posible entender por ejemplo: el nivel y características de las expectativas que cada quién tiene del proceso, los sistemas de medición con los que evalúa el resultado terapéutico; así, como las características puntuales de percepción de salud y enfermedad dentro de la interacción médico-paciente.

El desafío que enfrenta la educación superior de hoy “es educar a nuestros estudiantes y a nosotros mismos a ser mejores participantes mundiales capaces de comprender a otras personas en sus propios términos y al mismo tiempo, profundizar en el reconocimiento de nuestro propio patrimonio”.

El reto para los educadores en nuestros días es el diseño de programas educativos y de formación para la competencia intercultural, teniendo en cuenta el papel de los estudiantes, la preparación del profesorado y la capacidad de movimiento de ambos para fomentar y lograr un alto impacto producto de un modelo educativo concertado, considerando las especificidades y el marco de los derechos ciudadanos de los grupos culturales interactuantes. Dentro de este impacto se encuentra por ejemplo, el de reconocer a los sistemas de salud como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad. De igual forma, es fundamental la mejoría de los procesos de comunicación entre el paciente y el profesional médico, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje sino también al conocimiento de los mecanismos de acercamiento adecuados tomando en cuenta los importantes aspectos de interrelación cultura/sociedad de los pacientes.

En la actualidad podemos decir que las enfermedades no tienen fronteras, y por lo tanto, resulta difícil seguir pensando en éstas exclusivamente en términos locales sin tomar en cuenta de manera central la marginalidad y la pobreza. Ya que la desigualdad en salud global aparentemente puede poner en riesgo por igual a todos, diversos actores se preguntan ¿será este riesgo el único que permita cambiar la mentalidad y pensar en la salud de los pueblos en términos diferentes? De esta manera, solamente de forma secundaria al surgimiento de un potencial problema de seguridad global de salud, es que tanto a nivel nacional como mundial

69 7Bilbeny, 2002. Por una ética intercultural. Editorial Mediterránea, Barcelona.

parece vislumbrarse el despliegue de nuevas iniciativas desarrolladas contra el hambre y la pobreza, proceso directamente asociada al nivel educativo de los pueblos.

EDUCACIÓN INTERCULTURAL EN LA SALUD: RETOS PARA LAS UNIVERSIDADES INTERCULTURALES

Fernando I. Salmerón Castro

CGEIB/SEP

La diversidad cultural en México es innegable. Esto ha sido reconocido por el Estado Mexicano. A partir del año 1992, el Congreso de la Unión incorporó en la Constitución Mexicana el reconocimiento a la composición pluricultural de la nación y en 2009, el derecho de acceso a la cultura con atención a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones. Estas modificaciones al texto constitucional reconocen la composición pluricultural de la nación, el sustento original de esta formación nacional en los pueblos indígenas, garantizan su derecho de preservar sus lenguas, conocimientos y cultura, además de enunciar la obligación gubernamental de establecer políticas e instituciones para garantizar igualdad de oportunidades, eliminación de la discriminación y desarrollo integral con su participación activa.

A partir de 2011, la reforma más reciente de la Carta Magna eleva a rango constitucional los derechos humanos protegidos por los tratados internacionales ratificados por México. Adicionalmente, establece la obligación de todas las autoridades de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos; crea un catálogo de derechos que no podrán suspenderse en ningún caso, como derechos a la vida, a la integridad, de la niñez y el principio de legalidad y no retroactividad; ciudataniza la selección de titulares de organismos de protección de derechos humanos, fortalece la autonomía de las comisiones y establece la facultad de la Comisión Nacional de Derechos Humanos para ejercitar acciones de inconstitucionalidad contra leyes locales y federales que vulneren derechos humanos contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte. Se trata de una reforma de gran trascendencia cuyas consecuencias a penas comenzamos a ver.

A estas transformaciones contribuyeron el impulso internacional de los acuerdos promovidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO) al lado de los movimientos políticos y sociales de los pueblos indígenas. Estos últimos han reclamado, desde hace décadas, reconocimiento, respeto y equidad. La construcción de una nación multiétnica, pluricultural, multilingüe y democrática es todavía un anhelo que está lejos de alcanzarse al que debemos orientar nuestros pasos sin descanso.

En congruencia con los planteamientos anteriores, la política educativa del país asume hoy que la educación en y para la diversidad con un enfoque intercultural debe ser para todos los mexicanos y mexicanas, en los distintos niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional. Para ello, ha encomendado a la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe (CGEIB) la instrumentación de las acciones que contribuyan a la ejecución de este proyecto y hagan realidad la inclusión y reconocimiento de la diversidad que caracteriza al país. Con este propósito fue creada la CGEIB de la SEP en enero de 2001. Esta dependencia tiene la misión de contribuir a la construcción de una sociedad más justa y equitativa, mejorando y ampliando las

oportunidades educativas de la población indígena y promoviendo relaciones más igualitarias y respetuosas entre los miembros de distintas culturas.

La interculturalidad asume que la diversidad es una riqueza, de manera que se entiende no sólo como una necesidad, sino como una práctica virtuosa. Es la base que permite la comprensión y el respeto entre los miembros de diferentes culturas sin que cada uno de ellos pierda las particularidades que lo caracterizan. La CGEIB se ha propuesto que el sistema educativo en su conjunto impulse este cambio.

La escuela y sus acciones formativas deben encaminarse a que todos los mexicanos, hombres y mujeres, reconozcamos la importancia de la diversidad e impulsemos un trato digno y respetuoso con independencia de nuestra lengua materna y nuestras formas culturales. La unidad de todos los mexicanos tiene que darse gracias a nuestras diferencias y con base en ellas, no como alguna vez se pensó, con base en su desaparición.

En la CGEIB entendemos la interculturalidad no como la simple interacción humana entre sujetos con culturas diferentes. Se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales de múltiple vía, que buscan desarrollar una interrelación equitativa entre pueblos, personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes. Se trata de una interacción que parte del conflicto inherente a la multiculturalidad, de las asimetrías sociales, económicas, políticas y del poder, y promueve el establecimiento de nuevas relaciones equitativas entre las diferentes culturas que conforman el mosaico social nacional. El objetivo primordial de la interculturalidad es edificar un nuevo modelo de nación plural, que se enriquezca de la diversidad cultural de sus habitantes. En este sentido la interculturalidad es un anhelo, una meta por alcanzar. Se trata de un nuevo tipo de relaciones sociales que todavía no existe, en cuya construcción debemos concurrir todos los pueblos y culturas que integramos nuestro país.

La interculturalidad que proponemos supone, entonces, una serie de acciones orientadas al establecimiento de relaciones equitativas y respetuosas entre miembros de diferentes culturas y grupos sociales. Es una convocatoria al diálogo entre diferentes culturas, porque considera que sin diálogo y sin pluralidad, no es posible construir estas nuevas bases de equidad. Implica el reconocimiento del conflicto de tradiciones. No desconoce la existencia del conflicto: sabemos que las diferencias son fuente de conflicto en la medida en que plantean distintas visiones del mundo y diferentes formas de interpretar la realidad. Más bien sostiene que es posible alcanzar acuerdos sin renunciar a esa diversidad. Reconoce también el carácter conservador e interfértil de las tradiciones culturales: es más fácil llegar a acuerdos con quienes las diferencias no son tan profundas y encontrar alternativas simples es más sencillo dentro de una misma tradición cultural. Por lo mismo, sostiene que el diálogo y las relaciones de equidad deben basarse en el respeto de las lógicas diferenciadas de construcción de conocimiento, por lo que pretende la proyección de la cosmovisión de cada pueblo como saber originario, no fragmentado ni institucionalizado.

Como tarea educativa, este enfoque promueve un marco de relaciones que privilegia el respeto y la horizontalidad, una visión de las relaciones sociales que subraya el trato equitativo y respetuoso. En este sentido, se trata de una tarea pedagógica que propone el fomento de una educación orientada al respeto, la equidad y la colaboración. Esto involucra una serie de pasos previos de reconocimiento de la problemática y una serie de medidas prácticas de atención escolar.

Los pasos previos implican: tomar conciencia de la problemática que se genera cuando hay relaciones desiguales entre culturas; promover actitudes de respeto hacia las diferencias culturales y desarrollar formas de competencia intercultural; conocer estrategias pedagógicas para enfrentar la problemática y generar actitudes positivas hacia la diversidad; resignificar la interculturalidad como oportunidad, no como problemática, aun cuando haya que reconocer que es conflictiva y está sujeta a negociación.⁷⁰

Parfraseando a López Soria (2006) podemos afirmar que en contextos multiculturales, la interculturalidad se constituye en una idea regulativa o principio normativo que debería regir el comportamiento de los individuos, los colectivos sociales, las instituciones y los estados. No obstante, organizar la vida desde la perspectiva de la interculturalidad no es fácil porque “somos herederos de un mundo en el que han predominado el principio de la unidad y las estrategias de homogeneización”⁷¹

De ahí que, desde la CGEIB se haya promovido la definición de educación intercultural que considera el conjunto de procesos pedagógicos que tienen la intención de conducir la formación de personas capaces de comprender la realidad desde diversas ópticas culturales e intervenir en los procesos de transformación social con respeto y plena conciencia de los beneficios que conlleva la diversidad cultural. Es decir, pretendemos contribuir a la formación de personas que reconozcan su propia identidad cultural como una construcción particular y que, en consecuencia, acepten otras lógicas culturales en un plano de igualdad, que intenten comprenderlas y que sean capaces de asumir una postura ética y crítica frente a todas ellas. Esta tarea implica el reconocimiento y la dignificación de las culturas originarias, tanto para los pueblos indígenas, como para el resto de la sociedad mexicana.⁷²

La interculturalidad, desde esta perspectiva, implica el desarrollo de tres dimensiones que permitan construir el diálogo y la convivencia equitativa y respetuosa entre sujetos diferentes. Una dimensión epistemológica que postula que no existe un tipo de conocimiento único y superior a todos los demás. Por el contrario, sostiene que distintas formas de conocimiento deben articularse para conducir a una complementación de saberes, comprensiones y significados del mundo. Una dimensión ética que denuncia y combate los intentos totalizadores en cualquier ámbito social. Como corolario, sustenta el concepto de autonomía como la capacidad de elegir conforme a principios, fines y valores; así como el derecho de ejercitar esa elección con base en las creencias básicas que determinan las razones válidas, los fines elegibles y los valores realizables, mismos que pueden variar de una cultura a otra. Finalmente, implica una dimensión lingüística que considera a la lengua como el elemento central de

70 Saldívar Moreno, Antonio; Miriam Moramay Micalco Méndez, Elizabeth Santos Baca y Rocío Ávila Naranjo. (2004) “Los retos en la formación de maestros en educación intercultural. La experiencia de la Casa de la Ciencia en Chiapas”. Revista mexicana de investigación educativa (COMIE), Vol. 9, No. 020, enero-marzo, 2004. Pp. 109-128.

71 López Soria, José Ignacio. (2006) “Universidad y reconciliación con la diversidad cultural”. Ponencia presentada en el seminario “Estrategias de inclusión en la educación superior”, 22-23 mayo 2006. Fundación Equitas (Chile) e Instituto de Estudios Peruanos, auspiciado por la Fundación Ford. Publicado en Díaz-Romero, Pamela (ed), Caminos para la inclusión en Educación Superior. Lima, Fundación Equitas/OEI, 2006, pp. 174-189. Publicado en Internet: <http://www.scribd.com/doc/59558736/Universidad-y-reconciliacion-con-la-diversidad-cultural-Lopez-Soria-Jose-Ignacio>; revisado 24 de agosto de 2012.

72 CGEIB-SEP (2006) El enfoque intercultural en educación. Orientaciones para maestros de primaria. México, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, SEP.

la vida de un pueblo. Sostiene que la lengua es el vehículo fundamental de denominación y transmisión cultural por lo que es un elemento central en la construcción de la identidad de los miembros de un grupo y el desarrollo de su vida sociocultural. Defiende la necesidad de aproximarnos a una realidad lingüística nacional sustentada en un bilingüismo equilibrado y en un multilingüismo eficaz.⁷³

Con base en lo anterior, la Educación Intercultural Bilingüe se entiende como el conjunto de procesos pedagógicos intencionados que se orientan a la formación de personas capaces de comprender la realidad desde diversas ópticas culturales, de intervenir en los procesos de transformación social que respeten y se beneficien de la diversidad cultural. Esto supone que los educandos reconozcan su propia identidad cultural como una construcción particular y, por tanto, acepten la existencia de otras lógicas culturales igualmente válidas, intenten comprenderlas y asuman una postura ética y crítica frente a éstas y la propia. En el caso de México, esta tarea implica el reconocimiento y la dignificación de las culturas originarias, tanto para los pueblos indígenas como para la sociedad mayoritaria.⁷⁴

Un terreno específico de atención es el que se refiere a la educación superior y, particularmente a las instituciones dedicadas a la reproducción del conocimiento y a la búsqueda de innovaciones en este nivel educativo. El modelo de la Universidad Intercultural (UI) promueve incorporar expresiones lingüísticas y manifestaciones de las culturas y saberes de los pueblos indígenas en las funciones sustantivas de la universidad y en el corpus de la actividad científica. Este planteamiento subraya la importancia de incorporar el conocimiento tradicional de los pueblos originarios al desarrollo del conocimiento universal. Permite también contribuir al desarrollo de las tradiciones y sabidurías indígenas y cómo debería articularse la universidad con las comunidades para hacer posible este desarrollo.

Las UI pretenden revalorar los saberes de los pueblos indígenas y propiciar un proceso de síntesis con los avances del conocimiento científico, así como fomentar la difusión de los valores propios de las comunidades con el desarrollo científico y cultural contemporáneo. Esto tiene múltiples niveles, es la mayor fuente de diversidad en términos de creatividad y generación de propuestas, pero también es uno de los que ofrecen mayor complejidad.

¿Qué quiere decir esto en términos del tipo saberes que la Universidad Intercultural debe promover? Es necesario investigar, procurar la recuperación y la revaloración de estos saberes, pero también es necesario impulsar su desarrollo. Por tales razones, deben atenderse con cuidado distintas facetas de la interculturalidad:

- El reconocimiento y la aceptación de las diferencias;
- El reconocimiento de que se trata de un proceso conflictivo, de construcción de nuevas identidades con base en confrontaciones y negociaciones culturales que implica discusión y valoración de la diferencias que permita construir acuerdos y reglas de convivencia equitativa y respetuosa;
- La reafirmación de los propios valores y la consolidación de la identidad de las distintas comunidades a través del uso de su propia lengua y el cultivo de su tradición (en el sentido en el que usé este concepto antes);

73 CGEIB-SEP (2006) El enfoque intercultural en educación. Orientaciones para maestros de primaria. México, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, SEP.

74 CGEIB-SEP (2006) El enfoque intercultural en educación. Orientaciones para maestros de primaria. México, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, SEP.

- La construcción de un proceso de convivencia armónico sobre bases de trato equitativo y respetuoso de las diferencias;
- La construcción de una interrelación de saberes de diferentes culturas, de tradiciones diversas.

Las complejidades de este propósito derivan de tres necesidades centrales de atención: las lenguas, las culturas y los saberes diferentes. En lo que se refiere a las lenguas, es imprescindible abrir espacios para promover la revitalización, desarrollo y consolidación de lenguas y culturas originarias. Sólo mediante este desarrollo puede establecerse una comunicación pertinente de las tareas universitarias con las comunidades del entorno. Adicionalmente, sin embargo, es necesario pensar en estas universidades como espacios privilegiados para el rescate, cultivo y desarrollo de las propias lenguas originarias.

De ahí que podamos hablar de tres grandes desafíos: el que deriva directamente de la generación de conocimiento en la interculturalidad; el que deriva de la transmisión de conocimientos con bases epistemológicas diferentes entre diferentes; y el que representa el empoderamiento de los pueblos indígenas en el proceso de desarrollo de una educación superior pertinente y apropiada.

El desafío pedagógico se centra en una actividad académica de estudio y práctica basados en una conjugación de diferencias y similitudes de creencias, valores y patrones de vida de culturas distintas. Las bases del conocimiento científico contemporáneo están sólidamente ancladas en una forma de generar y validar este conocimiento, que forma parte de un conjunto de valores y formas culturales que derivan del conocimiento denominado occidental. No obstante, cada día es más evidente que es posible encontrar otros sistemas de creencias y pensamiento enraizados en otros conjuntos de valores culturales.⁷⁵ Una de las enseñanzas de este conocimiento es que el aprendizaje y el saber deben enlazarse sólidamente en el contexto de quien aprende (para esto deben verse los excelentes resultados del Bachillerato Intercultural y las Universidades Interculturales en México, particularmente para el aprendizaje de las matemáticas y las ciencias naturales). En suma, se trata de desarrollar nuevas miradas, nuevas lecturas, cambios en la relación enseñanza-aprendizaje, el rescate de la oralidad en la transmisión de conocimiento, el desarrollo de la escritura como forma de empoderamiento y la introducción de esquemas horizontales y colaborativos de transmisión de conocimiento.

El desafío epistemológico se enfrenta al rescate y desarrollo de sistemas de creencias y pensamiento enraizados en otros conjuntos de valores culturales menospreciados o invisibilizados por el conocimiento hegemónico. El trabajo académico de una Universidad Intercultural tiene que cumplir con varias funciones simultáneamente. Tiene que desarrollar el trabajo académico de cualquier institución de educación superior, pero además debe dignificar y propiciar el desarrollo del conocimiento de los pueblos originarios. Este conocimiento incluye elementos de la lengua, la tecnología y las artes prácticas, pero también de la cosmovisión y las propias formas de aprehender la realidad y de transmitir el conocimiento. De acuerdo con quienes han desarrollado estos modelos, se requiere asumir una perspectiva académica que dé cuenta de la unidad en la diversidad, la complementariedad, reciprocidad, correspondencia y proporcio-

75 Merriam, Sharan B. (Ed.) (2008) *Non-western perspectives on learning and knowing*. Malabar, FL, Krieger Publishing Co.

nalidad de los conocimientos, saberes, haceres, reflexiones, vivencias y cosmovisiones.⁷⁶ Este modelo asume el pluralismo como una forma de actividad intelectual que nutre todo el trabajo académico. Una consecuencia de ello es que se considera que no hay una única vía legítima hacia el conocimiento “científico” y hacia el logro de metas específicas, sino que existe una gama de opciones legítimas, aunque diversas.⁷⁷

El desafío político se centra en el empoderamiento de los miembros de los pueblos indígenas para gestionar su propio desarrollo. Desde la perspectiva de las culturas de los pueblos indígenas, es deber de las Universidades Interculturales impulsar su desarrollo económico, cultural y social preservando su identidad y con respeto a sus formas de vida. Para esto se proponen líneas de acción que subrayan tres ejes: el empleo de materiales y sistemas constructivos de la región en sus instalaciones, el desarrollo de formas armónicas a la vista e integradas al paisaje o a la arquitectura local tradicional y la proyección en el diseño de la simbología y tradiciones propias de los pueblos indígenas de la región.⁷⁸ Esto, sin embargo, no toca siquiera el punto central del empoderamiento de las comunidades. No se trata sólo de nuevas y relativamente grandiosas instalaciones, ni el contar con una escuela más (aunque sea una “escuela universidad”). Se trata de la posibilidad de retener a su inteligencia, de hacerla co-responsable de los cambios en la comunidad, de cultivar su propio conocimiento y de generar nuevas posibilidades de desarrollo sólidamente ancladas en las definiciones y necesidades de la comunidad.

Estos tres desafíos tienen consecuencias directas para todas las actividades del quehacer universitario. Como afirma López Soria (2006)⁷⁹, la universidad debe reforzar su papel histórico de herramienta de reconciliación con la diversidad cultural mediante la apropiación y el desarrollo de las cosmovisiones, saberes y conocimientos llamados “tradicionales”, así como los sistemas simbólicos, las formas y sistemas de organización social y la experiencia acumulada de relación con el entorno. La universidad debe ser taller de elaboración, transmisión y recreación de las diversas culturas y formas de vida del país.

Cada uno de los campos de conocimiento que cultiva la universidad debe acercarse a este ideal. Sin embargo, en algunos de ellos el trabajo es más arduo en la medida en que se relacionan con espacios rígidamente vigilados y reglamentados por actores significativos de la esfera pública. Uno de estos territorios es el de la atención a la salud, estrechamente custodiado por el Estado, las organizaciones profesionales de prestadores de servicios de salud y organismos internacionales de salud pública. Dadas estas condiciones, es imperativo preguntarse ¿Cuáles son las implicaciones de la perspectiva de las universidades interculturales para la atención de la salud?

76 Casillas, María de Lourdes y Laura Santini Villar. (2006) Universidad Intercultural, Modelo Educativo. Secretaría de Educación Pública, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, México, 2006.

77 Balbuena, Yoatzin. (2006:215) “Producción y Validación de Conocimiento en el Ciclo de Vida entre los Ódami: Aproximaciones desde la racionalidad”. Tesis profesional, de la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

78 Casillas, María de Lourdes y Laura Santini Villar. (2006) Universidad Intercultural, Modelo Educativo. Secretaría de Educación Pública, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, México, 2006.

79 Lopez Soria, José Ignacio. (2006) “Universidad y reconciliación con la diversidad cultural”. Ponencia presentada en el seminario “Estrategias de inclusión en la educación superior”, 22-23 mayo 2006. Fundación Equitas (Chile) e Instituto de Estudios Peruanos, auspiciado por la Fundación Ford. Publicado en Díaz-Romero, Pamela (ed), Caminos para la inclusión en Educación Superior. Lima, Fundación Equitas/OEI, 2006, pp. 174-189. Publicado en Internet: <http://www.scribd.com/doc/59558736/Universidad-y-reconciliacion-con-la-diversidad-cultural-Lopez-Soria-Jose-Ignacio>; revisado 24 de agosto de 2012.

En la relación específica entre saberes médicos en condiciones de multiculturalidad, es particularmente importante atender a las consecuencias de los tres desafíos. La medicina de una sociedad consiste de todas aquellas prácticas culturales, métodos, técnicas y sustancias inmersas en una matriz de valores, tradiciones, creencias y patrones de adaptación al entorno que proporcionan los medios para mantener la salud y prevenir o eliminar la enfermedad y las heridas de sus miembros. Esto significa que cada sociedad tendrá una forma de definir la salud y la enfermedad, inmersa en un complejo de valores, tradiciones y creencias desarrolladas con base en una cierta manera de entender el mundo y actuar sobre él. Tendrá también creencias, nociones y definiciones diversas sobre la naturaleza de la salud y la enfermedad, los agentes que causan la enfermedad, las formas en las que esta se transmite así como las calificaciones y el papel social de quienes la previenen, la curan o alivian.

Esto significa que cada sociedad tendrá también un aparato o sistema médico que le permita, como organización total que forma parte de la estructura social, organizar las tecnologías, el personal y los diseños institucionales que le hagan posible la práctica y la reproducción de su medicina. Este mismo aparato deberá contener un esquema de reproducción de estos saberes, así como su modificación e innovación de acuerdo con las necesidades cambiantes de los tiempos, los retos de la propia cultura y de las que la rodean. En el mundo actual, las sociedades complejas tienen un aparato generalmente custodiado por el Estado y supervisado por organismos de profesionales que protegen y regulan su práctica colegiadamente. Este esquema tiende a desarrollar formas hegemónicas de definición y atención al proceso de salud enfermedad. En los resquicios de este sistema se filtran formas de curación denominadas complementarias y alternativas.

Cuando tenemos como objetivo desarrollar competencias interculturales para la atención a la salud, no podemos únicamente avanzar hacia el reconocimiento de las diferencias para acomodar a “los diferentes” al sistema dominante. Es fundamental transformar el sistema para que reconozca las diferencias existentes y las necesidades de los usuarios con culturas distintas. Los participantes deben contar con competencias interculturales en tanto que conocimientos y habilidades generados para reconocer y respetar las diferencias entre quienes provienen de tradiciones culturales diferentes, para que no se constituyan en “barreras culturales” que fomenten el prejuicio y la discriminación. Los profesionales de la salud deben contar con una formación que les permita desarrollar acciones específicas en las actividades donde intervienen como profesionales, a fin de mejorar la calidad de los servicios y el impacto de las intervenciones institucionales, bajo el marco del respeto a los derechos humanos, de género y de diversidad cultural.

Como bien ha señalado Almaguer, Vargas y García,⁸⁰ las organizaciones *interculturalmente competentes*:

1. Informan acerca de los servicios que brindan y requisitos para obtenerlos y dispone un mecanismo para recuperar opiniones, sugerencias y quejas.
2. Adecuan sus diseños, espacios físicos y mobiliario a las necesidades de sus integrantes y usuarios.

80 Almaguer, José Alejandro, Vargas Vite, Vicente, García Ramírez, Hernán. (2010) *Plan de actividades para la constitución de una organización “Interculturalmente Competente”*, Mimeo, Secretaría de Salud-Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud-Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Febrero 2010.

3. Adecuan sus mensajes orientadores específicos a la situación de sus usuarios, en lenguajes o idiomas específicos si son requeridos por las características de la región.
4. Cuentan con un módulo de traducción si el porcentaje de población indígena es significativo.
5. Promueven la oferta de servicios interculturales.
6. Promueven ambientes positivos de atención a los usuarios.
7. Cuentan con personal técnicamente capacitado.
8. Conocen y reconocen la diversidad cultural de la población.
9. Reconocen la existencia de diferentes códigos de interpretación de la realidad en los distintos grupos.
10. Promueven actitudes respetuosas y de servicio.
11. Consideran las expectativas de los usuarios respecto a la calidad de la atención.
12. Promueven actitudes respetuosas y de servicio que consideran las expectativas de los usuarios respecto a la calidad de la atención de acuerdo con:
 - a. diferencias de género,
 - b. preferencias sexuales o religiosas,
 - c. edad, particularmente cuando se trata de niños y ancianos,
 - d. necesidades especiales de personas con discapacidades,
 - e. necesidades de pacientes con enfermedades estigmatizantes,
 - f. etnicidad del usuario,
 - g. otras minorías.
13. Fomentan la participación social de los usuarios y de proveedores de otros modelos de atención a la salud.

Sin embargo, deben mantener en todo tiempo abierta la consideración de que la competencia intercultural no puede reducirse a abrir espacios para quienes son diferentes, sino que debe construir a partir de las diferencias un esquema de atención flexible y diverso que permita acceder a los servicios sin que el usuario deba sacrificar su forma de ser, sus valores, sus creencias, su visión del mundo y su manera de actuar sobre él.

El gran desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales de los usuarios, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas. En consecuencia, estos autores consideran que es necesario desarrollar estrategias que articulen e integren distintos enfoques de salud. Estas deben darse, por lo menos en dos niveles: “el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas” y “el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción”. Consideran que este último nivel es más complejo, porque “implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad.” Se trata, entonces, de un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, “pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad.”⁸¹ De acuerdo con estos autores, es imprescindible desarrollar dos grupos de estrategias: 1) “las estrategias de comunicación intercultural” que

81 Alarcón M., Ana M, Aldo Vidal H. y Jaime Neira Rozas. (2003-1064) “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”, Revista Médica de Chile, No. 131, pp. 1061-1065.

se establecen a nivel de las acciones en salud, promueven una mayor comprensión de las expectativas de los distintos actores mediante un proceso compuesto de cinco elementos: ‘escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar’” e implica que los profesionales deben estar abiertos al diálogo y conocer la cultura médica de sus pacientes. 2) el “desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales” que consisten en “aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge” y negociar “cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo con la confianza y la adherencia al proceso terapéutico”.⁸²

Estas dos vetas de trabajo requieren desarrollar especialistas con bases disciplinarias distintas. Por una parte se requiere reformar el esquema de formación de los profesionales de la salud para que sean capaces de ser interculturalmente competentes, como señala Almaguer. Incluyo aquí brevemente dos ejemplos de expertos que han intentado desarrollar este esquema, desde la antropología médica y desde la formación de personal médico.

En lo que se refiere a los retos de la interculturalidad en salud, Sergio Lerín (2005)⁸³ establece claramente algunos puntos: barreras lingüísticas y de comunicación en la relación entre pacientes e instituciones de salud, particularmente cuando aquellos son indígenas. El idioma es una primera barrera: sólo en contadas ocasiones el personal médico habla la lengua de los pacientes y no existen traductores, ni un vocabulario básico que deban dominar en lenguas indígenas, que permita disolver esta barrera. Otra es el lenguaje utilizado por los médicos, que imposibilita la empatía y no favorece la confianza entre paciente y proveedor de servicios médicos. Esta barrera se complica aún más por la falta de claridad en las explicaciones de los proveedores de atención médica sobre la necesidad de algunas intervenciones como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete y otros procedimientos invasivos. Médico y paciente no sólo hablan idiomas diferentes, sino que tienen visiones del mundo distintas y a menudo contrapuestas. Todo ello provoca resistencia de los usuarios indígenas al uso de algunos servicios de salud, sobre todo cuando se trata de ciertos padecimientos o síndromes de filiación cultural. Es evidente la desconfianza, basada en la experiencia personal y socialmente generada por el choque entre nociones divergentes del proceso salud-enfermedad-atención. Por otro lado, el personal de salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad. Lerín (2005)⁸⁴ sostiene que estas diferencias pueden superarse mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia de capacitación del personal de salud que lleve a modificar las percepciones, los valores y, sobre todo, las prácticas del trabajo de este personal cuando atienden población culturalmente diversa.

82 Alarcón M., Ana M, Aldo Vidal H. y Jaime Neira Rozas. (2003-1064) “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”, Revista Médica de Chile, No. 131, pp. 1061-1065.

83 Lerín, Sergio. (2005) “Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social”, I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina. Publicado en Internet: http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf Revisado el 15 de agosto de 2012.

84 Lerín, Sergio. (2005) “Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social”, I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina. Publicado en Internet: http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf Revisado el 15 de agosto de 2012.

En otros países se ha insistido también en la necesidad de formar a los profesionales de la salud con un enfoque intercultural.⁸⁵ A partir de esta propuesta, se han formulado cambios al currículum para preparar a los estudiantes de medicina para atender a pacientes de diversos orígenes culturales, que les permita reconocer y atender adecuadamente sesgos raciales, culturales y de género derivados de estas diferencias. Betancourt sostiene que, a pesar de los cambios instrumentados en este terreno aún deben desarrollarse estrategias para evaluar el impacto de estos cambios curriculares. Su texto analiza la educación intercultural y describe un marco para la evaluación de los estudiantes que se centra en estrategias para evaluar actitudes, conocimiento y habilidades junto con el impacto de los cambios curriculares. De acuerdo con este autor, el entrenamiento en medicina intercultural puede dividirse en tres aproximaciones conceptuales centradas en actitudes, conocimiento y habilidades. Cada una de ellas tiene un papel crucial, pero es incapaz de llevar a cabo su tarea sin el concurso de las otras dos.⁸⁶

La primera reúne actitudes, conciencia y sensibilidad del que proporciona la atención. Como elementos básicos del profesionalismo debe reunir: humildad, empatía, curiosidad, respeto, sensibilidad y conciencia de todas las influencias externas sobre el paciente. El propósito es incrementar la conciencia del impacto que desempeñan los factores socioculturales en los valores que atribuyen a la salud cada paciente, sus creencias y comportamiento, así como en la calidad del servicio y sus resultados. Para ello es necesario explorar y reflexionar sobre la cultura, el racismo, el clasismo, el sexismo, y otros factores sociales. Estos factores se discuten desde las perspectivas culturales del paciente y del proveedor de atención, así como de la forma en la que pueden tener un impacto sobre las decisiones clínicas. De ahí la importancia de la curiosidad, la empatía y el respeto en el encuentro médico.⁸⁷

La segunda tiene como punto focal el incrementar el conocimiento que tiene el proveedor de los temas de la diversidad cultural. Por una parte, se analizan y critican los límites de enfoques previos que buscaban unificar las características culturales de los grupos, basadas en generalizaciones burdas y estereotipos. Por otra parte se pretende enseñar métodos de evaluación comunitaria y factores basados en evidencia empírica. Estos incluyen la incidencia/prevalencia de ciertas enfermedades entre determinados grupos, la etnofarmacología y los factores históricos que podrían dar forma a los comportamientos relacionados con la salud.⁸⁸

Finalmente, la tercera aproximación que se incluye en la formación se aboca al desarrollo de habilidades y herramientas para los proveedores de salud. Se procura una instrucción orientada a los procesos se emplea para combinar la entrevista médica y las habilidades comunicativas con herramientas socioculturales y etnográficas de la antropología médica. Estas últimas incluyen perspectivas para elicitar el modelo explicativo del paciente, o la conceptualización de la enfermedad este tiene, métodos para evaluar su contexto social y estrategias de nego-

85 Betancourt, Joseph R. (2003) "Cross-cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation", *Academic Medicine*, Vol. 78, No. 6, pp. 560-569

86 Betancourt, Joseph R. (2003) "Cross-cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation", *Academic Medicine*, Vol. 78, No. 6, pp. 560-569

87 Betancourt, Joseph R. (2003) "Cross-cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation", *Academic Medicine*, Vol. 78, No. 6, pp. 560-569.

88 Betancourt, Joseph R. (2003) "Cross-cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation", *Academic Medicine*, Vol. 78, No. 6, pp. 560-569.

ciación proveedor-paciente que faciliten la toma de decisiones con la participación de ambos. En este terreno, la base para atender pacientes de poblaciones diversas se establece mediante el desarrollo de marcos basados en la entrevista y el diálogo.⁸⁹

El trabajo que hemos descrito requiere, no obstante, de un complemento muy importante: el de acciones y actividades que materialicen la interacción entre medicinas a partir del desarrollo de saberes menospreciados y discriminados por la medicina hegemónica. Es esta la base para comprender los conceptos de salud, enfermedad y atención definidos por las propias comunidades de usuarios desde sus acervos culturales y las condiciones materiales en las que viven. Con este conocimiento puede abrirse un diálogo significativo con el saber médico o biomédico construido globalmente y aplicado de manera hegemónica. Para esta tarea, las universidades interculturales están particularmente bien dotadas.

89 Betancourt, Joseph R. (2003) "Cross-cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation", *Academic Medicine*, Vol. 78, No. 6, pp. 560-569.

Capítulo 2

INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES

José Alejandro Almaguer González, Vicente Vargas Vite, Hernán José García Ramírez, Horacio Domingo Jardón Quevedo, Francisco Pimienta Luna y Noemí Lugo Maldonado

La salud en los pueblos indígenas

En el caso de la salud, los indígenas eran visibles indirectamente para las estadísticas;⁹⁰ a partir del año 2010 se integran tres variables⁹¹ en el sistema de información de egresos de hospitales (SAEH) y a partir del 2014 para algunos casos de vigilancia epidemiológica, lo que nos está permitiendo visibilizar los servicios que se les otorgan, así como visibilizar un panorama epidemiológico específico para ellos.

Por otra parte, con fundamento en los registros de la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica, conocemos con mayor certeza el panorama epidemiológico específico de morbilidad y mortalidad en los municipios de 70% de Población Indígena:

10 primeras causas de enfermedad 2010	10 primeras causas de mortalidad 2009
1.- Infecciones Respiratorias Agudas	1.- Enfermedades de Corazón
2.- Infecciones Intestinales por otros organismos y las mal definidas	2.- Tumores Malignos
3.- Infecciones de vías urinarias	3.- Diabetes Mellitus
4.- Ulceras, gastritis y Duodenitis	4.- Enfermedades del Hígado
5.- Amibiasis Intestinal	5.- Accidentes
6.- Gingivitis y Enfermedades Periodontales	6.- Enfermedades Cerebrovasculares
7.- Otitis Media Aguda	7.- Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
8.- Conjuntivitis	8.- Neumonía e Influenza, EPOC
9.- Candidiasis Urogenital	9.- Bronquiectasia, enfisema y asma
10.- Ascariasis	10.- Insuficiencia Renal

Fuente: morbilidad 2010, en municipios de 70% de Población Indígena. Perfil Epidemiológico de los Municipios Indígenas en México, SINAVE 2010. Edición 2012.

90 Epidemiología. Información epidemiológica de morbilidad 1984-2003. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.

91 Autoadscripción, Habla o entiende una lengua indígena y se considera indígena a todos los menores de 5 años que vivan con una persona que este en las categorías anteriores.

México ha mantenido un descenso sostenido de la mortalidad desde 1930; sin embargo, existe un diferencial en cuanto al riesgo de morir por ser indígena, en comparación con la población general, que también ha ido en descenso. En 1995 la esperanza de vida al nacer se calculaba en 69.5 años, mientras que para el resto de la población era de 73.7 años. Esta diferencia equivalía a un nivel de mortalidad 30% superior en los indígenas, siendo más marcada en las mujeres (36%), que en los hombres (25%).⁹² De acuerdo con las estimaciones del CONAPO,⁹³ en el 2000 la esperanza de vida al nacer de la población indígena subió a 74.2 años, mientras que para la población indígena avanzó a 72.1 años. Esto significa una mejoría importante, aunque pervive un diferencial que refleja la existencia de condiciones de vida inequitativas.

Con la información disponible sabemos que la población indígena crece a tasas superiores a la media nacional y que existe una mortalidad superior a la del resto de la población; la mortalidad en menores de cinco años de edad es un indicador que muestra muy claramente las condiciones de vida y salud y, mientras en ciudades mayores de 15 mil habitantes la mortalidad infantil era, en el año 2000, cercana a 30 por cada 1000 nacidos vivos,⁹⁴ en los municipios indígenas,⁹⁵ la tasa se manifestó en 55 por cada 1000 nacidos vivos; 5 en las regiones de la población de las etnias Nayeeri (Cora), Rarámuri (Tarahumara) y Wixárika (Huichol) la tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad fue de 89, 95 y 100 por cada mil nacidos vivos, respectivamente, determinado esto, además, por la dispersión de las comunidades y el aislamiento geográfico, circunstancias que tienden a mantener su exclusión.

El principal problema de nutrición de los niños y niñas indígenas menores de cinco años de edad es la desnutrición crónica,⁹⁶ que se expresa por retardo en el crecimiento (talla baja) en 44% de esta población, en comparación con el 17.7% tenido como promedio para el resto de la población nacional.⁹⁷ Otros importantes problemas de nutrición son la deficiencia de micronutrientes (vitaminas y minerales) y la anemia.⁹⁸

Problemática intercultural

De acuerdo con las estadísticas del INEGI,⁹⁹ la población registrada como hablante de lenguas indígenas es de 11, 132,562 indígenas en el país.

De la población afro-descendiente sabemos que existen 153 localidades, donde viven 117,563 habitantes, distribuidos en 32 municipios de 6 estados de la República, (Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Michoacán, Chiapas y Coahuila). Fuente: INEGI/CONEVAL 2010.

92 La Situación Demográfica de México. Consejo Nacional de Población. México, D.F., 1997.

93 Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas 2000 – 2010. Consejo Nacional de Población. México, D.F., 2005.

94 Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos indígenas 2001-2006, 14, 20, 30. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. México, D.F., 2001.

95 Municipios con 40% o más de población indígena.

96 J. Rivera-Dommarco, T. Shamah-Levy. Presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Salud Pública, Mex 2002; 44(2): 188-189.

97 Encuesta Nacional de salud, 1999 Instituto Nacional de Salud Pública, México. 1999.

98 Programa: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas 2001. Secretaría de Salud. México 2001.

99 XIII Censo General de Población y Vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Esto confirma las consecuencias de los procesos de desculturación y transculturación¹⁰⁰ que la modernidad ha apuntalado en las zonas indígenas en los últimos años y que se ha acelerado a través del impacto de los medios de comunicación. A esto se suman los efectos de los procesos de discriminación, racismo y subvaloración ya existentes desde décadas y siglos.

Considerando la cultura como el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido, se comprende que al afectarse la percepción del mundo por los procesos transculturales, en los valores y costumbres de los pueblos indígenas se desencadena un proceso de pérdida de sentido. Al perderse éste, también hay una pérdida importante de la identidad cultural, reforzando los procesos de desubicación social.

Los procesos de marginación y pobreza que los pueblos indígenas han sufrido históricamente han limitado sus recursos tangibles e intangibles para comprender y responder al avasallamiento. Si a esto se le suman los procesos de pérdida de sentido y de aumento de la desvaloración cultural que han sufrido, podemos percibir el impacto profundo en sus capacidades de supervivencia material y cultural.

Esto dificulta la comprensión y la acción ante los procesos que la sociedad y su modelo de desarrollo (lo cual incluye también la salud) extienden hacia los indígenas, con los cuales los transforman en muchas ocasiones en sujetos pasivos frente a los cambios sociales, económicos y culturales, violentando muchas veces sus costumbres y su identidad.

Estos procesos de discriminación se manifiestan en una serie de prejuicios hacia las costumbres y conocimientos de los pueblos indígenas, lo cual incluye su cosmovisión en salud y su modelo médico de atención a la salud. Como estos prejuicios no son considerados en el plan de formación del personal de salud, para analizarlos y neutralizarlos, favorecen la existencia y arraigo de las barreras culturales ya descritas.

Es común escuchar frases discriminatorias y agresivas por parte del personal de salud hacia la población indígena; diciendo que son sucios, cuando no se entiende la comprensión de la causalidad y prevención que poseen los diferentes grupos étnicos, y cuando no se toma en cuenta la falta de servicios, como en el caso del agua potable. Es frecuente entre el personal de salud que no entiende el papel preventivo que tienen algunas prácticas para evitar el desequilibrio entre el frío – calor que favorece la enfermedad. Entre la población campesina es común no lavarse las manos cuando están calientes por el trabajo, porque el agua puede enfriarlas desequilibrando el cuerpo y provocar “reumas”.

También es común escuchar la expresión de la falta de elementos científicos que sustenten la práctica y reconocimiento de la medicina tradicional. Estos juicios se realizan generalmente sin conocer a fondo la cultura indígena y la propia medicina tradicional, y sin tener conocimiento de las múltiples investigaciones científicas en torno a la herbolaria medicinal, así como de los aportes que la psico-neuro-endocrino-inmunología ha mostrado sobre el papel que las emociones ejercen a nivel del sistema inmunológico y endocrino y que pueden ser modificadas por los rituales de curación.

Estos prejuicios y conceptos alimentan barreras culturales presentes en el sistema de salud, los espacios de atención y los prestadores, perpetuando las actitudes de indiferencia, incom-

100 Ver apartado de La interculturalidad en la problemática de la cultura y las adicciones.

presión, dificultades en la comunicación y maltrato. Todo ello dificulta el acceso, y repercute en la insatisfacción en el uso de los servicios y la aceptación parcial de los servicios de salud.

En modelo convencional de atención a la salud se enfatizan los riesgos desde los factores químicos, biológicos y físicos, entendiendo como las principales causas de enfermedad a los microorganismos, las sustancias químicas tóxicas y los accidentes. Aunque se señalan también elementos emocionales, mentales y sociales, en la práctica médica casi no se toman en cuenta.

En el caso de las poblaciones de origen indígena, su cosmovisión cuenta con un amplio sistema de explicaciones sobre la causalidad de la enfermedad,¹⁰¹ el desconocimiento de parte del personal de los servicios ocasiona que la población se aleje de ellos al identificar, desde su perspectiva cultural y cosmovisión la presencia de una serie de peligros para la salud en los espacios y procedimientos terapéuticos y preventivos de los servicios y su personal de salud, mismos que éste no ve y no comprende desde su cosmovisión.

Algunos ejemplos:

En muchos centros de salud y hospitales es frecuente observar actitudes “normativas” por el personal de salud para quitar elementos como aldabas, pulseras y listones rojos, o bien cambiar al “derecho” la camisita que la madre del niño por razones que ella conoce se la pone al “revés”, la explicación que ofrece el personal de salud en especial el médico, es el seguimiento de normas de limpieza; este hecho es percibido por el usuario como situación grave que puede ocasionar desequilibrio y enfermedad, porque de acuerdo a su cosmovisión se le han quitado sus “elementos de protección”.

Es común que en los servicios de salud, a la mujer se le dé de alta el mismo o al siguiente día en que paso su proceso de parto, esto desde su percepción, es considerado como muy peligroso para ella, puesto que en los tres primeros días después del parto la mujer está todavía muy caliente y débil por la pérdida de sangre, por lo que la salida al fresco la puede enfermar seriamente, de hecho ellas asocian un tipo de “cefalea” derivado de esta situación; por ello aun en las ciudades es común observar a las mujeres que se van de “alta” posparto y que salen del hospital cubiertas con mucha ropa, aunque ese día haga calor.

La sala de expulsión se considera “fría” por el espacio y diseño abierto, por el metal de la cama obstétrica, por los aditamentos y equipos de hule que se le pone por debajo a la mujer y porque no utilizan ni cobijas ni anafres para calentarla a ella y a la habitación, situación que les inhibe el trabajo de parto, además de ponerlas en riesgo de enfermar. Las mujeres en trabajo de parto y/o sus familiares refieren que estas salas son “frías” lo que inhibe las contracciones, dificultando el parto, además del riesgo de enfermar y/o morir de la parturienta y/o el recién nacido. En algunas regiones indígenas, como Chiapas, los habitantes indígenas se refieren a los centros de salud como “las casas frías.”

Esta situación que contrasta con las características del cuarto donde tradicionalmente se atienden los partos en su casa y/o en el de la partera en el cual abundan la madera,¹⁰² las frazadas, y se usan el anafre cuando el clima es frío, los masajes preparto que “calientan” y ayudan en las contracciones, disminuyendo el dolor y la angustia.

101 Ver el apartado sobre el Sistema Médico Tradicional en el capítulo de Medicina Tradicional.

102 El metal y el hule se consideran fríos, mientras que la madera, el algodón y la lana se consideran calientes.

La posición durante el parto es también importante, para la gran cantidad de mujeres indígenas las posiciones vertical, en cuclillas, parada o sentada, facilitan la “bajada” y salida del niño, esto, además de que facilita las contracciones, se comprende que es más fácil pujar hacia abajo, en contraste con la posición de “acostada” que se acostumbra en los servicios de salud, posición que disminuye las contracciones, dificulta el pujido, alarga el trabajo de parto, aumenta los dolores, el cansancio de la madre y favorece las complicaciones.

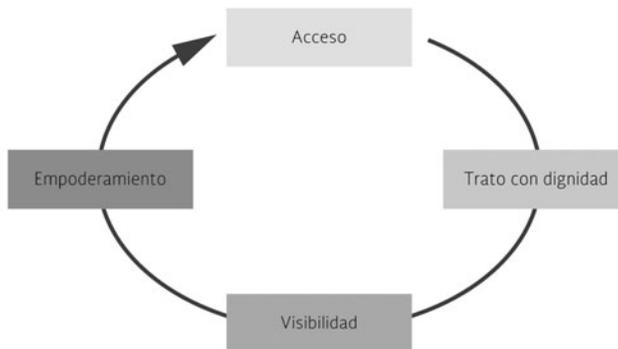
Cuando la atención de parte del personal es “fría” y humillante,¹⁰³ con burla, regaños y maltrato, en muchas regiones del país se dice que la parturienta puede hacer “corajes” que inhiben las contracciones, dificultando el parto y enfermado de “derrame de bilis”, que puede pasar incluso al niño a través de la leche. Lamentablemente estas conductas son frecuentes en los servicios de salud, no son sancionadas y casi nadie hace nada por evitarlas.

Todo esto por supuesto, produce alejamiento de los servicios, ante el cual es común que el personal de los servicios reaccione con extrañeza.

El desconocimiento de parte del personal de salud de la percepción del origen de la causalidad de enfermar y/o morir que posee la población usuaria, impide establecer puentes de comunicación entre ambos, lo que impacta además de la calidad de la atención, en la eficacia de las estrategias educativas y de promoción de la salud.

Cuando se logra abordar el enfoque de riesgo tomando en cuenta la perspectiva cultural de la población usuaria: surgen menos errores en los procesos de atención médica, se logra mayor eficacia clínica en el diagnóstico y tratamiento, se alcanza un mayor impacto de las acciones educativas, se da un enriquecimiento mutuo y se incrementa la satisfacción de las y los usuarios y del personal que presta los servicios de salud.

En este marco, considerando la diversidad cultural y epidemiológica de estas poblaciones, a partir de este sexenio 2013–2018, se impulsa un Modelo intercultural de atención a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes, congruente con las estrategias del actual gobierno federal respecto a las acciones institucionales, enmarcadas en el tema II de México Incluyente, en su estrategia 2.2.3 en el que se propone fomentar el bienestar de los pueblos y comunidades indígenas, reconociendo que nuestro país debe su riqueza cultural y su carácter distintivo a la herencia de sus pueblos originarios, este modelo basa su intervención en 4 grandes estrategias:



¹⁰³ Como la expresión muy común en hospitales de todo el país durante la atención a mujeres en trabajo de parto: “¿Verdad que hace nueve meses no le dolía?”.

En el caso de la población afrodescendientes, se han ignorado y silenciado, aunque siempre han estado presentes, situación que atentaba contra los derechos sociales, culturales, lingüísticos, humanos de estos ciudadanos, lo que trae como consecuencia la falta de diagnósticos entre otros el de salud y estudios actuales sobre las características de estas poblaciones.

Este modelo propone trabajar en un enfoque de “Redes funcionales de flujo real de pacientes” a fin de resolver la problemática de la referencia y contra referencia de pacientes que requieran traslado y atención integral oportuna, fundamentada en el enfoque de sistemas, que responde a las dificultades y barreras que existen para articular los servicios como un sistema integrado, que incluye la comunicación telefónica y/o por radio, transportación segura y pertinente, así como los sistemas administrativos y de apoyo. Se diseñó inicialmente para poblaciones indígenas, pero se puede aplicar en cualquier región del país.

Parte del reconocimiento a las propuestas de los diferentes tipos de redes diseñadas y operadas por la Secretaría de Salud bajo diferentes criterios. Parte de reconocer e involucrar a todos los actores participantes de una red en una región determinada para identificar las debilidades, fortalezas y elaborar propuestas conjuntas para resolver los problemas.

El objetivo es articular los procesos, programas, acciones y niveles de atención en las regiones indígenas, que permitan el acceso efectivo hacia los servicios de salud de parte de la población indígena y afrodescendiente, en especial de los casos que requieren de una atención inmediata y oportuna.

Involucra y anima la participación de todos los actores comunitarios, personal médico y directivo de centros de salud, hospitales, jurisdicciones y de diferentes organizaciones e instituciones del SNS, que tienen que ver con la atención y traslado de pacientes, incluye a las auxiliares de salud, parteras y terapeutas tradicionales, así como autoridades locales y municipales.

Indicadores interculturales: miradas indígenas a la calidad de la atención médica

“Antes yo creía que había que tratar a la gente como yo quisiera que me traten a mí, pero con el enfoque intercultural ahora entiendo que no se trata de eso, sino de tratar a los demás... como ellos desean que los traten a ellos.”

Roger Borges Arceo. Promotor yucateco

Existen muchos señalamientos respecto al impacto clínico y educativo derivado de la falta de formación al personal de salud para la comprensión de la cosmovisión y cultura de la población en zonas indígenas. También es común escuchar otros comentarios respecto a la insatisfacción de los usuarios indígenas por la manera como se imparte la atención médica.

Esto se encuentra evidenciado en un documento conocido como “Declaración Tzotzil de la Salud”, elaborado durante el 1er. Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas”, llevado a cabo en 1974 en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Los participantes expusieron lo siguiente:

“Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo. Ignoran nuestra lengua, no conocen nuestras costumbres y sienten un gran desprecio por el indígena.”

En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor; y así, aunque sea buen médico no nos puede curar. Por eso no les tenemos confianza. Asimismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera”.

“Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos, somos de segunda categoría”.

“Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores”.

“Proponemos que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile y eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor”.

“Que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes. Que se acabe la discriminación”.

“Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales”.

“Hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua”.

Con base en lo anterior, la Secretaría de Salud llevó a cabo un proceso de escucha en diversas poblaciones indígenas, para conocer su percepción acerca de la atención médica, así como su particular concepción de la calidad de los servicios desde su cosmovisión. Resultado de este proceso es la conformación de un grupo de indicadores desde la percepción poblacional indígena.

Se partió de una investigación participativa realizada con grupos indígenas nahuas del estado de Veracruz, con el nombre de: “Construcción de indicadores de calidad a partir de la percepción poblacional indígena para su incorporación en la operación de los servicios de salud¹⁰⁴ se seleccionaron 10 indicadores que se presentaron a diversos grupos indígenas del país de los estados de Michoacán, Chihuahua, Campeche, Chiapas, Jalisco, San Luis Potosí, Puebla y Oaxaca, enriqueciéndose y ponderándolos. Posteriormente se tomó en cuenta otra propuesta llamada Desarrollo de indicadores de calidad de la atención con sensibilidad intercultural: servicios de salud en poblaciones indígenas.¹⁰⁵ En la selección de los seis indicadores finales participaron las Direcciones Generales de Calidad y Educación en Salud y de Planeación y Desarrollo en

104 “Construcción de indicadores de calidad a partir de la percepción poblacional indígena para su incorporación en la operación de los servicios de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, Veracruz, México, coordinada por los doctores Hernán J. García Ramírez y José Carlos G. Palacios Blanco.

105 Elaborada por los consultores Roberto Castro Pérez y Joaquina Erviti Erice.

Salud, de la Secretaría de Salud, así como la Dirección de Educación Comunitaria, del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).

Para la selección de los indicadores, se utilizaron los siguientes criterios:

- Que sean indicadores no contemplados ya en la Cruzada Nacional de la Calidad.
- Que los indicadores seleccionados agrupen otros muy específicos.
- Que sean de alta importancia para los usuarios de población indígena.
- Que haya facilidad para medirlos, (tomando en cuenta que no existen recursos específicos para evaluar los indicadores).
- Que su valoración despliegue un plan de acción para facilitar un proceso de mejora de la calidad de la atención que pueda convertirse en acciones concretas.

Con base en esos criterios se seleccionaron los siguientes indicadores:

1. Respeto a la libre expresión de prácticas y creencias.
2. Satisfacción con la exploración física recibida.
3. Satisfacción con el tiempo de atención.
4. Uso de la lengua indígena en la unidad de salud.
5. Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo.
6. Existencia de condiciones de acceso a servicios integrales y de buena calidad en la unidad de salud.

PRIMER INDICADOR: Respeto a la libre expresión de prácticas y creencias.

La población indígena entrevistada expresó que es muy frecuente que el personal de salud los regañe o se burle de ellos, cuando les cuentan que asistieron al curandero, cuando dicen tener una enfermedad tradicional y/o cuando usan amuletos, chiqueadores, emplastos, y cuando refieren visitas al cerro, peregrinaciones, pago de mandas, y otras costumbres de la región, así como la vergüenza de las mujeres a mostrar su cuerpo, la cuarentena después del parto, los baños con hierbas y vapor. Demandaron la necesidad de ser escuchados con paciencia e interés y ser tratados con respeto por el personal de los servicios de salud.

Definición: porcentaje de usuarios y usuarias satisfechos con el respeto a la libre expresión de sus creencias, conceptos y prácticas sobre salud.¹⁰⁶

SEGUNDO INDICADOR: Satisfacción con la exploración física recibida.

La población indígena entrevistada expresó que es muy frecuente que el personal de salud no los revise bien ni los exploren cuando acuden a consulta. Les extraña que los médicos no sepan tocar ni dar masaje. En algunos casos el médico se rehúsa a explorar señalando la

¹⁰⁶ La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural cuenta con un formato con preguntas para explorar todos los indicadores, el cual fue elaborado, aplicado y mejorado con la participación de la Dirección de Educación Comunitaria de CONAFE.

falta de limpieza del paciente. Refirieron que en otros casos al médico se le pasa la mano en la revisión, sobretodo con las mujeres jóvenes. Por ello demandaron que el médico explore adecuadamente a cada paciente. Que lo revise bien, que lo toque (“ni de menos, ni de más”) respetando la cultura, la situación de pobreza y el pudor de las y los pacientes.

Definición: porcentaje de usuarios y usuarias satisfechos con la exploración física.

TERCER INDICADOR: Satisfacción con el tiempo de atención.

Al respecto, expresaron que para acudir a la consulta muchas veces tienen que desplazarse desde muy lejos y deben disponerse a perder el día. Luego tienen que esperar un largo rato en la sala de espera del centro de salud eso ellos lo aceptan y se resignan. Sus tiempos son diferentes a los de la ciudad. Lo que les molesta es que, ya que dedicaron tanto tiempo a la atención, el médico les atienda con prisa, sin interés, sin preguntarles y revisarles bien, y sin dedicar tiempo a explicarles con calma su diagnóstico, tratamiento y cuidados para que los puedan entender. Por ello demandaron que el médico les dedique mayor tiempo de atención en la consulta para que se alcance a revisar bien a la gente y sea escuchada mejor.

Definición: porcentaje de usuarios y usuarias satisfechos con el tiempo dedicado a la atención.

CUARTO INDICADOR: Uso de la lengua indígena en la unidad de salud.

La población indígena entrevistada expresó que muchos médicos creen que porque algunas personas entienden o pueden hablar algo de español, van a poder entender todo lo que se dice en una consulta y van a poder expresar todo lo que sienten y necesitan comunicar. Además, hay muchas personas que no entienden ni hablan casi nada. Esto hace ver que realmente no les importa la comunicación con el paciente y familiares. Por eso demandan que el personal de salud respete y aprenda a hablar la lengua indígena y que haya en la clínica y hospitales una persona que traduzca.

Definición: porcentaje de entrevistas que se realizan en el idioma de cada paciente.

QUINTO INDICADOR: Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo.

En múltiples foros mujeres rurales e indígenas expresaron un amplio conjunto de quejas y demandas por la manera como son tratadas en los servicios de salud, y señalan la enorme insatisfacción que frecuentemente obtienen en ellos. En términos generales, reflejan una insatisfacción por un trato desigual, que las infantiliza, no les proporciona información clara, les impone conductas bajo presión y les impide la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y salud.

Definición: porcentaje de usuarias satisfechas por el trato que les permite decidir libre e informadamente sobre su salud y su cuerpo.

SEXTO INDICADOR: Existencia de condiciones de acceso a una atención integral en la unidad de salud.

En múltiples encuentros con población indígena se escucha con frecuencia que el tránsito a los servicios de salud es difícil, la recepción en los mismos deficiente, el abasto de medicamentos insuficiente, la articulación entre los diferentes niveles de atención desorganizada, y que el personal de salud no se encuentra en muchas ocasiones.

Definición: porcentaje de usuarios y de usuarias que manifestaron condiciones de acceso suficientes a la unidad de salud.

Escuchar a la población en su percepción de los servicios es punto clave para la mejoría de los mismos. Ahora se habla de indicadores de calidad desde la perspectiva del usuario. Esto significa no sólo escuchar y tomar en cuenta las expectativas, perspectivas, cuestionamientos y demandas de la población indígena, sino también de los demás grupos socioculturales que conforman nuestra sociedad: mujeres, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, personas con enfermedades y discapacidades sujetas a prejuicios, personas con diferentes preferencias sexuales y religiosas, etcétera.

Cultura y mortalidad materna. Primer caso

La mortalidad materna es uno de los indicadores con el que se mide en México y en muchos otros países el desarrollo humano. En zonas indígenas en México es una problemática grave que preocupa a diferentes sectores de la sociedad, es multicausal y está relacionada con las condiciones de vida, pobreza y la opresión cultural que la mujer indígena vive, derivada del modelo patriarcal que en el campo llega a situaciones extremas, además de las dificultades geográficas, económicas y culturales de acceso a los servicios de salud.

Provocado en gran medida por la persecución que data desde la época colonial, que forzó a muchos grupos indígenas a refugiarse en zonas alejadas y de difícil acceso, hoy muchos de ellos habitan en localidades pequeñas y dispersas a donde es complicado llevar servicios públicos, de manera que a las mujeres con complicaciones del embarazo y parto se les dificulta trasladarse de manera cómoda, segura y oportuna a los lugares que cuentan con servicios de salud con la capacidad resolutive a las complicaciones.

Si a esto le sumamos el lento acceso a condiciones de desarrollo y el nivel de prioridad que históricamente se le ha otorgado a la población indígena para mejorar sus servicios e infraestructura, podemos comprender por qué la mortalidad materna en estas regiones continúa con tasas tan elevadas.

Además del alejamiento y dificultad de acceso, existen otros elementos de los servicios de salud que, sumado a lo anterior, impactan en un aumento considerable del riesgo de muerte:

1. Falta de equipo y/o una red de traslado efectivo de pacientes graves, medicamentos, equipo médico y quirúrgico, ambulancias en buen estado con presupuesto suficiente de mantenimiento y gasolina.

2. Los servicios no operan dentro de un esquema de RED-efectiva de atención que articule los diferentes niveles y las diferentes instituciones de salud lo que los hace ineficientes.
3. El personal más cercano a la población usuaria, en su gran mayoría no cuenta con las competencias técnicas y culturales que requiere para actuar.
4. El maltrato cultural a los usuarios es común, situación inversamente proporcional al uso de los servicios.

Dentro de la problemática compleja de la mortalidad materna en zonas indígenas es necesario distinguir los factores determinantes derivados de las barreras culturales existentes entre los servicios de salud y la población:

a) La percepción del fenómeno salud-enfermedad-atención,¹⁰⁷ y en particular del embarazo, parto y puerperio que posee la población rural e indígena, especialmente las mujeres.

Como ya se señaló, es común que la población indígena considere a los hospitales como fuente de riesgo para enfermar y/o morir, ya que no atienden las necesidades de ambiente cálido durante el parto y de cuidados en el posparto como reposo, baños de vapor, y masajes. No se evitan los elementos considerados “fríos” como el aire fresco, el agua y ciertos alimentos.¹⁰⁸

Esta percepción y demandas de la población indígena, especialmente de las mujeres, al ser ignoradas por los servicios de salud generan distanciamiento y dificultan el acceso, lo cual puede tener consecuencias graves en los casos de mujeres con complicaciones en el embarazo y en el parto.

b) El papel que desempeña la partera rural, su limitación ante ciertas complicaciones y el trato hacia ella de parte de los servicios de salud.

Para la atención del parto en condiciones normales de la madre, es suficiente con la asistencia que las parteras pueden ofrecer en el medio rural. Las parteras tradicionales son un tipo de terapeuta que ofrece algún servicio para atender el embarazo, parto y puerperio, y cuyas prácticas se encuentran enmarcadas en el modelo tradicional de atención a la salud.

Este modelo tradicional tiene debilidades pero también fortalezas en la atención de las mujeres embarazadas y parturientas.^{109,110,111,112,113} Si la medicina moderna y las

107 Que forma parte de la cosmovisión.

108 Muchas frutas y verduras son consideradas frías.

109 Rosa María Méndez Gutiérrez y María Dolores Cervera Montejano. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Rev. Salud Pública de México*/vol. 44, núm 2, marzo-abril de 2002, 129-136pp.

110 J. Arroyo y Cols. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. *Clin. Invest. Obst. Ginec.* 1, 221, 1974.

111 Schwarcz y Col. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. *Clin. Invest. Obstet. Ginecol.* 7. 135. 1980.

112 J.K. Gupta, G.J.Hofmeyr. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, núm. 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

113 Klein S. *Un libro para parteras*. México, DF: Editorial Pax; 1998.

instituciones del sector salud resultan poco accesibles y atractivas para las mujeres indígenas por las condiciones de acceso y cultura referidas, la partera aparece como una y a veces la única alternativa valorada positivamente por la mayoría de ellas y por sus parejas por diversas razones: la disponibilidad y fácil acceso, el bajo costo de sus servicios, las facilidades de pago, el que en su mayoría sean mujeres, compartan lengua y cultura, la calidez del trato, la visita domiciliaria, la seguridad que infunden a las parturientas, los servicios adicionales (el masaje pre-parto y posparto, la protección del periné, la posición vertical, las “apretadas”, el caldo de gallina después del parto, el lavado de toda la ropa usada en este evento, las tisanas, el baño de temazcal, la fajada durante el puerperio); por lo que en muchas ocasiones las parteras son protagonistas importantes y difícilmente sustituibles en la atención de las madres indígenas; sin embargo, esta atención puede no ser suficiente. El evento se puede complicar ante las situaciones de riesgo obstétrico: embarazos en edades tempranas o tardías, la anemia y la desnutrición facilitan la presencia de complicaciones ante las cuales no existen las condiciones adecuadas de atención en muchas comunidades indígenas.

No obstante las ventajas de las parteras, los recursos con que cuentan estas servidoras de la salud se encuentran fatalmente ante las complicaciones del embarazo y el parto, que generalmente requieren de personal especializado y de equipo del que sólo disponen las instituciones médicas. Y es ese universo de casos complicados el que engrosa la estadística de mortalidad materna, por ello, para evitar que la complicación se convierta en muerte se requiere que embarazadas, familiares y parteras detecten oportunamente el riesgo, que la madre sea referida, trasladada y aceptada sin pérdida de tiempo en instituciones de salud que cuenten con el personal y los recursos adecuados.

Sin embargo, en la práctica existe una contradicción en los servicios de salud en su relación con las parteras. Por un lado, existen programas en la Secretaría de Salud y en el Instituto Mexicano del Seguro Social – Oportunidades, que pretenden fortalecer la formación de las parteras e inclusive certificarlas; por el otro, es común que en los servicios de salud y hospitales ellas no sean reconocidas y sean maltratadas.

Existen muchas quejas que refieren que cuando las parteras tienen que llevar a la paciente hasta el hospital son tratadas de manera agresiva por el personal, como una persona de poca valía (por su estrato social) y como si fuera la responsable de la complicación. No les brindan información de la situación de la paciente y no las dejan entrar a la consulta, inclusive ni cuando la paciente es monolingüe y requiere el servicio de traducción.

Otra situación de detrimento al servicio de la partera, se da esta lleva al centro de salud rural a una paciente de la cual sospecha riesgo y complicaciones, en muchas ocasiones no existen las condiciones de traslado al hospital cuando es necesario, con lo que la ella tiene que gastar en el transporte, perdiendo su día de trabajo, para lo cual no existe ninguna compensación de la institución de salud a la partera parte, además de que la familia ya no le paga, puesto que la atención del parto se llevó a cabo en los servicios de salud.

Todas estas situaciones tienen como resultados el desgano y la falta de interés de las parteras por coordinarse con los servicios de salud y por referir las pacientes en riesgo y con complicaciones.

c) La percepción del fenómeno salud enfermedad de parte de los servicios de salud y su interpretación de la cultura rural e indígena de la población.

Es común que el personal de los servicios de salud no reconozca la importancia que la comunidad les da a las parteras. Tampoco identifican y valoran los conocimientos que poseen sobre la salud y el aporte que pueden dar desde su cultura para el beneficio de la población.

Respecto a las usuarias y sus familias, no se identifica la percepción que tienen de los servicios de salud, ni tampoco se tenga cuenta que algunas normas y procedimientos institucionales pueden ser interpretadas como peligros por la población, alejándola de los servicios, lo que en situaciones de riesgo en mujeres embarazadas puede condicionar mayores complicaciones, agravamiento y muerte.

Barreras culturales relacionadas con la muerte materna:

- En la estructura organizacional:
 - Prohibir elementos de protección tradicionales.
 - Obligar la posición horizontal durante el parto.
 - Obstaculizar la participación de parteras en los partos.
 - Permitir el maltrato a las usuarias en razón de sus valores culturales.
 - Desdeñar la referencia de pacientes por parte de las parteras
- En los espacios de atención:
 - Sala de parto “fría” desde la cosmovisión indígena.
 - Falta de condiciones para practicar el parto vertical.
 - Falta de condiciones de hospedaje pre-parto para las mujeres con riesgo.
 - Falta de condiciones de hospedaje posparto de acuerdo con sus patrones culturales.
- Del personal que presta los servicios:
 - Falta de capacidad para comunicarse adecuadamente.
 - Prejuicios en torno a las creencias de las usuarias y a la medicina tradicional que utilizan.
 - Desconocimiento de la lengua local.
 - Dificultad para comprender los códigos culturales de las usuarias y sus familias.

El alcoholismo en las poblaciones indígenas. Segundo caso

Un mecanismo cultural en torno a las adicciones es la función sociocultural que puede cumplir el alcohol en ciertas circunstancias. En la mayoría de los pueblos indígenas del país, el uso del alcohol producido de manera artesanal y de otras sustancias psicotrópicas adquiere una función en diferentes rituales, la cual se extiende desde la selección, cosecha y producción, resultante de un elaborado proceso “cultural” de preparación, que contrasta con la “facilidad” para obtener las bebidas y sustancias adictivas industrializadas.

De acuerdo con la cosmovisión indígena, algunas drogas son “culturalmente” aceptadas; permiten la “conexión” con las divinidades y el mundo sobrenatural además de la disolución de los roles sociales, el establecimiento de relaciones de intercambio y la construcción de redes de relaciones. Cabe decir que en estas sociedades existían reglas estrictas sobre el beber

fuera de las ceremonias rituales. Con la modernidad, la transculturación y comercialización se da una adulteración del rito con la consecuente pérdida de sus valores y funciones originales, rompiendo también con las normas que reglamentaban el uso y consumo de estas sustancias desde la perspectiva comunitaria, adoptándose a conveniencia elementos normativos del marco jurídico-regulatorio de la estructura “oficial.”

Un ejemplo claro nos lo proporciona el consumo del *teswino* entre los tarahumaras, (rarámuris) del estado de Chihuahua.¹¹⁴ Esta es una bebida ritual elaborada a base de maíz fermentado, que lleva un largo proceso de preparación. En los relatos de origen del pueblo rarámuri se señala que *Onorúame-Eyerúame* (la mamá -la papá)¹¹⁵ lo entregó a los humanos, para darle y convidar a la gente que ayuda a trabajar o a preparar la fiesta para cumplir con los deberes divinos. Nunca se toma *teswino* sin antes ofrecerlo y dar gracias a *Onorúame-Eyerúame*. Nunca se bebe solo, se prepara para compartir, para convidar a quien apoya el trabajo de cosecha, cercado, construcción de una casa, o desmante. También se convida *teswino* cuando se debe ayudar a algún difunto a subir al cielo. Se bebe durante la celebración de un *Yúmari* donde habrá curaciones de la familia, de alguno de sus miembros, de la ranchería, del monte, de los campos de siembra, de las fuentes de agua, de los animales.

Difícilmente una familia sola podría realizar todas las actividades necesarias para la subsistencia familiar y de grupo: sembrar, cercar, hacer una casa, cosechar, curar, etcétera. Para esto se requiere el apoyo y trabajo solidario de los vecinos, de la comunidad. Nunca ha existido pago económico por esta ayuda que se brinda, ayuda necesaria e indispensable y se agradece con *teswino* y alimentos –aunque sea poquito– y al mismo tiempo se refuerzan los lazos comunitarios, indispensables para la existencia de la comunidad y la continuidad de la cultura. La dinámica de las invitaciones a tomar en rituales se da en torno al ciclo agrícola, lo cual apoya la obtención de mano de obra rápida y eficiente.

El consumo del *teswino* tenía sus reglas muy claras. Lo muchachos y las muchachas pueden comenzar a tomar ya cuando demuestran que saben trabajar y ayudar muy bien a la comunidad. Esto lo deciden el Mayora o Mayori, y la comunidad.¹¹⁶

“Por lo que les dije antes y ahora, éstas son reglas que todo Rarámuri debe acatar para que seamos iguales en la comunidad. Serás conciente siempre que debes observar buena conducta en donde quiera que andes. Conforme a tu conducta tendrás un lugar en donde quiera que vayas. Cuando celebres una fiesta procura compartir y convivir parejo sin menospreciar a nadie, pues deberás entender que todos como bautizados –pagótuame- debemos vernos como hermanos. Tendrás que ver por el bienestar del inválido, que por alguna razón no puede el sustento del día, porque si no lo hicieras así, deberías de avergonzarte de ser Rarámuri. El teswino que bebas será el que honradamente te hayas ganado con tu trabajo o tu participación en la fiesta o el que con

114 Información Proporcionada por la antropóloga Kiriaki Orpinel Espino. Jurisdicción de Wuachochi. Servicios de Salud del Estado de Chihuahua.

115 También conocidos como “los que habitan arriba”, “los que nos encargaron la tierra”. Corresponden a “Nuestro padre, nuestra madre” o al principio de dualidad y movimiento de otras culturas: Ometeotl, con los nahuas; Hunab Ku, con las mayas; Coque Xee, con los zapotecas.

116 Información Proporcionada por la antropóloga Kiriaki Orpinel Espino. Jurisdicción de Wuachochi. Servicios de Salud del Estado de Chihuahua.

gusto te ofreciera el casero, seria penoso que sin trabajar o colaborar con la curación, fiesta o sin ser invitado, te bebas el teswino que pertenece a otros que con sacrificio lo ganaron. Deberás de entender que cuando se bebe no se hace con la intención de embriagarse, sino más bien es el de convivir como hermanos y estar un rato alegre..... Cuando estés borracho, cuida tu palabra, porque ofenderías sin querer, no provoques problemas que no tienen razón de ser y de los cuales te avergonzarías al despertar de la borrachera. Tú, que eres muchacho y que empiezas a beber, cuando te embriagues no levantes la palabra contra un anciano, ni midas tus fuerzas físicas con él, pues tus fuerzas minarían muy rápido y no tendrías derecho a ver las cosas de este mundo de frente y sin vergüenza.”

Nawésari, del Siríame: José Eduwiges Richuárare
Narárachi, municipio. Karichi. 1996

El problema actual es que ahora en la región Rarámuri los jóvenes obtienen fácilmente alcohol comprado, que no requiere de tiempo de preparación, ni de reglas especiales para tomar, de tal manera que el alcoholismo en esa región es un problema social, como está ocurriendo con la introducción del mercado y la comercialización en todas las regiones indígenas.

Con la modernidad, transculturación y comercialización se da una adulteración de los rituales de convivencia, con pérdida de sus valores y funciones originales, rompiendo también con las normas que reglamentaban el uso y consumo de estas sustancias.¹¹⁷

117 Sucede también en las sociedades urbanas de México, en las cuales el alcohol en sus diferentes presentaciones es un invitado permanente en los eventos sociales, culturales y deportivos. En la Ciudad de México y otras ciudades del país, como reducto de esta colaboración comunitaria, se estila el “padrinazgo”, título que se le otorga a quien colabora en los rituales religiosos “transfiriendo” diferentes cualidades (morales, éticas, económicas). Desde hace algunos años se ha vuelto popular el “padrino de vino” (quien debe colaborar con el festejo con una respetable cantidad de alcohol). Hay padrinos de vino en las fiestas de XV años, bautizos, comuniones y todos los eventos que convocan a la comunidad consanguínea y social. Cabe señalar que se considera de prestigio ser “padrino de vino” por el fuerte gasto económico que implica.

Capítulo 3

LA INTERCULTURALIDAD COMO POLÍTICA DE SALUD

José Alejandro Almaguer González, Vicente Vargas Vite
y Hernán José García Ramírez

Las Políticas Públicas tienen un marco de expresión y finalidad en las demandas de la población y constituyen la tarea de los sistemas políticos. La formulación de éstas puede considerarse como los brazos de enlace hacia la sociedad en su conjunto, más cuando se define en la acción de políticas nacionales. Por lo tanto son entonces entendidas, “como las acciones de gobierno, más directamente, el concepto propio de gobierno en acción, dando respuestas a diversas demandas de la sociedad”.¹¹⁸

En el plano operacional, la implementación de una política intercultural en salud, no sería resultado únicamente de un proceso racional de planeación con miras a la previsión de un futuro posible resolutorio de demandas sociales, sino de la apertura e inclusión a la participación social que consideraría también la importancia de generar los mecanismos para consolidarla, a través de la modificación de diferentes procesos en las estructurales formales de las instituciones; la posibilidad de la concertación-negociación potenciando positivamente los conflictos con la consecuente modificación de perspectivas, incluso la posible modificación –si se requiere necesaria– del marco normativo que sustenta el quehacer convencional.

Algunos autores mencionan que las políticas públicas son “aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer”; en algunos contextos, son una práctica social para el acercamiento de posiciones o estrategias que incentivan la acción colectiva, cuando se comparten metas específicas.

118 “...Las políticas públicas son -en su formulación- la expresión decantada y genuina del “interés general” de la sociedad, sea porque su legitimidad deriva de un proceso legislativo democrático o de la aplicación de criterios y conocimientos técnicamente racionales a la solución de problemas sociales. En cambio de acuerdo con igualmente difundidos lugares comunes, la “implementación” de esas políticas tiene lugar en el ámbito de la burocracia estatal, que como todo el mundo sabe es el reino de la rutina, la ineficiencia y la corrupción. Por lo tanto, en la vinculación entre política y administración (o, alternativamente, entre la actividad de formulación y planificación de las políticas públicas y la actividad del aparato burocrático a cargo de su implementación) se tiende a destacar la bondad de la primera y la naturaleza intrínsecamente oblicua o anómala de la segunda..”. Oszlak Oscar Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias Latinoamericanas. <http://www.economicasunp.edu.ar>

El Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2018

Previamente, el Programa Sectorial de Salud en el periodo 2007-2012 sustentó la política intercultural dirigida a mejorar la calidad interrelacionada de los servicios, con la clara promoción de adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios de atención, para favorecer la sensibilidad cultural en una sociedad con características multiculturales como la nuestra. Con ello se propuso focalizar los cambios pertinentes para atender a cada persona usuaria de acuerdo a sus propias necesidades y percepciones culturales en relación a la salud y enfermedad, con la premisa de la adherencia a los tratamientos médicos, el aprovechamiento cabal de los servicios y su aceptación social.

Este proceso se sustenta también en la política de la Secretaría de Salud dirigida a fortalecer y ampliar la oferta de los servicios de salud con la incorporación de diferentes modelos terapéuticos, como de fortalecimiento de la salud, bajo planteamientos de seguridad y eficacia.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013 -2018, se impulsa como elemento central del Gobierno Federal, la Meta de un México Incluyente y el Objetivo de “Asegurar el acceso a los servicios de salud”. Con ello se establecieron las estrategias y líneas de acción que dan soporte al programa de Interculturalidad en Salud:

Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Líneas de acción: Impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población.

A su vez el Programa Sectorial de Salud establece:

Objetivo No 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.

Estrategia 2.3 Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.

Estrategia 4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.

Líneas de acción: Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

Hacia una política intercultural en salud

Diferentes procesos confluyeron para constituir una propuesta de política intercultural para los servicios de salud en México:

- Las experiencias previas de las instituciones oficiales en relación con la implementación de servicios de salud en regiones rurales e indígenas.
- Los procesos paulatinos de posicionamiento para la concertación de grupos organizados constituidos para la relación institucional.
- La evolución de las políticas indigenistas y con ello, las atribuciones y competencias de las instituciones de salud y de la sociedad rural y campesina.

- La influencia de los cambios del perfil de la población y del contexto rural, uno de las más visibles es el de la migración de una importante contingente de población hacia los Estados Unidos¹¹⁹ al igual que numerosos grupos de población de centro y Sudamérica.
- Las demandas de la sociedad multicultural ante el embate de la reconfiguración de las identidades nacionales; la integración y amalgamamiento de la sociedad urbana a la globalización comercial y el desplazamiento de las políticas sociales por las políticas del mercado.¹²⁰
- El contexto de emergencia de los derechos humanos y de género, como marcos de referencia en la concertación social ante la reformulación del marco jurídico, político y cultural de la sociedad;
- La modificación del modelo de desarrollo nacional y su impacto en la transición epidemiológica, producto de nuevas relaciones sociales, políticas y productivas, así como su impacto en la definición de la morbilidad en los diferentes estratos de la sociedad.
- Como marco de referencia, la propuesta intercultural en salud en México ha tenido como sustento central, las recomendaciones, resoluciones y experiencias interculturales difundidas por las políticas para pueblos indígenas que en el marco latinoamericano, ha venido impulsando la Organización Panamericana de la Salud, específicamente para la definición del modelo de estrategia de implantación, las experiencias en la región mapuche en Chile y las experiencias en las regiones de la costa Atlántica Nicaragüense sobre Interculturalidad en Salud.¹²¹
- Finalmente, las políticas interculturales cuentan con un marco internacional fortalecido recientemente con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, emitida por la Asamblea General de la ONU del 13 de septiembre del 2007.¹²²

119 Se calcula que la población Mexicana en Estados Unidos es cercana a 27 millones de personas, es decir, el 25% de la población que habita en México, considerando no sólo los datos de carácter lingüístico sino también, la auto adscripción.

120 "...Apuntamos, entonces, a enfatizar la posibilidad de forjar auténticas opciones del desarrollo de los pueblos indígenas que, dolorosamente, los conflictos modernos –para no referirnos a las situaciones coloniales o decimonónicas– han puesto en evidencia: 1) Los pueblos indígenas fueron desplazados, y aún se intenta hacerlo a lo largo de todo el continente, de las zonas productoras de agua, de las regiones con yacimientos de hidrocarburos o de interés de la minería metálica y no metálica, de los bosques, selvas, humedales y, en general, de las áreas con la mayor biodiversidad del planeta (la creación de "reservas ecológicas" frecuentemente se hace en perjuicio de poblaciones nativas asentadas en ellas); así, también, de las regiones en donde el paisaje es identificado por los megaproyectos y proyectos turísticos (incluidas las propuestas de eco-turismo y etno-turismo), de los frentes de playa y zonas costeras, de los sistemas lagunarios e, incluso, de zonas de agricultura tradicional que pasan a ser del interés de las compañías constructoras de nuevos asentamientos urbanos. En pocas palabras, la riqueza indígena pasa a otras manos y deja a los pueblos no sólo más pobres sino más escépticos frente a las promesas de "un desarrollo integral y sustentable". Pacto del Pedregal. UNAM. Proyecto: México Nación Multicultural. Informe de Evaluación del Primer Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo 1995–2004. Mayo, 2006.

121 "Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud". Saavedra -Región de la Araucanía, Chile, Noviembre 1996. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, Febrero 1998 Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. "Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua" Cunningham Myrna, 2002 Washington, DC.

122 Promocionada y firmada por México.

La Secretaría de Salud y el marco institucional de la política intercultural

Como política pública, el tema de la interculturalidad se definió a partir de la creación del Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI) y entre las estrategias a implementar señalaba:¹²³

- La necesidad de capacitación de los prestadores de los servicios de salud con perspectiva intercultural.
- Buscar la complementariedad entre la medicina tradicional con la medicina alópata.
- Promover la comunicación Educativa en Salud de acuerdo con las características socioculturales de cada grupo étnico.

Estos postulados definieron un el marco para el tema intercultural. El PROSANI mantuvo la difusión de las estrategias propuestas en su programa original. En ese mismo año, se realizó una reforma estructural a la Ley General de Salud y por consecuencia, a la estructura total de la Secretaría de Salud para sustentar la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, que incluyó, ya para el año 2008, criterios de Interculturalidad para la acreditación de las unidades de salud. Estos criterios los veremos más adelante.

El reglamento interior de la propia Secretaría señala:

Capítulo 25. La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud tiene las siguientes atribuciones:

- VII.** *Diseñar y promover la implantación de nuevas unidades de atención a la salud que respondan a las necesidades y características culturales de la población y que consideren prototipos medico-arquitectónicos, sistemas organizacionales y esquemas de operación y financiamiento;*
- XVII.** *Impulsar y coordinar la política de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud;*
- XIX.** *Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en el Sistema Nacional de Salud, y*
- XX.** *Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.*

Al tomar como punto de partida a la medicina tradicional para desarrollar la propuesta de salud intercultural, la Secretaría de Salud ubicó a la cosmovisión indígena, como elemento central para la comprensión de los sistemas de salud, desarrollando un modelo para la comprensión no sólo de la medicina tradicional y su cosmovisión en salud, lo que permitió otorgar el mismo tratamiento a las denominadas “medicinas complementarias”, a partir de la cosmovisión de cada sistema médico y el desarrollo de una estrategia intercultural ampliada a éstas medicinas;

¹²³ La salud de los Indígenas. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Primera Edición. Secretaría de Salud, 2001.

esto era una necesidad urgente para el sistema de salud, que requería una propuesta viable para aborar la atención de las más de 125 prácticas diferentes a las que la sociedad mexicana recurre hoy en día para resolver sus problemas de salud en los diferentes estados del país.¹²⁴

En este mismo proceso, la Interculturalidad aplicada como propuesta de política en salud, encontró en la población indígena al primer grupo con el cual mostrar sus potencialidades con la cual se integró la política Intercultural. Sin embargo, otros grupos poblacionales tienen en la interculturalidad una herramienta para posicionar sus demandas y reivindicaciones, como es el caso de las poblaciones afro mexicanas ó afrodescendientes, quienes quedan englobados en procesos que no les dan visibilidad y que diluyen sus necesidades específicas bajo en concepto de “grupos vulnerables”:

Plan Nacional de Desarrollo y Programas Nacional y Sectorial de Salud 2007-2012 y 2013-2018

El Programa Nacional de Salud y el Programa Sectorial de Salud 2007 -2012, incorporaron en su momento, las siguientes líneas de acción:

3.4. Promover políticas de respeto a la dignidad de las personas que fomenten la inclusión y que eviten la discriminación y brindar servicios sensibles a la multiculturalidad nacional.

- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación así como en la capacitación del personal operativo y directivo.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud para disminuir las barreras culturales.

4.11. Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas.

8.5. Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias.

- Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación formal de la medicina tradicional al sistema nacional de salud.
- Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud.
- Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social la investigación en medicinas tradicionales y complementarias.
- Evaluar la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Medicinas Complementarias.

Bajo ese marco, se definieron las acciones de impulso a un proceso institucional que reconoció en la interculturalidad, una herramienta de articulación para lograr la promoción de los derechos de las mujeres, la población indígena y los derechos humanos en general en los servicios de salud.

Con el cambio de Gobierno hacia el año 2013, la interculturalidad como política en Salud, ha demostrado en el ámbito institucional sus bondades para la operación de los servicios, definidas como elemento de “fortalecimiento” de la oferta, además de elementos de un proceso de Calidad como la mejora continua y la participación de los usuarios.

¹²⁴ Ver capítulo 5: Las Medicinas Complementarias, Situación en México.

Con este antecedente y con una coherencia sustentada en la necesidad de lograr la promoción de los derechos humanos en los Servicios de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, definió en su Meta VI.2. En el México incluyente, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud, estableciendo estrategias y líneas de acción.

Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Líneas de acción: Impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población.

El enfoque intercultural en los programas salud

El enfoque intercultural juega un papel de catalizador de los procesos participativos, potenciando las diversas acciones, mejorando la comunicación con la población beneficiaria, estableciendo puentes entre la cultura de los servicios de salud y las diferentes culturas que conforman la población usuaria.

El incorporar el enfoque intercultural, de género, y el respeto a los derechos humanos en todos los programas y servicios de salud, adecuando sus procedimientos, propicia una coherencia institucional, se fortalecen los valores institucionales y se potencia un impacto integral. Ya se han incorporado elementos interculturales en los programas de Salud. El primero de ellos, fue el denominado “Unidades Móviles, Caravanas de la Salud”, logrando incorporar en sus reglas de operación, la definición de lineamientos para adecuar los servicios a las características culturales de la población, contar con personal de salud con “competencia Intercultural” y la importancia de considerar los elementos lingüísticos en la relación con la población indígena. Otros programas que ya han incorporado elementos, lineamientos y criterios Interculturales son: Atención a las Adicciones, Género y Salud Reproductiva y el Plan Maestro de Infraestructura Física. Cabe señalar que desde el año 2008, el Sistema Nacional de Protección Social en Salud incorporó criterios de Interculturalidad para la acreditación de Unidades de Salud, considerando la capacitación/sensibilización intercultural del personal de salud, la promoción de los programas de lenguas indígenas y contar con mecanismos para la traducción en lenguas indígenas en los servicios. Desde el año 2013, estos criterios fueron asumidos por el Programa IMSS Oportunidades para impulsar la acreditación de sus unidades médicas, tanto las Unidades Médicas Rurales, unidades Móviles y Hospitalarias.

Los postulados interculturales de respeto y reconocimiento a las diferencias son la base de nuestra propuesta para fortalecer los procesos de participación social, el empoderamiento que pretende el Sistema de Protección Social en Salud y la promoción de los derechos humanos en salud en una sociedad multicultural.

La interculturalidad asumida en el cambio de actitud es un proceso que requiere un reforzamiento constante; asimismo, la inclusión del tema en las áreas normativas como la que diseñó el Plan Maestro, permitió, –no sin dificultad– la modificación de los componentes y requerimientos técnicos para la apertura hacia la inclusión de modelos arquitectónicos de Homeopatía, Acupuntura y Medicina Tradicional. No son pequeños estos avances, toda vez que requirieron de una gran voluntad política hacia la pertinencia de esta demanda social.

Objetivos de la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud:

- Transferir a la comunidad información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas de manera que ésta las pueda aprovechar en beneficio propio, de acuerdo con su propia percepción de la problemática.
- Promover la satisfacción de las necesidades de la población usuaria. Evitar consecuencias producto de una mala comunicación.
- Facilitar que la población participe en la planeación y evaluación de los servicios y programas, asumiendo el control de los procesos relacionados con su salud, su ambiente y su contexto social.
- Potenciar los objetivos comunes y generar acciones conjuntas.
- Favorecer la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios salud.
- Fortalecer la oferta de los servicios.
- Mejorar el impacto clínico y educativo de las acciones.
- Aumentar la seguridad de las acciones terapéuticas.

Premisas

Para diseñar e implantar cualquier programa de salud desde el enfoque intercultural es necesario reconocer:

1. Que los “beneficiarios” de los programas tienen sus propias percepciones de la realidad en la que están inmersos, conocen el problema, quieren participar en la solución por lo tanto quieren ser tomados en cuenta.¹²⁵

Pasos metodológicos

1. Identificar y caracterizar en detalle al usuario o beneficiario de cada programa de salud, generando la capacidad para identificar su singularidad social (género, edad, clase social, etnicidad, preferencia sexual).
2. Agrupar a los tipos de beneficiarios identificados, en la forma como ellos se asocian naturalmente de acuerdo con su identidad.
3. Trabajar el tema de manera horizontal con cada grupo identificado.
4. Escuchar en primer lugar la percepción y conocimientos que el usuario posee en torno a la temática base del programa, así como de la implementación del mismo.

Puede servir la siguiente guía:

- Cómo vive, padece, o sufre esta problemática. Cuáles han sido sus vivencias concretas.
- Qué siente ante dicha problemática.
- Cómo la entiende (causalidad, percepción del riesgo, relaciones, cosmovisión).
- Cómo la enfrenta. (Qué hace respecto a ella). En caso de ser una enfermedad, se puede preguntar cómo la previenen y cómo la tratan.
- Qué sabe el usuario o beneficiario de esta temática o programa.

¹²⁵ Pocos programas parten de conocer primero cuáles son la percepción, los conocimientos y las vivencias que poseen los usuarios respecto a la temática específica del programa.

- Cómo percibe las acciones institucionales del programa sobre esta problemática. Qué sabe de estas acciones.
- Cómo se siente tratado por los operadores de este programa. Qué le gusta, qué no le gusta.
- Qué necesita o espera del programa.
- Qué propone para mejorar la relación con el programa y superar la problemática.

Herramientas interculturales para el fortalecimiento de los diferentes procesos educativos y operativos en los servicios de salud

Lineamientos interculturales para el personal de salud

La sensibilización intercultural es uno de los dos brazos para favorecer el trato con calidad y calidez que requieren los usuarios con cultura diferente a la del personal de salud. Pretende que éste comprenda los códigos culturales de otros grupos y se sensibilice para un trato más humano y horizontal.

Sin embargo, para asegurar la competencia cultural de los servicios de salud, es necesario complementar la sensibilización intercultural con la implantación, en los servicios de todo el país, de una serie de lineamientos interculturales.

Su carácter es de tipo general, no implican un gasto especial de energía para el personal, pretenden dar directrices concretas de acción en la relación con la población usuaria, para favorecer la amabilidad, el respeto y la comunicación. Su ejercicio estimula el desarrollo de una espiral positiva: mejor trato a los usuarios, mayor satisfacción de los mismos, mejoría del trato hacia el personal de salud de parte de los usuarios y población, mayor satisfacción del personal de salud, estimulación para continuar tratando con calidad intercultural a los usuarios de acuerdo con los lineamientos.

A continuación se presentan los lineamientos que aplican para todo el personal de salud que tenga relación directa con la población: personal de medicina, enfermería, promoción, trabajo social, laboratorio, psicología, nutriología y administración:

1. Incluir en la misión de la unidad de salud: la satisfacción del usuario o de la usuaria como uno de los elementos centrales, tomando en cuenta el respeto a cada paciente como norma fundamental.
2. Fomentar la empatía. Averiguar y utilizar los códigos de respeto de la cultura local. Recibir a cada paciente con un saludo mirándole a la cara, llamándole por su nombre. Evitar tutearle, así como utilizar diminutivos que infantilizan y minimizan a la persona (pacientito, gordita, madrecita).
3. Identificar la singularidad cultural de cada paciente y conocer su percepción y expectativas.
4. Establecer con él o la paciente y familiares actitudes de respeto, comprensión y amabilidad, independientemente de su origen étnico, nivel socioeconómico, higiene, preferencia sexual, religiosa, sexo y edad, considerando el respeto y el trato digno como norma fundamental.
5. Evitar burlarse, regañar o prohibir la utilización de elementos de la cosmovisión y de la medicina tradicional indígena (utilizar amuletos, “serenar” medicamentos,

- colocar imágenes religiosas). Permitir al o a la paciente o a sus familiares comentar o realizar diferentes actividades relacionadas con sus creencias en un marco de respeto y escucha. En caso de contravenir una norma oficial, y que usted esté seguro de que se trata de una práctica nociva, explíquelo clara y respetuosamente, orientando al paciente.
6. Permitir y promover condiciones para la atención vertical del parto (en cuclillas, sentada, parada) y la participación de parteras y familiares, si las usuarias lo demandan y no existe contraindicación médica.
 7. Evitar la emisión de juicios, prejuicios y culpas respecto a la causa de la enfermedad. (preferencia sexual, religiosa, adicción, enfermedades sujetas a prejuicios).
 8. Fomentar la participación social y la comunicación asertiva con las autoridades locales, terapeutas tradicionales, y otras terapias y modelos médicos reconocidos (acupuntura, homeopatía), independientemente de que haya comunión con sus creencias o no, coordinando acciones específicas, favoreciendo la referencia mutua en beneficio a la salud de la población.
 9. Explicar claramente la enfermedad, el tratamiento y los cuidados, asegurándose de que el usuario y sus familiares le entiendan, hágalo de manera comprensible considerando su edad, sexo, etnia, lengua, preferencia sexual, religiosa, discapacidad y enfermedad, a satisfacción del usuario (esto incluye a los niños, niñas, personas ancianas o enfermas mentales). Si el paciente no habla español, busque apoyo de traducción.
 10. Revisar a cada paciente previo consentimiento, de acuerdo con la enfermedad de que se trate, explicándole las maniobras que se le van a practicar. No realice actividades para lo que no está entrenado ni calificado, respete los reglamentos en materia de atención médica, cuidando de ofrecer la mejor calidad de servicio.

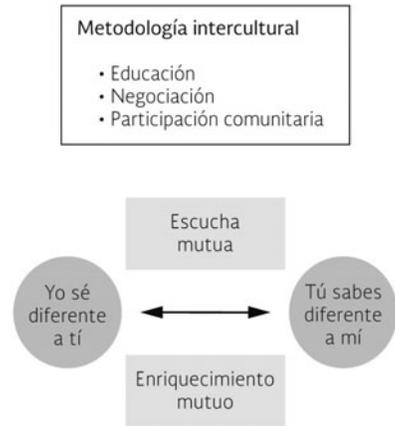
Encuentros interculturales

Se trata de una herramienta específica para facilitar la implementación intercultural del programa (donde se puede aplicar la guía). Se puede implementar en una reunión tipo encuentro, donde el personal del programa y los grupos de usuarios dialogan de manera horizontal sobre el tema, sin que ninguno presente su posición como la única versión de la verdad, los dos se escuchan y aprendan del “otro”, comprendiéndolo, negociando entre sí, estableciendo acuerdos de interrelación.

Lineamientos interculturales para el fortalecimiento de los programas de salud a través del enfoque intercultural:

1. Conozca el contexto cultural de la región donde se va aplicar el programa.
2. Indague los conocimientos y prácticas de prevención y atención que tiene la familia y la comunidad sobre la temática a considerar.
3. Escuche y respete la percepción de las personas usuarios sobre la misma.
4. Promueva el involucramiento de la familia y la comunidad en el fortalecimiento de la salud.
5. Elimine actitudes de burlas, regaños y evite comentarios que generen o aumenten sentimientos de culpa de la persona usuaria.

Grupo de población beneficiaria	Encargados y operadores del programa
Qué sabe de la temática o problemática.	Qué sé yo de ella.
Qué siente con ella.	Qué siento yo con ella.
Acciones que realizan ante ella. Por qué.	Acciones que realizamos. Por qué.
Qué le gusta y qué no le gusta del programa. Qué problemas tiene en la relación con los operadores.	Qué me gusta y qué no me gusta del programa. Qué problemas tengo en la relación con la comunidad o grupo.
Qué propone para mejorar la relación y la eficiencia del programa.	Qué propongo para mejorar la relación y la eficiencia del programa.



6. Escuche las expectativas de las y los usuarios sobre cómo quieren ser atendidos y su opinión de la atención que se le ofrece.
7. Informe a profundidad y en su lengua si es el caso, (especialmente en poblaciones indígenas monolingües) de los procedimientos, beneficios y consecuencias del programa ofrecido, asegurando su consentimiento. Generar las condiciones para que las quejas sean atendidas.
8. Promueva y apoye la conformación de equipos comunitarios de apoyo.
9. Fomente la participación de Indígenas en los procesos encaminados al cuidado de su salud y favorecer un plan de trabajo creado con y por los mismos grupos étnicos que conlleve a tener un entorno saludable.
10. Identifique y combata los diferentes prejuicios que pueden existir hacia determinados grupos de la población (mujeres, adolescentes, ancianos, enfermos de VIH/SIDA, personas con adicciones, diabéticos, personas con preferencias sexuales diferentes).

Recomendaciones a todos los programas:

1. Incorporar el enfoque intercultural, de género y el respeto a los derechos humanos, adecuando sus procedimientos en razón de ello.
2. Reconocer y respetar el derecho a la diversidad e identidad cultural de los usuarios y usuarias de los programas de salud, manifestada en la pertenencia étnica, el género, edad, preferencias sexuales, religiosas y ubicación social.
3. Modificar el comportamiento del personal que opera el programa, respecto a la cultura, género y derechos humanos, mejorando la calidad, el trato digno y la satisfacción del usuario. Capacitar a todo el personal operador de los programas

- de salud en el enfoque intercultural, de género y en derechos humanos. Aplicar lineamientos de trato intercultural y de género.
4. Establecer las competencias culturales necesarias para brindar un trato digno a la población usuaria potenciando en la formación y capacitación los elementos de la cultura, el género y los derechos humanos.
 5. Desagregar la información del sistema nacional de información en salud tomando en cuenta las variables de sexo y etnicidad.
 6. Establecer las atribuciones pertinentes para fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en estos temas.

Las consultas informadas

La consulta informada es una actividad que se realiza con una comunidad o grupo de usuarios con los cuales se pretende llevar a cabo una acción determinada, como lo puede ser en el caso de la salud, la construcción o rehabilitación de un espacio de salud, o la ejecución de un programa determinado de Salud Pública.

Tiene como propósito el escuchar y tomar en cuenta las observaciones, expectativas y propuestas que dicha población tiene sobre la temática o programa, volviendo a la población sujeto de la acción y no objeto de la misma, Se procura consensuar estas propuestas con los usuarios para proponerlas a las instancias responsables, de manera que se facilite su incorporación. De esta manera se enriquece la propuesta institucional y se vuelve realista y amable de acuerdo a los contextos culturales y las circunstancias sociales, tomando en cuenta las necesidades particulares.

Esta consulta ayuda a establecer si las estrategias y propuestas establecidas por la institución o solicitada por la comunidad son en efecto necesarias o si hay otras alternativas. Además, recoge las preferencias culturales de la comunidad que responden a sus necesidades.

Se llama “informada” porque la Institución deberá informar a los convocados las razones de la acción de la acción o programa la reunión, las opciones y alternativas, así como los productos que se intenta obtener.

Es recomendable el consultar siempre a la comunidad previo a la realización de cualquier acción o programa que les atañe, porque al consultar a la comunidad solicitante, la Secretaría del Estado puede responder mejor a las necesidades y expectativas diferenciadas de las comunidades étnicas y la acción o programa tendrá mayor comprensión, impacto y aceptación.

Metodología de asamblea comunitaria “indígena” para fortalecer los procesos de consulta informada

Los diferentes grupos indígenas de nuestro país poseen sus propias formas de conceptualización, organización y análisis del conocimiento para la toma de decisiones. Es común que estas formas sean desconocidas para nosotros y que pretendamos imponer nuestra metodología conocida como método asambleario.

El método asambleario tiene varias ventajas: es directo, rápido, fácilmente identifica mayoría de votos, y en esos términos facilita la toma de acuerdos. El problema es que este método responde a una cultura determinada y visión del mundo.

Para muchos pueblos indígenas de nuestro país, con una cosmovisión diferente, este método asambleario favorece la imposición de soluciones de unos sobre otros fundamentada en el concepto de la mitad más uno, y no propicia la participación de todos.

Para ellos, la imposición tiene connotaciones muy negativas y graves. Consideran que favorece la resistencia, y la no participación convencida en las acciones decididas. En las asambleas indígenas siempre tratan de buscar el consenso, de manera que la solución final sea aceptada por todas las personas participantes, aunque sea diferente a la propuesta original.

Otro elemento a considerar es que muchas poblaciones indígenas no dominan la escritura de manera fluida, por lo que los procesos de comunicación se han fundamentado en el diálogo verbal, que históricamente ha constituido formas muy finas para la discusión, el aprendizaje y la memorización de aspectos importantes para recordar.

Tomando en cuenta lo anterior, hemos sistematizado una propuesta basada en el consenso y en los principios de la “asamblea comunitaria indígena”, que se puede aprovechar para facilitar la toma de consensos y acuerdos en cualquier grupo humano, y por supuesto para facilitar los procesos específicos comunitarios de la consulta informada intercultural.

El proceso inicia identificando un tema o pregunta detonadora sobre la que se resuelve trabajar de manera comunitaria.

Se forman parejas y cada una de ellas discute el punto, llegando a un consenso entre ellos. Se define uno de los dos como portavoz de la pareja.

Posteriormente dicha pareja se relaciona con otra y los dos portavoces presentan los diferentes consensos previos, intentando ahora llegar a un nuevo consenso entre ellos y definiendo un nuevo portavoz de la ahora cuarteta.

Después la cuarteta se relaciona con otra y vuelven a establecer el mismo mecanismo de consenso, entre los ya establecidos previamente. El grupo de ocho personas se reúne con otro igual e inician de nuevo el mismo mecanismo.

Esto se repite las veces que sean necesarias, identificando el portavoz de cada grupo cada vez más amplio, hasta que una sola persona expresa para todas las personas participantes el consenso identificado, validando que todos estén de acuerdo con las propuestas presentadas.

Las ventajas de esta metodología es que se favorece la generación de consensos, así como la participación colectiva de todas las personas participantes, al mismo tiempo que se recoge la interpretación que ellos hacen sobre el tema a plantear.

Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro

Nos gusta el parto en el hospital, porque es limpio y si se atora el niño, pues ahí lo sacan. Pero también nos gusta el parto con la partera porque nos habla bonito, nos da nuestro masaje en la cintura para que se nos caliente la cadera y no nos duela, nos deja que tengamos el parto sentadas o en cuclillas y así podemos respirar mejor y el parto es más rápido, nos da nuestras “apretadas” después del parto para cerrar la cadera y que no se nos caiga la matriz y vejiga, y nuestros baños de vapor para limpiarnos y no quedar crudas. ¿Qué no podríamos tener las dos cosas juntas?

Mujeres Indígenas de la Sierra de Zongolica, Ver. 2002

Este modelo representa una aplicación y concreción de los enfoques de interculturalidad, género y derechos humanos a una realidad humana y social, logrando establecer una sinergia profunda entre la medicina científica y la medicina tradicional. Responde a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evidencias científicas, los derechos humanos, la perspectiva de género y la normativa vigente.

Postula tres elementos como esenciales para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

Enfoque humanizado. Parte de comprender que las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de como, donde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. De esta manera se pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

Enfoque intercultural. Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.

Enfoque seguro. Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe de tener el personal del primer nivel de atención, para la identificación de los riesgos obstétricos durante el embarazo, así como para la atención del parto de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para el manejo y referencia de complicaciones del mismo. Con respecto al segundo nivel incluye todas las competencias, condiciones y acuerdos interinstitucionales, para poder identificar, atender y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas. Toma en cuenta además, el enfoque de redes funcionales de flujo real en los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, posean o no complicaciones, bajo el lema de “cero rechazo”.

Desde su creación (agosto de 2002) y con los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo, la DMTyDI ha identificado aportes y visiones de la partería tradicional sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, afines a las Recomendaciones de la OMS y mejoradas con otros elementos, enmarcando así una definición, profunda y humana en torno de esos procesos y de la/el recién nacido. Esos aportes no sólo son válidos para la atención a población indígena, sino para todas las mujeres y bebés, con lo que se nutre la propuesta de nacimiento humanizado ya existente.

Por atención intercultural a las mujeres en el parto, nos referimos al modelo que tiene como esencia a la sinergia entre los métodos de la medicina occidental y los de las parteras tradicionales, además de retomar las demandas de los grupos de la sociedad civil en cuanto a un trato más humano y sin violencia, donde las mujeres sean protagonistas de su parto.



Este modelo se diseñó escuchando las demandas y necesidades de mujeres y parteras indígenas y, posteriormente, de mujeres en general, sobre todo de zonas urbanas. Tomó en cuenta la opinión del personal de salud, especialmente de profesionales gineco-obstetras, pediatras y enfermeras. Al principio se consideró como alternativa dotar de “amigabilidad cultural” a los servicios —y de esta manera colaborar en la lucha contra la muerte materna—, al evitar que las mujeres, sobre todo de origen indígena y rural, se alejaran de la atención médica. Más tarde se valoró el modelo por sí mismo, el bienestar producido y los beneficios concomitantes a la salud e integración entre la madre, la pareja y la/el niño. Como elementos esenciales de esta interacción intercultural, además de los elementos de la OMS,¹ sobresalen:

- Posición vertical.
- Acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto.
- Acompañamiento de un familiar si la usuaria lo demanda.
- Contacto piel a piel madre – hijo.
- Amamantamiento inmediato del recién nacido.
- Uso de masajes durante el trabajo de parto.
- Estrategias desmedicalizadas de manejo del dolor.
- Respeto a la cultura y decisiones de la mujer usuaria.
- Intercambio y enriquecimiento entre diversos modelos de atención.
- Atención por parteras tradicionales y personal no médico, si la usuaria lo solicita en condiciones de seguridad y eficacia.
- Desmedicalización en la medida de lo posible.
- Evitar el abuso en la utilización de la tecnología.
- Y sobretodo, el respeto a las mujeres con respecto a la toma de decisiones.

Objetivos

Concebir al embarazo, parto y puerperio como parte de un proceso fisiológico, natural y saludable; por tanto, la atención debe ser humanizada, segura, sin violencia y sin sobremedicalización, tomando en cuenta la cultura de la usuaria, basada en la mejor evidencia científica disponible, y debe reconocer y valorar la autonomía de las mujeres y su protagonismo durante el parto, así como garantizar sus derechos humanos.

A pesar de la resistencia inicial de personal de salud, para transformar paradigmas del conocimiento y práctica en la atención del parto, durante los cursos diseñados para su difusión, la mayoría de las y los participantes tuvo un cambio gradual importante hacia la comprensión y ejercicio de su quehacer. A partir de las experiencias anteriores, se han realizado un número importante de partos, bajo los elementos recomendados por la OMS.

Este modelo de Atención Intercultural de las Mujeres en los Servicios de Salud, pretende ahora, aprovechar el desarrollo científico tecnológico que ha permitido salvar muchas vidas de mujeres y recién nacidos, al igual que el desarrollo de toda un área que presenta los impactos positivos de una atención humanizada en el embarazo y parto, que considera las expectativas de las mujeres usuarias, y su cultura. De esta manera se presenta una oportunidad muy valiosa para avanzar en el binomio de la competencia técnica que debe tener la práctica médica, en conjunto con la competencia relacional y cultural, fundamental también en la misma.

Las posiciones verticales y elementos de humanización de la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, cuentan ahora con reconocimiento en los servicios de salud de nuestro país y en muchas partes del mundo. Poseen fundamentos científicos y culturales claros, con reconocimiento de la OMS¹²⁶, y en el caso de México, un marco legal que se ha adaptado al devenir de los tiempos, y que ya puede proporcionar lineamientos que faciliten la adaptación de los servicios para aprovechar sus ventajas.

126 Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28: 202-207. *Publicados en el Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS, No 14 Feb. 2002; 15 (www.clap.ops-oms.org)*

Elementos operativos para facilitar condiciones para su aplicación e implantación en los servicios de salud

No es suficiente el conocer los elementos sustantivos del modelo de atención basada en las recomendaciones internacionales y enfoque basado en evidencias, si no se incorporan condiciones y mecanismos concretos para facilitar su implantación.

DMTyDI/DGPLADES promovió desde 2007 el desarrollo de procesos interculturales de consulta con personal de salud (obstetras, médicos, enfermeras, parteras profesionales), parteras tradicionales y mujeres usuarias de los servicios, para analizar el equipo y la infraestructura existentes en salud y proponer el equipo y la infraestructura ideal, de acuerdo a nuestras condiciones sociales, económicas y culturales, con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC). Se consideraron las mesas, camas y sillas obstétricas que existen ya en el mercado internacional, para facilitar el parto en posiciones verticales. En el estudio que se realizó con personal de salud directivo y obstétrico se valoró que eran muy caros para los presupuestos ordinarios, permitían muy pocas posiciones verticales y no permitían la participación del familiar, como se practica en las regiones indígenas del país.

Se definieron los siguientes criterios:

- Debía de facilitar por lo menos las posiciones de sentada e hincada (muy utilizadas en nuestro país).
- Que incorporara o permitiera elementos para que las mujeres se pudieran sostener con un punto de apoyo en las manos y abrir su capacidad pulmonar, como se realiza en las regiones indígenas.
- Que tuviera elementos para que los talones tuvieran un punto de apoyo y así poder facilitar el trabajo de los músculos abductores y facilitar la apertura del canal del parto.
- Que permitiera la participación del familiar como sostén físico y emocional, atrás de la mujer, como se practica en las regiones indígenas.
- Que la mujer pueda estar cómoda y cambiar de posición.
- Que también el personal de salud que atiende el parto se encuentre cómodo.
- Para el caso de la mesa obstétrica, que fuera similar a la mesa convencional, para que ocasionara el mínimo de resistencia posible con el personal obstétrico.
- Que sea funcional para la atención de los partos.
- Debía de poder utilizarse con éxito tanto en regiones urbanas, como en rurales e indígenas, tomando en cuenta las diferentes expresiones culturales.
- Que se encontrara dentro del presupuesto normal de las mesas obstétricas utilizadas en centros de salud.

El primer producto, fue la mesa obstétrica para facilitar la atención en posición vertical por personal médico de hospitales y centros de salud. Similar en altura y dimensiones a una mesa convencional, facilita el penduleo en el trabajo de parto, permite la participación de un/a acompañante que brinde soporte físico y emocional, y posibilita a la mujer tomar con autonomía diferentes posiciones verticales, sentada, en cuclillas o hincada. Se le llama: *“Mesa obstétrica para la atención del parto humanizado intercultural en posición vertical”*. Cuenta con lo siguiente:

- Pierneras opcionales para facilitar la revisión de la cavidad uterina o la aplicación de fórceps si el caso lo requiriera.
- Dos soportes para los pies para que la mujer cuente con puntos de apoyo en la posición sentada, que permiten diferentes alturas y ángulos de posición.
- Un marco metálico cromado para facilitar el que la mujer pueda sujetarse tanto de la parte superior, como lateral y contar con puntos de apoyo que le permiten pujar y expandir la cavidad torácica. Permite también que la mujer en trabajo de parto pueda realizar ejercicios de penduleo que permiten facilitar el trabajo de parto y disminuir el dolor. El material facilita su limpieza.
- Un sostén individual para la espalda de la mujer que se levanta en caso de que se atienda sola, y se puede abatir convirtiéndose en asiento para su pareja, familiar o acompañante del parto, para brindar sostén físico y emocional.
- Un sostén trasero que se puede levantar y proporcionar apoyo a la pareja que acompaña el trabajo de parto, que también se puede ajustar para que la mujer descansa en el postparto inmediato y continúe con la lactancia y apego del recién nacido.
- Dos soportes laterales para los pies del acompañante.
- Un segmento distal que se puede quitar para facilitar la atención del parto y volver a colocar para facilitar el descanso de los pies terminando el mismo.
- Dos segmentos laterales que se desprenden para facilitar la participación del familiar y se colocan para propiciar el descanso postparto.
- Una charola en la parte trasera que permite el guardado de los diferentes implementos.
- Cojines desprendibles en vinilo lavable con cierre oculto, que permite su sanitización.
- En las versiones recientes cuenta con ruedas para facilitar su desplazamiento.
- Sistema de frenos para facilitar fijar su posición.



Desde 2008, las parteras tradicionales expresaron que la mesa obstétrica les parecía muy alta para ellas y que sentían un riesgo en que pudiera caer el niño y que por ello ellas atienden muy cerca del suelo. Por esa razón se diseñó con ellas un banco obstétrico en forma de “U”, similar a algunos banquitos que ellas utilizan, que permite la posición sentada de la mujer en trabajo de parto, con la posibilidad de que su acompañante esté detrás sentado/a cómodamente en una silla.

Lleva una curvatura de acuerdo a la anatomía de la mujer, las paredes laterales son inclinadas lo que permite que una persona se acomode atrás, sentado en una silla; lleva una base antiderrapante; tiene a los lados una curvatura para facilitar el acomodo cómodo de las piernas de la persona acompañante y cuenta con cojín desprendible.

En el año de 2009 en Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales, celebrados en los Estados de Morelos y Puebla, parteras tradicionales expresaron que les gusta más la posición hincada, pero que por su edad, que se les hacía ya pesado atender partos en cuclillas al nivel del suelo. Las mujeres participantes señalaron que aunque en esta posición el parto es más rápido, se cansan de las rodillas.

Por esta razón se diseñó con parteras y usuarias otro banco, al que se le denominó “banco obstétrico ergonómico” que permite varias alturas y posiciones para el parto, cumple con todos los criterios establecidos y presenta las siguientes características:

- Permite las posiciones: hincada, por delante y por detrás; sentada, sentada acucillada, en cuclillas y en cuatro puntos (de Gaskin).
- En la posición hincada permite el descanso de las rodillas. El peso se reparte también en las caderas y pantorrillas liberando el nervio ciático y la circulación sanguínea, de manera que la mujer está más cómoda y puede estar en esta posición más tiempo.
- Facilita la participación de un acompañante que brinda sostén físico y emocional.
- Tiene una base acojinada que protege al bebé, inquietud de las parteras.
- Permite el asumir una posición de descanso en la que se pueden recibir masajes en la espalda y cadera.
- Se puede utilizar para el descanso postparto, sentando a la mujer en la base acojinada inferior y descansando sus pies en el banco “kanché”.
- Es un banquito para asiento de las parteras o del personal de salud que decida atender los partos en los bancos obstétricos.
- Cuenta con una curvatura propia del cuerpo y lleva un cojín desprendible.
- Con este banco, las parteras se sientan con las piernas abiertas, metiendo su falda entre las piernas y refieren estar cómodas y con la espalda recta y descansada.
- Si se utiliza el banco ergonómico, después del parto el banco “kanché” sirve para que la mujer descance los pies.

En los talleres interculturales con mujeres usuarias de los servicios de salud realizados desde el 2007, ellas relataban sus experiencias en la atención en los hospitales y centros de salud, expresando el haberse sentido avergonzadas, intimidadas y humilladas por utilizar las batas convencionales que se ofrecen regularmente en los servicios, las cuales como no compensan la gravidez, se suben como minifaldas y que se abren fácilmente de atrás. Es común que los listones de cierre se encuentren rotos. Además no facilita el apego inmediato al nacimiento,



por lo que prácticamente hay que desnudar a la mujer. También expresaron que durante el trabajo de parto es común que se les enfríen y acalambren las piernas, lo cual se explica por la irrigación sanguínea del sistema uterino, además que en la sala de labor les prohíben utilizar sus zapatos o chancletas, por lo que si quieren caminar, lo tienen que hacer descalzas y como están calientes por el parto, esto las puede enfermar.

Por estas razones se diseñó con ellas una bata que facilita la lactancia y el apego inmediato, con compensación de la gravedad y traslape suficiente para cubrir el cuerpo de las mujeres con dignidad, como no sucede con las batas convencionales. También se elaboraron unos calentadores para mantener el calor de las piernas y unos zapatos de tela para evitar que caminen descalzas.

Para facilitar la atención del parto en los bancos obstétricos de manera que la persona que atiende estuviera cómoda, se diseñó un asiento tipo Kanché.





La bata humanizada para facilitar el apego inmediato.

Finalmente, cabe mencionar que se cuenta con una guía para favorecer la implantación en los servicios de salud del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio: Enfoque Humanizado, Intercultural y seguro, que contiene todos los elementos y fundamentos que permitan entender y aplicar dicho modelo en los servicios de salud.

Guía de implantación

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.
ENFOQUE INTERCULTURAL, HUMANIZADO Y SEGURO

El enfoque intercultural en los espacios donde se prestan los servicios de salud

Los espacios donde se prestan los servicios de salud pueden constituirse en “barreras culturales”. Integrada a la reforma a los servicios de salud se realizó una modificación en la gestión de los espacios denominada “Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud”, con la intención de fortalecer la accesibilidad y la acercabilidad de los servicios, promoviendo el concepto de calidad técnica y ambiental de los espacios de salud, lo cual toma en cuenta el diseño y adecuación de los espacios de las unidades de salud y la infraestructura física.

Estos elementos permiten modificar las relaciones que establecen los servicios con los usuarios, revalorando con estas aperturas diferentes aspectos de la cultura local vinculadas a elementos del ciclo de vida.

No tomar en cuenta en el diseño del espacio las características específicas de quien lo va utilizar puede resultar en construcciones agradables para la cultura del prestador del servicio, pero poco amigables para la cultura de la población usuaria. Influyen en esto el género, la edad, el grupo étnico al que pertenece, la clase social, si tiene alguna discapacidad, o si sufre alguna enfermedad sujeta a prejuicios, elementos muchas veces no considerados en el diseño de los espacios.

Estas barreras culturales están relacionadas con la concepción del confort que poseen los diseñadores de los espacios, en contraste con las del usuario, tiene que ver con la funcionalidad de todo el conjunto desde la cultura local, el clima, el aspecto, el mobiliario, e incluye aspectos relacionados como las señalizaciones, la dieta para los enfermos hospitalizados, los espacios para los niños y niñas, para el hospedaje de familiares, para la estancia de los acompañantes de los pacientes y para la “paz emocional-espiritual.”

Desde esta perspectiva se ha elaborado una serie de criterios para evitar y/o “remover las barreras culturales” presentes en los establecimientos de salud, con lo que pretendemos aumentar la satisfacción de la población usuaria y mejorar el impacto de los servicios de salud:

1. Identificación de la singularidad del destinatario.

El primer paso es identificar con claridad el tipo de usuarios que van a utilizar los espacios. Si es una clínica general, cuáles son el tipo de individuos que se espera sean atendidos (mujeres, indígenas, ancianos). En el caso de que sea una unidad para un cierto tipo de atención, tener claro el perfil del usuario (niños, niñas, mujeres en edad reproductiva, diabéticos).

2. Arquitectura en armonía cultural del entorno.

Conviene investigar previamente las características culturales de las edificaciones de la región y conocer sus ventajas objetivas y subjetivas, respecto al clima y al confort. Esto no significa que se deban incorporar todas sus características de una manera acrítica, sino aprovechar sus elementos positivos para incorporarlos en el diseño del proyecto en forma “híbrida.” Asimismo, es oportuno investigar las características de los espacios tradicionales para la atención a la salud de la zona e identificar los elementos que conviene incorporar para hacer más “amigable” y “familiar” la estancia del usuario. (Ejemplo, el uso de temazcales, jardines de plantas medicinales, hamacas en el área de sala de espera y hospitalización).

3. Participación.

Es común que el diseño de la infraestructura, como el de muchos otros elementos de los servicios de la salud se realice sin tomar en cuenta la población que hace uso de ellos. Para que el establecimiento se adecuó a las expectativas de ésta, es indispensable desarrollar eventos con la población beneficiaria, para escuchar su opinión sobre:

- Diseño.
- Aspecto.
- Funcionalidad.
- Mobiliario.
- Señalización.
- Espacios de espera.
- Posición para el parto.
- Dieta.
- Espacios especiales para hospedar familiares, juegos para los niños y niñas.
- Espacio ecuménico para la oración y la paz espiritual.¹²⁷
- Orientación y ubicación considerando elementos culturales respecto a los lugares y sitios de significancia espiritual o simbólica.

4. Coherencia educativa.

Es completamente inadecuado promover mensajes de salud y no vivirlos con acciones concretas en la práctica. Por ello se recomienda que se incorporen los elementos que se promueven en las actividades educativas cuando sea el caso: sanitarios secos aboneros, estufas Lorena (construidas con lodo y arena), piso de cemento, jardines botánicos. Lo ideal es que la infraestructura de la unidad de salud sea educativa en sí misma y pueda dar orientación en la mejora y construcción de sus viviendas: materiales de la región, funcionalidad, iluminación, captación de agua, manejo de basura.

5. Sustentabilidad.

Muchas unidades de salud se encuentran en zonas con alta precipitación pluvial, pero carecen de sistemas continuos y adecuados de abasto de agua. Otras no cuentan sistemas de drenaje, tratamiento y destino final de aguas residuales, con lo que contribuyen a la contaminación de la región y, por ende, pueden ocasionar problemas de salud. Por ello muy bien vale la pena diseñar sistemas de captación de agua de lluvia y de reciclaje para las aguas residuales, que además de favorecer la sustentabilidad de la unidad, fortalecen la coherencia educativa, poniendo en práctica propuestas que pueden contribuir a mejorar la vivienda de la región y fortalecer la cultura local.

6. Lengua.

En las regiones de uso frecuente de alguna lengua indígena es indispensable ubicar en la unidad de salud un módulo para el traductor indígena,¹²⁸ que puede situarse en el módulo de información, además de incorporar señalamientos que contengan tres elementos: un icono o dibujo que ilustre el mensaje que se quiere transmitir, la palabra en la lengua de la región y la misma palabra en español. De esta manera se

127 Se considera importante el que las diferentes unidades de salud puedan contar con un espacio de oración. En los lugares en donde existan practicantes de varias religiones o en los hospitales de las ciudades es conveniente que este espacio sea ecuménico, sin imágenes relativas a religión en particular, donde los parientes de los enfermos puedan acudir, para la obtención de paz emocional y espiritual (elemento importante de salud espiritual y familiar)

128 De acuerdo con la Ley de derechos lingüísticos de los pueblos indígenas, a partir de marzo de 2005, todos los servicios públicos en zonas indígenas deben contar con servicio de traductores.

refuerza la cultura local, se fortalece la alfabetización en lengua indígena, se favorece el bilingüismo y se cumple con el mandato constitucional.

7. Promoción de la salud.

Las unidades de salud han sido conceptualizadas como espacios para combatir la enfermedad, más que para promover la salud. Es determinante la influencia que pueden tener para fortalecer este paradigma de la atención médica y tener una coherencia con la definición de “espacios para la salud.” Por ello es importante incorporar elementos que ponen el acento en la promoción de la salud, como un salón de usos múltiples para eventos donde la comunidad pueda utilizarlo para reuniones sobre educación para la salud, cocina y nutrición, ejercicio físico, manualidades, diversión, escuelas para diabéticos, entre otras. También poder ofrecer baños públicos, fuentes de agua potable para beber y espacios al aire libre.

8. Propuestas concretas desde el enfoque intercultural para disminuir las barreras culturales existentes en los espacios de salud:



a) Señalizaciones claras para la singularidad de los usuarios.

Las diferentes señalizaciones deben cumplir con la norma y brindar el apoyo visual al mensaje que se quiera transmitir, con una imagen comprensible para la gente de la región, con su explicación en español y en las lenguas indígenas de la zona. Es necesario ubicar las señalizaciones en todos los servicios de atención a los usuarios, incluyendo los baños públicos.

b) *Adaptación cultural de las salas de espera como un espacio comfortable. Puede incluir espacio con juegos infantiles donde los niños permanezcan seguros y entretenidos.* Es importante seleccionar el mobiliario de la sala de espera, así como su acomodo tomando en cuenta los elementos culturales de la región, lo que permita favorecer la comodidad, comunicación, convivencia y limpieza, considerando la iluminación, vistas, paisaje, decoración y los colores de las paredes siempre tomando en cuenta la cultura local.

Considerar hamaqueros para zonas calientes, en las cuales las hamacas sean parte importante de la cultura.

Es importante que los sanitarios públicos de los servicios de salud cuenten con cambiadores de pañal tanto para mujeres como para hombres. Este servicio ya se cuenta en hoteles, cinemas, autobuses y baños públicos. Es una demanda de grupos civiles que trabajan la perspectiva de género y organizaciones de mujeres.



Es fundamental incorporar juegos infantiles en las salas de espera considerando a los niños y a las niñas que asisten a consulta o acompañan a familiares. Los niños que acompañan a sus madres requieren de un espacio seguro de juegos, y si son muy pequeños de mobiliario (cunas, colchonetas) para que puedan descansar mientras la madre espera.

No se trata sólo de que la sala de espera sea cómoda sino, que el niño tenga su lugar en ella.

El lugar debe de ser funcional, cómodo y seguro para personas con discapacidades. Para ello debe contemplar los elementos enunciados en la Norma Oficial Mexicana NOM-001SSA2-1993, para ello es necesario consultar asociaciones de personas con discapacidades existentes en la región para conocer su opinión y propuestas.

En regiones donde usuarios y familiares acuden desde distancias lejanas, se debe incorporar un área para que puedan ingerir sus alimentos de una manera confortable. Dado que el hospital debe ser un espacio de promoción de la salud, se debe evitar el expendio de alimentos chatarra.

También es importante la organización de los servicios para facilitar el tránsito, la ubicación fácil a fin de evitar el cansancio y desgaste de familiares y pacientes.

c) Espacio para albergue de estancia corta de pacientes de parto y post-parto para mujeres de alto riesgo. (Posadas de Asistencia para la Mujer Embarazada -AME), En las zonas rurales de difícil acceso, es conveniente que las mujeres a las cuales se les haya detectado algún riesgo, puedan trasladarse al hospital desde días antes de la fecha probable de parto.

Para ello se requiere un lugar donde la embarazada pueda hospedarse cerca del hospital, con vigilancia médica y la atención de sus familiares y de las parteras tradicionales que la acompañen.

En las zonas indígenas se consideran los tres primeros días después del parto, de alto riesgo, dado que la mujer se encuentra en estado “caliente” y si se expone al “fresco”, se puede desequilibrar y enfermar. Por ello es conveniente contar con

la posada para que pueda hospedarse esos días, con alimentación llevada por sus familiares, y se pueda restablecer y trasladar con seguridad y tranquilidad.

d) *Condiciones de comodidad para usuarios hospitalizados y sus familiares.*

Se propone incorporar la decoración estimulante y la pintura de acuerdo al efecto psicoemocional que se quiera conseguir; se trata con ello de hacer “amigables” los espacios físicos, procedimientos y personal.

Los niños hospitalizados ambulatorios requieren también de espacios de juego en donde puedan interactuar con otros niños y se estimulen emocionalmente de manera positiva, es importante destacar que para los pacientes adolescentes y adultos hospitalizados, se tome en cuenta la cultura de la región, esto disminuye la carga a enfermería y refuerza la respuesta inmunológica ante la enfermedad. Para ello es importante también contar con áreas verdes que puedan utilizar los pacientes.

Es importante considerar condiciones para la comodidad de los familiares acompañantes de los pacientes hospitalizados. Esto implica espacio suficiente para una o dos sillas cómodas, lo que ayuda a los cuidados de enfermería, disminuye su carga de trabajo, así como los riesgos en los momentos en que el paciente se queda solo, además de que los familiares observan otros elementos que el personal no percibe.

Además el acompañamiento fortalece el estado emocional del paciente mejorando la respuesta inmunológica ante la enfermedad.

e) *Espacio de oración.*

Dado la visión religiosa de la población que recurre a los servicios de salud, se requiere incorporar un espacio ecuménico (cualquier religión) que facilite la reflexión, oración y paz de los familiares y pacientes que acuden a los servicios de salud. (Capilla). Al concepto de Salud de la OMS, como un estado de equilibrio bio-psico-social, la población añade también, “y espiritual”.

f) *Espacio para albergue de estancia corta para acompañantes y parteras de mujeres pacientes.*

Es común encontrar en muchos hospitales rurales a los familiares de los pacientes hospitalizados acostados en el suelo a pasar la noche, envueltos en alguna cobija. Para la gente rural e indígena que viene de zonas marginadas y lejanas, no es posible regresar a sus casas, así como conseguir un servicio de hospedaje en el pueblo.

Por esa razón se recomienda en esos casos consultar a la población para analizar la posibilidad de contar con un lugar donde los familiares puedan contar con hospedaje cerca del hospital. Es el caso también de las parteras tradicionales que en ocasiones acompañan a la usuaria y ya no pueden regresarse a su comunidad.

g) *Espacio y equipamiento para el parto en posición vertical.*

La Secretaría de Salud cuenta ahora con un modelo de atención intercultural de las mujeres en el trabajo de parto, en posición vertical en los Servicios de Salud, que cuenta con amplios fundamentos científicos, legales, y culturales. Ya existe una

propuesta institucional de mesa obstétrica para atención en posición vertical que se puede aprovechar en los Centros de Salud y Hospitales.

Por ello es importante el promover condiciones para la atención del parto en posiciones tradicionales, siempre y cuando la población los demande y no exista contraindicación médica.

h) Ambientación cálida para la Sala de Expulsión.



Es necesario poner atención especial en la ambientación térmica de las salas de expulsión en regiones que atienden población indígena debido al concepto del equilibrio frío-calor existente en gran parte de la población de origen indígena y rural. Para gran parte de la población de origen rural es importante que los espacios y los procedimientos hospitalarios no sean “fríos”, en especial para personas con padecimientos o procesos “calientes” como el embarazo y parto. La frialdad dificulta y vuelve lento el trabajo de parto.

Los desequilibrios pueden ocasionar alteraciones graves y producir otras enfermedades, tensión y ansiedad, dificultando la aceptación de los servicios. Por ello es importante revisar la ambientación térmica de los espacios de consultorios, hospitalización y salas de expulsión, así como los materiales que se encuentran en contacto directo con los pacientes (frazadas, sábanas).

i) Módulo de Medicina Tradicional, espacio para atención de la partera o curandero de la comunidad.

Si la población lo solicita y los terapeutas tradicionales están de acuerdo, se puede incorporar un espacio cercano al hospital o centro de salud, para ofrecerlos servicios la medicina tradicional, con la atención de curanderos, hueseros, sobadores y parteras de la comunidad y región.

Esto puede favorecer la coordinación y el enriquecimiento mutuo si existen estrategias interculturales de formación del personal y articulación entre los dos modelos. No es suficiente con la cercanía física.

Ahora se valora de manera positiva el que la atención del parto dentro del modelo tradicional atendido por parteras pueda realizarse en las mejores condiciones y cercano al hospital por la posibilidad de alguna complicación. De esta manera se

puede realizar sinergia intercultural ofreciendo a la mujer la atención con lo mejor de los dos sistemas médicos.

j) *Temazcal*.

Es un servicio que puede articularse al módulo de medicina tradicional y favorecer la amigabilidad cultural de los servicios, con lo que se favorece la aceptación de los servicios de salud.

Consiste en un espacio donde la persona usuaria recibe baños de vapor con hierbas medicinales que le ayudan a evitar los desequilibrios de frío-calor, de acuerdo a su cosmovisión. Requiere la supervisión de una persona experta, tanto para su construcción, como para su utilización.

k) *Farmacia verde*.

Consiste en un espacio en centros o casa de salud, para contar con un botiquín de preparados de plantas medicinales, de acuerdo a las enfermedades de la región, así como a sus recursos naturales. Es útil para enfermedades en las cuales las plantas medicinales son menos agresivas que el medicamento convencional, o en casos en los que éste escasea.

El hospital intercultural sustentable. Una propuesta para el fortalecimiento de los servicios de salud en sociedades multiculturales

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 enfatiza en la necesidad de incorporar los planteamientos del desarrollo sustentable en las propuestas institucionales. Además puntualiza la necesidad de promover la igualdad de oportunidades, lo cual supone, el acceso a la salud en la población vulnerable y de todos aquellos servicios que contribuyan al bienestar de las personas.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, sustenta la política Intercultural de la Secretaría de Salud al proponer la incorporación del Enfoque Intercultural en la operación de los Programas de Salud, lo que permite focalizar por grupos culturalmente diferenciados los cambios pertinentes para atender a cada usuarios desde sus propias necesidades y percepciones en relación a la salud y enfermedad, logrando con ello, en palabras de la OMS, el equilibrio bio-psico-social y no solamente la ausencia de la enfermedad. Además del impacto clínico, la satisfacción del usuario se vuelve ahora también un objetivo esencial. Este proceso se encuentra sustentado también en la política de la Secretaría de Salud dirigida a fortalecer y ampliar la oferta de los servicios de salud a través de la incorporación de diferentes modelos tanto clínico terapéutico, como de fortalecimiento de la salud, bajo planteamientos de seguridad y eficacia.

Esta nueva visión implica cambios sustanciales en la manera de diseñar y operar los espacios de salud, lo cual es el eje central de esta propuesta.

El cambio

Tenemos claro que existen paradigmas desde los cuales se diseñan y operan los hospitales y unidades de salud. Muchos de esos paradigmas requieren una actualización a la luz de los de los nuevos principios de calidad relacional, los planteamientos de la medicina basada en evidencias, las oportunidades que abren las medicinas complementarias, alternativas y tradicionales, y los

avances científicos en el campo de la psiconeuroendócrinoimmunología que acentúan la importancia de considerar de manera intencionada el estado emocional positivo de los pacientes.

Se considera que el hospital no es una isla y que requiere insertarse armónicamente y de manera positiva en su medio, tanto cultural, social como ambiental.

La propuesta

Definimos como hospital intercultural sustentable a aquel en el que intencionadamente se incorporan elementos en espacios arquitectónicos y procedimientos de atención, para fortalecer las condiciones de salud para la gente¹²⁹ y el ambiente, para que sea más eficiente en el manejo de la energía y recursos, y para evitar y/o erradicar las barreras culturales y facilitar el acceso de los usuarios. También incorpora de manera integrativa, diversos elementos para la atención y fortalecimiento de la salud, desde los aportes que ofrecen diferentes modelos médicos.

La propuesta considera los siguientes principios y criterios:

- Participación de los usuarios y prestadores en el diseño y definición de espacios.
- Amigabilidad y competencia cultural.
- Saludable para la gente (usuarios y prestadores).
- Saludable para el ambiente.
- Sustentable económica y energéticamente.

Integra diferentes servicios interculturales:

- Módulo de traducción si el porcentaje de población indígena es significativo.
- Atención intercultural del parto.
- Enriquecimiento intercultural a la dieta hospitalaria.
- Servicios con otros modelos clínico terapéuticos reconocidos en México con sustento legal, como es el caso de la acupuntura, homeopatía y herbolaria.
- Servicios con Medicina Tradicional Indígena
- Fortalecimiento de la salud de los usuarios, prestadores y población local, a través de alimentación sana, ejercicio saludable y buen humor.

Incluye una política de contratación y capacitación de los recursos humanos, así como la apertura para el análisis y en su caso adecuación de los procedimientos y las normas, que se han venido aplicando.

Saludable para la gente

En el diseño del hospital, servicios, equipo y procedimientos es necesario considerar elementos que disminuyan el riesgo y que aumenten las condiciones para fortalecer la salud, tanto de usuarios como de prestadores.

a) *Seguridad y disminución del riesgo.*

Es importante tomar en cuenta los últimos planteamientos y recomendaciones con

¹²⁹ Esto incluye los prestadores que laboran en el hospital y los usuarios que hacen uso del mismo.

respecto al manejo del riesgo y seguridad para hospitales que se manejan a nivel mundial, y además considerar las particularidades ergonómicas de la población local (ejemplo su estatura para la altura de cama y escalones), así como la percepción del riesgo que los usuarios y prestadores perciben.

b) Espacios seguros ante la posibilidad de desastres.

Muchas regiones del país se encuentran expuestas a la presentación de desastres ocasionados por la agudización de fenómenos naturales provocados por el cambio climático. Es necesario considerar la historia y proyecciones regionales y diseñar los espacios de manera que puedan enfrentar las situaciones que se puedan presentar en la región.

c) Espacios educativos para la promoción de la salud.

Es conveniente incorporar una o varias salas de usos múltiples para facilitar actividades educativas y de juegos, así como reuniones donde se facilite la participación comunitaria.

d) El Hospital un espacio para el fortalecimiento de la salud.

El hospital, además de ser convencionalmente un espacio para atender la enfermedad, debe ser un instrumento para favorecer la salud, tanto de los usuarios, prestadores y pacientes hospitalizados, como de la población que habita en los alrededores del mismo.

Para ello es necesario considerar espacios verdes, áreas donde se pueda enseñar a preparar comida saludable, realizar ejercicio físico saludable y manualidades. Así mismo, en regiones donde exista limitación de servicios públicos, se podría integrar servicios para beber agua potable y poder realizar la higiene personal.

Es importante incorporar espacios donde se puedan realizar actividades recreativas para toda la población.

Saludable para el ambiente-salud sin daño

El hospital se encuentra participando de una comunidad y un ambiente natural específico. Es necesario que de manera intencionada se definan procesos para su inserción de manera positiva y armónica. Para ello se propone incorporar los siguientes procesos:

a) Manejo y reciclamiento de residuos y basura.

Se propone que además del control de los residuos potencialmente peligrosos de acuerdo a la norma correspondiente, se incorporen procedimientos para el manejo y destino final de la basura, lo cual reduciría el porcentaje de basura a tirar, eliminaría los riesgos en los tiraderos públicos donde normalmente va a parar esa basura y sería educativo para la población.

b) *Tratamiento de aguas residuales.*

Las aguas residuales vertidas por los hospitales, presentan una condición de riesgo para la población local. Se requiere una posición de compromiso con ella y el ambiente, que se traduzca en la incorporación de procesos que traten y aprovechen las aguas residuales, evitando verter en ellas de sustancias infecciosas y tóxicas. Ya existen en México una serie de tecnologías probadas que funcionan con principios biológicos y de baja tecnificación y que son económicas.

c) *Control de la erosión y sedimentación.*

La modificación de hábitat con la construcción puede acelerar los procesos locales de erosión y sedimentación. Es importante considerarlos en la construcción de los hospitales para controlar el impacto en el ecosistema.

d) *Controlar y/o limitar la emisión de contaminantes químicos.*

Se deberá tender a regular y limitar consistentemente los contaminantes químicos teniendo como parámetro los más vulnerables de pacientes o comunidades circundantes por exposición a los mismos.

e) *Evitar que las emisiones de los vehículos automotores entren a las salas del hospital ya que contribuye a agravar las enfermedades del corazón y las crónico-degenerativas.*

Sustentabilidad energética y económica

En los diseños de espacios para la salud y uso de equipo es necesario evitar el derroche de energía y recursos en su operación, es muy importante aprovechar todos los aportes que la bioclimatización y arquitectura sustentable ofrecen, por ello se recomienda:

a) *Bioclimatización.*

Tomando en cuenta el clima y la cultura local, es importante considerar en el diseño de los espacios el aprovechamiento de la luz natural y la ventilación. Ello puede ahorrar el uso de la energía eléctrica de manera significativa para la iluminación y la operación de ventiladores y aires acondicionados. Además proporciona una atmósfera más saludable y confortable. Para ello hay que aprovechar la utilización de domos e invernaderos de ventana.

b) *Orientación.*

Otro elemento a considerar es la orientación de los diferentes espacios tomando en cuenta las consideraciones locales del clima y cultura. Climáticamente es muy importante porque el calor del sol y el poder refrescante de los vientos cambian de acuerdo a la orientación. Además para muchas culturas indígenas, la orientación tiene que ver con otros elementos, lo cual genera la necesidad de tomar en cuenta la opinión local.

b) *Termicidad.*

En algunas regiones del país hay cambios importantes de temperatura en las diferentes estaciones del año. Por ello es necesaria la utilización de materiales que sean bajos conductores de calor en paredes y techos, para que la temperatura externa no afecte la interna. En algunas condiciones se puede añadir el sistema de doble puerta o ventana.

c) *Minimización de la Isla de calor.*

La isla de calor es una situación de acumulación de calor producida por la construcción de grandes extensiones elaboradas con materiales como el cemento, que absorben mucho calor y lo irradian lentamente durante la noche. En el día, este calor se suma al producido por la reflexión de materiales como el vidrio. La falta de zonas verdes y el entubamiento de los afluentes acuosos, reduce las oportunidades de transformar la energía solar a través de los procesos de fotosíntesis o evaporación del agua. Los sistemas de refrigeración forman parte de un círculo vicioso, ya que generan calor extra y su uso se incrementa con la temperatura. La existencia de edificios conexos limita la circulación del aire, con lo cual la cápsula de gases no se puede romper. Los colores oscuros de los edificios absorben más calor con lo cual la temperatura aumenta.

La climatización del hospital tiene de por sí que enfrentar el calor producto del clima local y estación del año. Hay que considerar además el efecto producido por el calentamiento global debido al efecto invernadero, con lo que se puede proyectar que nuestro hospital puede enfrentar situaciones de agudización gradual del calor con los años. Con el efecto de la isla de calor, la temperatura ambiental puede subir hasta 5 grados, con lo que la eficiencia climatizadora disminuye.

La isla de calor se puede enfrentar de manera eficiente al construir los hospitales en zonas arboladas, alejadas de las concentraciones urbanas, con pocas superficies absorbentes de calor, con aprovechamiento de espejos de agua y la utilización de cubiertas térmicas de alta reflectancia para proporcionar sombra.

d) *Eficiencia en el uso del agua.*

El agua es un recurso cuya obtención es cada vez más difícil, debido al deterioro de las fuentes de agua a causa de la deforestación y a las alteraciones producidas por el cambio climático. Es importante considerar, de acuerdo a la precipitación pluvial de la región, el integrar sistemas de captación y aprovechamiento del agua de lluvia, almacenaje, así como del tratamiento y reutilización de las aguas residuales.

Servicios interculturales

Es importante considerar en un hospital intercultural los siguientes servicios:

a) *Servicio de traducción para los hospitales que atienden población indígena .*

Para dichos hospitales es necesario contar con el servicio de traducción en las áreas de recepción, consulta externa, trabajo social, urgencias, hospitalización y servicio de laboratorio. Para ello se puede considerar módulos de traductores o enlaces interculturales que puedan proporcionar atención en dichos servicios.

Si es posible, hay que favorecer que la plantilla del mismo hospital contrate personal local bilingüe y le otorgue reconocimientos por ello.

La Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas brinda el sustento jurídico para realizar dichas acciones.

b) Atención Intercultural del embarazo, parto y puerperio.

Los procesos de atención en torno al embarazo, parto y puerperio son los más controvertidos en la historia de la medicina occidental, lo cual incluye la época actual. Se ha dado en ellos la transformación de un sinnúmero de paradigmas basados en elementos subjetivos y lineamientos culturales. El enfoque actual de la medicina basada en evidencias da cuenta de muchos procedimientos que continúan en las normas que no cuentan con evidencias de eficacia, o que si cuentan con evidencias pero de consecuencias negativas. Así mismo, este enfoque también da cuenta del impacto positivo de procedimientos que no se han querido incorporar como el parto psico-profiláctico, la posición vertical del parto y el amamantamiento inmediato.

c) Enriquecimiento intercultural de la dieta hospitalaria.

Es común que la dieta de los pacientes hospitalizados no tome en cuenta la cultura alimentaria local, por ejemplo alimentos fríos cuando las pacientes cursan con padecimientos “calientes”. Es importante incorporar elementos de la dieta local como la tortilla, el pozol, el atole y el caldo de gallina, considerando sus propiedades frías y calientes, las cuales son muy importantes para la recuperación de las púerperas. Se considera que esta adaptación aumenta la satisfacción del usuario y no empobrece las necesidades nutricionales y clínicas de la dieta hospitalaria.

d) Servicios de la medicina tradicional indígena.

Incorporar los servicios de la medicina tradicional, considerando la opinión de la población y la de los terapeutas tradicionales de la región, para lo que sugerimos:

1. Convocar a los terapeutas y parteras tradicionales de la región que deseen establecer una interrelación con los servicios.
2. Delimitar los servicios que se ofrecerán considerando la seguridad de los usuarios.
3. Diseñar el servicio y los espacios de la medicina tradicional en conjunto con sus practicantes.
4. Coadyuvar al establecimiento de una relación intercultural de conocimiento mutuo entre todo el personal de salud del hospital y los terapeutas tradicionales.
5. Integrar el pago de los servicios que otorguen los terapeutas y parteras tradicionales al presupuesto del hospital en condiciones de equidad.

e) Incorporar espacios para brindar servicios con otros modelos médicos que cuenten con marco legal como la acupuntura, homeopatía y terapéutica herbolaria.

Accreditación de Unidades para la consolidación de la propuesta intercultural

Como un elemento central para mejorar la calidad de la atención a la población indígena, la Secretaría de Salud ha venido impulsando desde el año 2005 en todo el país propuestas y recomendaciones que fueron incorporadas al “Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en establecimientos Públicos para la Prestación de los Servicios de Salud” manual que define los criterios y requisitos para la operación de las unidades de salud inscritas en el Sistema de Protección Social, en dicho manual, se incorporaron criterios y requisitos de “Competencia Cultural” del personal de Salud a ser asignado a los establecimientos ubicados en regiones indígenas.

En el marco de las estrategias para fortalecer la calidad de los servicios, se definieron las acciones a realizar por los servidores públicos en el “Formato de auto-evaluación para la acreditación de establecimientos de 1er Nivel, 2º. Nivel, Hospitales Pediátricos y Comunitarios, además para Unidades del Programa IMSS-Oportunidades.

Los criterios interculturales, aunados a los criterios generales de mejora de la calidad, pretenden alcanzar competencias culturales por parte del personal, además de las competencias profesionales.

Sistema de protección social en salud

De conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y sin importar su condición social, todos los mexicanos tienen derecho a la Protección Social en Salud, con un mecanismo por el cual el Estado garantice el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación.

Como mínimo deberá contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Se entiende por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, coordinados por la Secretaría de Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación. Así mismo, se entiende por Régimen Estatal, a las acciones de protección social en salud que provean los Estados de la República y del Distrito Federal.

Contenidos interculturales en el formato de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de 1er. nivel (Sistema de protección social en salud)		
Área de verificación	Concepto	Criterio
Interculturalidad	Recursos humanos con competencia intercultural y de género.	<p>Verificar en la localidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de al menos una persona por turno del equipo de salud con conocimiento bilingüe. 2. Constancia de adscripción al establecimiento. 3. El 60% del personal debe contar con una constancia de capacitación en interculturalidad y/o género de mínimo 8 hrs. presencial y/o vía internet expedido por alguna dependencia competente.
	Lineamientos de trato intercultural.	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2. Difusión y conocimiento al personal de salud de los lineamientos. Presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad.
	Comités de salud.	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2. El comité difunde los programas prioritarios en la lengua predominante. 3. Documentación de estrategias para la difusión de programas prioritarios con los elementos culturales de la región.
Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Acreditación de establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud. Formato: Unidades de primer nivel, 1012.		

Contenidos y criterios de las cédulas de autoevaluación de Unidades Móviles (2012)

Interculturalidad *(30)	Personal de salud bilingüe.	Verificar que para las visitas a localidades indígenas cuando menos uno de los recursos de la unidad médico móvil o de la localidad sea bilingüe.
	Recursos humanos con competencia intercultural y de género.	Verificar: 1. Todo el personal de salud deberá acreditar documentalmente la competencia intercultural y/o de género mediante recursos presenciales y/o vía internet. 2. El personal de salud cuenta y conoce los lineamientos de trato intercultural.
	Difusión de programas de salud en la lengua local.	El personal de salud o el personal bilingüe deberá promover los diferentes programas de salud en la lengua local y difundirse los derechos de los pacientes y señalización de las áreas a través de carteles comprensibles y con simbología adecuada a su cultura.

Contenidos y criterios de las cédulas de autoevaluación de Unidades de 2° nivel

Interculturalidad	Recursos humanos con competencia intercultural y de género.	Verificar en la Unidad de salud: 1. Existencia de al menos una persona por turno del equipo de salud con conocimiento bilingüe. 2. Constancia de adscripción al establecimiento. 3. El 60% del personal debe contar con una constancia de capacitación en interculturalidad y/o género de mínimo 8 hrs. presencial y/o vía internet expedido por alguna dependencia competente.
	Lineamientos de trato de intercultural.	Verificar: 1. Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2. Difusión y conocimiento al personal de salud de los lineamientos. 3. Presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad.

Capítulo 4

LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA MEXICANA

José Alejandro Almaguer González, Vicente Vargas Vite
y Hernán José García Ramírez

La medicina tradicional indígena

La medicina tradicional es la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acopiando y organizando a lo largo de milenios. Esto es muy importante subrayarlo, porque algunas interpretaciones le restan su aporte respecto a la salud, dejando sólo su papel cultural.

Estos conocimientos han sido ordenados por los pueblos originarios en una visión del mundo que pone énfasis en la totalidad de las cosas, en la relación de las personas y los seres vivos con la naturaleza, las divinidades, el cosmos y en el equilibrio entre diferentes elementos y conceptos, que se manifiestan físicamente en el organismo y/o partes de él con procesos de frío o calor.

Así se estructuró y se mantiene en la concepción de los “sabios” y herederos de estos saberes, un sistema determinado y complejo de atención a la salud que configura un modelo causal propio muy elaborado; una nosología que pone el acento en el equilibrio corporal y en la fuerza vital de los individuos; procedimientos diagnósticos complejos que obedecen a la misma racionalidad; así como un conjunto amplio de procedimientos terapéuticos que pretenden la restauración del equilibrio perdido en la persona, así como con las fuerzas sociales, naturales y divinas en las que se mueve.

Este sistema ha organizado propuestas coherentes para interpretar las relaciones de los grupos humanos en sus actividades cotidianas, en el ámbito del trabajo, la producción de sus satisfactores materiales, sus actividades sociales, religiosas y de salud.

Los puntos nodales que le dan racionalidad, sustento, cuerpo, relaciones e implicaciones son completamente diferentes a las del sistema médico occidental autodenominado “científico”; por ello, las intenciones de explicarlo o reducirlo, a través de este otro marco teórico-explicativo, producen deformaciones sustanciales que lo mutilan, lo muestran parcialmente volviéndolo incomprensible, restándole su coherencia propia, empañando sus aportes y riquezas como un sistema completo de salud.

Como todos los sistemas,¹³⁰ es abierto y se encuentra en continuo movimiento y transformación. La medicina tradicional indígena como sistema, se relaciona con otros sistemas de salud, entra en competencia con ellos, se enriquece y se complementa. Estas interacciones contradictorias se dan a través de mecanismos de conflicto y tolerancia, que se mueven históricamente hacia y desde diferentes lados de la balanza. Como sistema también, posee su capacidad de adaptación de acuerdo con su libertad de movimiento, así como la de generar nuevos procesos que emergen y que implican capacidades difíciles de deducir por el análisis de algunas de sus características, cuando se visualizan de manera aislada, simbolismo, elementos de ritualidad, herbolaria, entre algunos de sus componentes.

Aunque parten de una cosmovisión común, cada sistema médico tradicional en los diversos pueblos indígenas, (ya que cada uno conlleva una particular relación con su medio ambiente) se comporta y organiza de forma diferente. Algunos se han enriquecido y continúan vivos y vigentes, otros se encuentran en estancamiento en un proceso de defensa y reclusión, y otros más en franco proceso de dispersión, fuga y extinción, como las culturas a las que se adscriben.

Diagnóstico situacional

La medicina –avanzada para su época–, que se practicaba en las culturas prehispánicas, sufrió también procesos de ruptura, fragmentación y pérdida con el proceso de conquista. Los médicos y sacerdotes indígenas fueron asesinados y los libros de medicina condenados a la hoguera, sobrevivió por medio de la tradición oral y la práctica comunitaria adaptándose a estrategias de supervivencia y sincretismo, a través de la reestructuración y consolidación de tradiciones, de diferentes terapeutas del pueblo que conocían de plantas medicinales, masajes, punciones y diversos ritos. Como todo saber médico ha evolucionado y se ha enriquecido con elementos de otras culturas, formando parte de la identidad y cohesión cultural de los diferentes pueblos, ahora se le llama tradicional, porque forma parte de las tradiciones culturales y legados de cada región.

A través de los conocimientos de herbolaria de los terapeutas tradicionales, que en cada pueblo reciben nombres diferentes, se han conocido los principios activos de innumerables medicamentos, lo cual ha beneficiado a la medicina contemporánea, aunque no se les ha dado reconocimiento cabal a los depositarios originarios de dicho saber.

El proceso de transculturación continúa en el país y con él, los procesos de pérdida de la medicina tradicional de manera diferenciada. Perviven algunos grupos étnicos que continúan orgullosos de su identidad, mientras otros van sucumbiendo a las presiones de la modernidad, con la consiguiente pérdida de la lengua, valores, tradiciones y conocimientos.

La medicina tradicional interactúa con otros sistemas en el seno de cada cultura (sistema productivo, religión, derecho, construcción, educación no formal) construyendo la cosmovisión propia y generando una identidad cultural específica; guarda una relación muy cercana con el sistema productivo campesino, estrechamente vinculado a la milpa, compartiendo los valores en torno a la tierra y al carácter sagrado de la misma, se fortalece o se debilita en la medida que se fortalece o debilita la identidad cultural, situación que se refuerza por los procesos de migración en todo el país.

130 Ruelas-Barajas E, Mancilla R. Coordinadores. Las ciencias de la complejidad y la innovación médica. UNAM, CEICH, Secretaría de Salud, Plaza Valdez Editores, México, D.F., mayo de 2005

La medicina occidental (científica) tiene como sustento por un lado, el bagaje histórico y teórico acumulado en el ámbito mundial, traspasando fronteras geográficas. Culturalmente se ha institucionalizado en la sociedad por una serie de mecanismos de difusión y consenso que le conceden características y alcances que no necesariamente van a la par con los avances científicos. Económicamente, posee mecanismos muy elaborados que tienen que ver con su publicidad, institucionalización, investigación y marco legal, siendo la producción de medicamentos y de tecnología, parte constitutiva del modelo.

La medicina tradicional se mueve en un marco muy diferente. Se encuentra inserta en el ámbito local y en algunos casos, regional. Su espacio de acción y de sustento es la comunidad. La comunidad la reconoce, la resguarda, la utiliza, la retroalimenta, la nutre de nuevos terapias. En su entorno, se colectan los insumos terapéuticos que utiliza. El ambiente que rodea a la comunidad es partícipe de las relaciones que se establecen con la naturaleza y sus divinidades. Desde la medicina tradicional, siempre se está en búsqueda de un equilibrio, coherente con la cosmovisión holística existente sobre la salud y la enfermedad.

En la medicina occidental, el concepto de la salud que se enseña en la práctica clínica, considera la salud de un individuo como el resultado del correcto funcionamiento del cuerpo; aun cuando la definición de la Organización Mundial de la Salud toma en cuenta a la mente y los factores sociales, en la práctica casi no se tocan en cuenta.

En la medicina indígena tradicional, por lo general se considera la salud como el resultado de un estado de equilibrio interno entre distintos factores, entre los que sobresalen los elementos fríos y calientes, que dependen del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general.

En la medicina científica, el médico está formado para utilizar como auxiliares de diagnóstico a la radiología, los estudios de laboratorio y gabinete, entre otros.

En la medicina tradicional, el médico indígena utiliza otros métodos diagnósticos que dentro de su cosmovisión tienen una explicación lógica, está preparado para utilizar los masajes, la herbolaria, partes de animales y la “medicina simbólica” (la cual también en ocasiones utilizan los médicos científicos) en forma eficiente, como guía de su atención.

El médico científico se prepara para trabajar en un contexto que le proporcione un consultorio, material estéril, personal de apoyo, infraestructura como quirófano, conexiones de oxígeno, aparatos de monitoreo y medicinas elaboradas por otros, desconocidos para los pacientes y sus familiares.

El médico tradicional trabaja en su domicilio, donde tiene un espacio para atender con técnicas de masajes, limpiezas, entre otras actividades, utiliza recursos que obtiene de la región y del medio ambiente. En otros casos, trabaja en el domicilio de sus pacientes, con recursos modestos y en la mayoría de los casos fáciles de obtener, conocidos para los pacientes y sus familiares.

El médico científico se prepara para vivir de la medicina, por lo que cobra por sus servicios de acuerdo a tarifas convencionales. Un médico especialista dentro del modelo de desarrollo social occidental, es exitoso en la medida que su estatus se refleje en la pertenencia a grupos y asociaciones o la posesión de bienes materiales.

El médico tradicional, generalmente vive como sus vecinos, trabaja como todos en actividades propias como la siembra, la cría de animales, el comercio; en muchos casos no cobra por sus servicios recibiendo una cantidad modesta en especie o en efectivo. Su necesidad de estatus está satisfecha por el reconocimiento social y la participación en el sistema de cargos.

La medicina científica, está apoyada por un marco jurídico legal, que delimita las competencias, las responsabilidades del personal de salud y se responsabiliza mediante su saber científico, para decidir quién está enfermo y quién no.

La medicina tradicional, es reconocida por la comunidad y sustentada por la satisfacción que deja en la población que la utiliza. Durante mucho tiempo se mantuvo marginada, incluso, considerada como “ilegal” equiparada a la brujería, hasta épocas recientes, muchos la ven y promueven como un elemento de folklore para el turismo.

La medicina alopática utiliza y estudian las plantas por sus propiedades químicas y como fuente de medicamentos.

La medicina tradicional, utiliza las plantas medicinales por propiedades identificadas como “frías y calientes” y su capacidad de movilizar el viento interno o “aires”, entre otras características.

En los tiempos actuales, estas relaciones se han extendido y ahora los terapeutas consiguen parte de sus insumos y materia prima en el mercado regional, nacional o inclusive internacional, extendido sus relaciones a otras etnias, estados y ámbitos nacionales e internacionales.

Sin embargo, y esto es algo que a veces se olvida, su centro, esencia y plataforma de desarrollo continúa siendo la comunidad. Cuando la comunidad deja de percibir a la medicina tradicional como aporte significativo, eficaz y rentable para la salud, deja de tener sentido, por más que algunas instituciones la promuevan como elemento comercial y de folklore, con lo cual se encamina a su extinción.

A pesar de esta subyugación, en la medida en la que el cultivo de la milpa y el modo de producción campesina permanecieron, la medicina tradicional conservó las bases materiales para subsistir. En la milpa tradicional coexisten el maíz, el frijol y la calabaza, con múltiples hierbas medicinales. En sus alrededores se complementaban con otros productos vegetales y animales. Se invocaba una relación positiva y armónica con las entidades espirituales, los “dueños” de la milpa y el monte, para que las cosechas fructificaran y se mantuviera un equilibrio que propiciara la salud de toda la comunidad.

Superviviente a los cambios organizativos del periodo colonial, durante los siglos XIX y principios del XX, se enunciaron reformas legales acordes a los procesos de organización comunal, consolidándose éstos producto de la revolución campesina de 1910 y la promulgación del marco constitucional en el Artículo 27. Con el establecimiento de un modelo de desarrollo nacional a finales del periodo revolucionario, durante los años 40's y 50's se promueven políticas agrícolas de carácter nacionalista. Sin embargo, el fin del siglo XX generó un proceso acelerado de desmantelamiento de este sistema productivo.

Otro elemento que forma parte del sustento material de la medicina tradicional y que se encuentra también en proceso de pérdida es la biodiversidad, base de múltiples recursos terapéuticos. Esta situación es resultante de la ruptura del equilibrio de los ecosistemas por los procesos de cambio de uso del suelo, deforestación y depredación de los recursos naturales. No sólo se afecta el aprovechamiento de plantas medicinales y productos animales y minerales, el problema va más allá. La relación de la medicina tradicional con la tierra y la naturaleza es muy íntima y si estos dos elementos se perturban, la medicina tradicional también resulta afectada, como está ocurriendo con en la regiones indígenas que están siendo abandonadas en el marco de la migración global.

En las últimas décadas se ha consolidado la ofensiva de la cultura de la “modernidad” desarrollándose en los medios de comunicación y de diversas instituciones educativas como un

elemento cotidiano y natural para definir el desarrollo. La medicina tradicional, al igual que otros elementos de la cultura indígena, no figura en los mensajes de la televisión y radio, no posee carta de ciudadanía ni reconocimiento. Al igual que los tipos de construcción de sus viviendas, lenguas indígenas y algunos alimentos tradicionales, son considerados “recurso para los pobres.”

“Lo moderno y actual es lo mejor,” reza el trasfondo de los mensajes, “todo lo demás, lo tradicional es anticuado y pasado de moda.” Ahora las comunidades cambian su pozol por los refrescos; la chaya y quelites, ricos en vitaminas y hierro, por las frituras industrializadas. La religiosidad popular, sustento de la medicina tradicional, que incluía el poder divino de las fuerzas naturales y la importancia de las relaciones humanas y ambientales, se ha hecho a un lado frente a un agnosticismo que le rinde culto a la individualidad y al consumo.

El proceso de migración ha aportado también elementos para la pérdida de la identidad cultural. A su regreso a México, los indígenas y campesinos incorporan nuevos hábitos (transculturación) no siempre benéficos que afectan su relación con su familia y su salud, marginando y menospreciando muchos elementos de su identidad cultural, como la medicina tradicional.

Esta situación de pérdida y menosprecio a la cultura indígena, en lo general, y a la medicina tradicional, en lo particular, ha sido potenciada por las posiciones que durante décadas enarbolaron las instituciones de salud del país, que ignoraban, rechazaban y perseguían este sistema de atención a la salud, generando repercusiones importantes en los distintos grupos indígenas.

En las regiones donde coexisten las instituciones de salud y la medicina tradicional y sus practicantes, la medicina tradicional supone una competencia con los servicios modernos de salud, por lo que hay que vigilarla, detenerla, “capacitarla” y si es posible, eliminarla. Esta percepción respecto a la medicina tradicional continúa vigente en las posturas del personal de salud cuando reprime o se burla de la población por utilizar la medicina tradicional y está presente en la visión de diferentes instituciones, herederas de las políticas integracionistas de principios del siglo XX.

Sin embargo, recientemente se impulsa un enfoque diferente, más representativo de los intereses indígenas, en el marco de procesos emergentes de la globalización: la difusión de la perspectiva de género, los derechos humanos y del posicionamiento de los derechos indígenas.¹³¹ En México, se han incorporado a este proceso de cambio diferentes estrategias institucionales al interior de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos indígenas (CDI), del Programa IMSS-Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social y recientemente, de la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

Medicina tradicional e identidad cultural

La medicina tradicional junto con la lengua, la religiosidad y el territorio forman de una manera sincrética los componentes de la identidad cultural indígena. Al abordar conceptual u operativamente estos elementos de forma independiente y aislada se desdibuja y nulifica cualquier esfuerzo para el desarrollo de estos mismos componentes; es decir, pierden su significancia y coherencia lógica al ser descontextualizados y segmentados, volviéndose elementos folklóricos y resabios incoherentes.

Es decir, las barreras lingüísticas no son sólo los limitantes conceptuales para entender, comprender y aprehender los elementos sustantivos de este modelo de salud y su identidad;

131 Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. ONU. 13 de Sep. de 2007.

no basta con entender la lengua, el idioma, las palabras y los conceptos para el análisis e integración de diferentes sistemas culturales; se requiere una revaloración de los objetivos que dan la coherencia y estructura a las condiciones y formas de vida de la población.

El mismo problema conceptual surge con conceptos de la medicina tradicional, así como con sus actores sociales: hasta el año 2008, para el sistema nacional de salud era erróneo e “ilegal”, denominar a los curanderos “médicos” tradicionales, toda vez que este concepto está resguardado para el profesional que cursó una carrera universitaria. Se prefiere entonces, en esta visión, el concepto de “terapeutas”, ya que su conocimiento no es científico, ni universitario, ni puede certificarse en los parámetros de la sociedad occidentalizada.

Asimismo, se cuestiona el denominar genéricamente “parteras” a las parteras tradicionales, ya que señalan ellas que realizan muchas otras actividades (atención de los niños y niñas pequeños, de los problemas menstruales de las adolescentes, de las embarazadas, de las púerperas y de las mujeres en su menopausia). En sus propias lenguas indígenas, a ellas se les denomina con expresiones más integrales como *noohoch man*, en maya (la madre de todos) o *huinajju*, en zapoteco (las que ayudan a llegar a la tierra), ya que en dicha cosmovisión los hombres y mujeres provienen del cielo. Por lo anterior, la denominación de “parteras” sería aplicable a las mujeres adiestradas por los servicios de salud que atienden los partos, y algunas otras competencias perfectamente delimitadas por los servicios de capacitación institucional.

Marco legal de la medicina tradicional

La intención abierta de aprovechar las experiencias y conocimientos de la población sobre la medicina tradicional en los sistemas de salud en el mundo se inició oficialmente con la declaración de Alma Atta en 1978, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a los Estados Miembros para buscar y lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos en esta medicina, considerando sus necesidades, recursos locales y características sociales y culturales.

Desde entonces, en México se han difundido, firmado y emitido diversos acuerdos y propuestas internacionales para valorar el sistema de salud tradicional indígena, como el Artículo 24 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes, suscrito por México en 1990, y recientemente, la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Medicina Tradicional y Terapias Alternativas (2002).

La OMS en su 56ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA56.31) del día 28 de mayo de 2003 en su punto 14.10¹³² insta a los Estados Miembros a que, de conformidad con la legislación y los mecanismos establecidos, adapten, adopten y apliquen cuando proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional, lo cual fue suscrito por México. Actualmente la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, se desarrolló en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (WHA62.13) (1),

132 Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 56ª Asamblea Mundial de la Salud Organización Mundial de la Salud. WHA56.31. Punto 14.10 del orden del día 28 de mayo de 2003. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.

teniendo como objetivos: Aprovechar la contribución potencial de la MT a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas; y promover la utilización segura y eficaz de la MT a través de la reglamentación y la investigación, así como mediante la incorporación de productos, profesionales y prácticas en los sistemas de salud, según proceda¹³³.

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (1917), reformada por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 2001, en su Artículo 2º reconoce a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando la medicina tradicional. Con ello la constitución mexicana reconoce a la medicina tradicional como un derecho cultural de los pueblos indígenas.

Recientemente, el Sistema Nacional de Salud reconoce a la medicina tradicional indígena al incorporarla en la Ley General de Salud¹³⁴ como uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud: el “promover el conocimiento de la medicina tradicional Indígena y su práctica en condiciones adecuadas” (Artículo 6º, VI bis). El Artículo 93 añade: De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Diferentes Estados del país han reconocido a la medicina tradicional en sus Leyes Estatales de Salud: Chiapas, Distrito Federal, Morelos, Nuevo León, Oaxaca y San Luis Potosí. Además varios estados han realizado diversas experiencias con la medicina tradicional. En el Estado de Nayarit existe un Hospital Mixto, el Hospital de Jesús María, donde trabajan médicos indígenas tradicionales. En Puebla, existe el proyecto de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional en cinco municipios, donde igual número de hospitales cuentan con un módulo anexo de medicina tradicional. En el estado de Michoacán, en Pátzcuaro, un módulo de medicina tradicional junto al Hospital Regional. En Oaxaca, en las diferentes regiones, destacan el Centro de Desarrollo de la Medicina Indígena Tradicional de Calpulalpan de Méndez, en Ixtlan, las Clínicas de Cuicatlán, Santiago Nacaltepec, Guadalupe Victoria, Tlaxiaco, Sta. María Guienegati; en la región del Istmo, San Cristóbal Chichicaxtepec, y Santa María Tlahuitoltepec; en la Región Mixe, cerca de 50 unidades de salud. En el estado de Chiapas se inauguró un hospital intercultural con medicina Tradicional.¹³⁵

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) contempla diferentes programas para apoyar la medicina tradicional. La Dirección General de Culturas Populares, de la Secretaría de Educación Pública, a través del PACMYC, otorga apoyo a terapeutas tradicionales y organizaciones con sus proyectos.

En el año 2007 se define el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012, cuya línea de acción 8.5 se refiere a: Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias, con los siguientes puntos:

133 Estrategia de Medicina Tradicional de la OMS 2014-2028.

134 Decreto publicado el día 19 de septiembre de 2006 en el Diario Oficial de la Federación, por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en torno a la atención a la salud de la población indígena y al reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena.

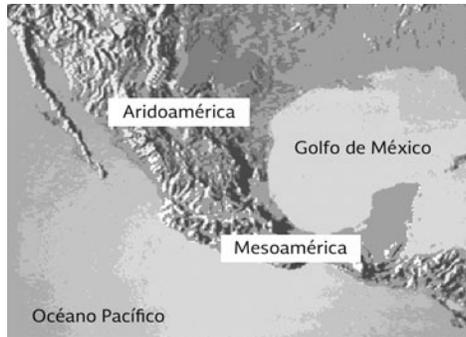
135 El hospital fue inaugurado por el ministro mexicano de Salud, José Angel Córdova, y por el representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Gustavo Bergonzoli, el 30 de marzo de 2007.

- Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación formal de la medicina tradicional al sistema nacional de salud.
- Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud.
- Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social la investigación en medicinas tradicionales y complementarias.

El sistema médico tradicional

Como definición de la medicina tradicional, proponemos a un conjunto de sistemas de atención a la salud que tienen sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia.

Esto significa que cada pueblo indígena, cada etnia, tiene su propio sistema y que en Mesoamérica tiene muchas semejanzas con las demás, por lo que se puede hablar de un sistema médico tradicional mesoamericano.



Acuñado en el año 1943 por el antropólogo Paul Kirchhoff, el concepto de Área Cultural Mesoamericana, es utilizado por muchos investigadores para designar un contexto cultural, histórico y geográfico. Comprende buena parte del territorio mexicano abarcando parte de Centroamérica.

La región estaba delimitada en el siglo XVI por el río Sinaloa al noroeste de México, y las cuencas del Lerma y Soto de la Marina, en la Costa del Golfo; y al sur por el río Ulúa, en el Golfo de Honduras y Punta Arenas, en Costa Rica.

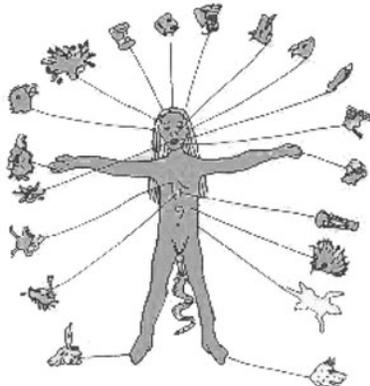
El sistema médico tradicional mesoamericano se encuentra fundamentado en una cosmovisión de origen indígena que a lo largo de la historia ha funcionado como una estructura “madre”, incorporando y ordenando elementos de otras culturas a su propio sistema, ya sea culturas indígenas o de la interacción con las culturas española antigua, africana y moderna occidental.

De esta manera, cada cultura incorpora elementos de otras con las que va interactuando, ordenándolos en torno a la misma cosmovisión inicial con la que se valora el mundo. Un ejemplo patente es respecto a las plantas medicinales. La medicina tradicional indígena utiliza plantas de origen europeo como el romero y la albahaca, y de origen africano como la sábila, sin embargo, las incorpora en su “modelo” a partir de la visión fría y caliente con la que tipifica a las plantas, designándoles una de estas dos características.

Con el sistema médico convencional pasa lo mismo; cuando nos acercamos a las plantas medicinales que nos aporta la medicina tradicional, tratamos de entenderlas a partir de comprenderlas por sus propiedades bioquímicas, es decir, desde nuestra lógica y cosmovisión, y de esta manera las incorporamos en nuestro sistema y forma de ver el mundo, desechando lo que no entendemos.

Este sistema de medicina tradicional comprende actualmente:

- Una cosmovisión en la que se comprende el universo como totalidad interconectada; el cuerpo humano, que incluye a la mente y el espíritu, conectado estrechamente a ese universo, y una concepción de la salud y enfermedad como estados de equilibrio y desequilibrio entre distintos factores entre los que sobresalen los elementos fríos y calientes, derivados del comportamiento individual y de las relaciones sociales, ambientales y espirituales.
- Una concepción y clasificación (nosología) de las diferentes patologías, coherente con toda la cosmovisión y concepción de la salud y enfermedad.
- Una concepción de la causalidad que toma en cuenta a mecanismos que rompen el equilibrio frío-calor del cuerpo, desórdenes alimenticios, movimientos bruscos, alteraciones de la fuerza vital, entre otros, de acuerdo con la cosmovisión particular de cada grupo indígena.
- Un conjunto amplio de procedimientos preventivos, enfocados a la exclusión y control de los factores desequilibradores, sobre todo respecto al equilibrio de frío – calor.
- Una serie de estrategias para diagnosticar las enfermedades y los desequilibrios, inmersa en el conjunto del sistema.
- Y un conjunto de elementos terapéuticos que incluyen:
 - La herbolaria, el uso de productos animales y minerales.
 - Diferentes tipos de masajes, entre los que encontramos fricciones, acomodamientos, “pellizcamientos”, succiones y “apretadas”, entre otros.
 - Punciones con diferentes tipos de espinos.
 - Uso del frío y humedad a través del de barro; de calor, a través del temazcal y de brazas de carbón.



Códice Vaticano-Ríos

- La medicina tradicional también comprende otros procedimientos como la utilización de limpias, ensalmos, y diversos ritos. Entre estos ritos destacan los que tienen que ver con la agricultura, para estar en armonía con las fuerzas y divinidades de la naturaleza, con el nacimiento, con el hogar y también con la salud.

La cosmovisión

En la cosmovisión indígena mesoamericana se entiende que el ser humano es un todo en el que no se puede separar el cuerpo de la mente y el espíritu. Cada una de las partes del cuerpo tiene que ver con todas las demás. El ser humano está conectado íntimamente entre sí con sus semejantes y con todo el universo: con las plantas, animales y con los demás elementos de la “naturaleza ampliada”: el aire, el agua, la tierra, las divinidades, los planetas y todo el cosmos en general.

Los diferentes elementos de la naturaleza, el agua, el aire, la tierra, el fuego... poseen vida y son sagrados. Tienen personalidad propia y están por encima del ser humano. El ser humano es un ser pequeño frente a las fuerzas de la naturaleza a las cuales venera y teme. No pretende controlarlas y dominarlas, sólo entenderlas, respetarlas y armonizarse con ellas.

En la visión indígena se sabe que así como producen vida, también pueden ocasionar la muerte. Todos los elementos de la naturaleza tienen sus “dueños” o divinidades protectoras. En zonas del sureste del país, todavía se habla de *chaneques*, *achanes*, *aluxes* o duendes.

La salud se entiende como un estado dinámico de equilibrio interno entre fuerzas frías y calientes que afectan el cuerpo, la mente y el espíritu, que devienen de un universo que posee una capa superior caliente y una parte inferior fría.

Este equilibrio también depende del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza y el cosmos en general. Por ello, la enfermedad se entiende como la consecuencia de la ruptura de ese estado de equilibrio que es provocada tanto a nivel interno y externo por diversos elementos entre los que destacan los fríos y calientes, que pueden tener su origen en el cuerpo, la mente o el espíritu.

Todas las causas de enfermedad pueden ser producidas por el propio organismo, por su familia, por la comunidad, por la naturaleza y por las divinidades. Por ello, el realizar acciones contrarias o de falta de respeto contra alguno de estos elementos, rompiendo el equilibrio familiar, social, con la naturaleza, el cosmos y las divinidades, puede revertir en su contra generando fuerzas nocivas que a su vez lo afectan a él, a su familia y a su comunidad.

De esta manera, la salud es el resultado de vivir en armonía de acuerdo con las leyes de la naturaleza y la sociedad, y la enfermedad es la consecuencia de la ruptura del equilibrio, resultado de la trasgresión de esas leyes, lo cual rompe el estado de armonía con la divinidad, la naturaleza, su comunidad, su familia y su propio organismo.

Estos conceptos representan los elementos más significativos de los sistemas médicos indígenas en Mesoamérica y que en algunos casos, se encuentran en franca desaparición, al igual que las lenguas originarias. Sin embargo, es importante aclarar que existen particularidades que no se encuentran referidas en el planteamiento general común ni en los esquemas

siguientes. Con los sistemas médicos del norte del país (Árido América), existe una mayor diferencia ocasionada, según algunos autores, porque la mayoría de estos pueblos eran cazadores-recolectores, y por qué su relación con la tierra y la naturaleza era diferente.¹³⁶

Causalidad y prevención en la medicina tradicional

Las acciones preventivas en cualquier sistema de salud van a estar determinadas por su forma de entender la causalidad y la forma de entender la salud y la enfermedad. En las cosmovisiones indígenas actuales, está presente un amplio sistema de explicaciones sobre la causalidad de la enfermedad de mucha complejidad y que, además, se ha ido enriqueciendo con la incorporación de explicaciones y elementos provenientes de otras culturas (española antigua, africana, asiática y occidental actual).

Principales causas de enfermedad en los modelos de salud indígenas

- Desequilibrio frío-calor.
- Desórdenes alimenticios.
- Malas posturas y movimientos bruscos.
- Exceso de trabajo.
- Suciedad.
- Debilidad.
- Estados emocionales de desequilibrio.
- Alteraciones de la “fuerza vital” (tonalli, para los nahuas y ool, para los mayas).¹³⁷
- Mal viento o mal aire.
- Transgresión de las leyes socio-naturales-divinas.

Desequilibrio frío-calor

Todos los objetos y los seres vivos poseen muchas cualidades que los hacen fríos o calientes con lo que potencialmente pueden afectar el equilibrio de frío-calor de las personas, produciendo enfermedad.

El término de “caluroso” se refiere a un estado de desequilibrio en el que el cuerpo está caliente y es más susceptible de ser afectado por elementos fríos. Puede ser debido a despertar y no moverse para que circule la sangre, por estar expuesto al sol, por trabajar en la milpa, por echar tortillas en el bracero, por estados como el embarazo o la regla, por haber tomado un alimento o medicina caliente o por haber recibido un masaje.

Ejemplos de alteraciones originadas por frío-calor y las medidas preventivas que se llevan a cabo en poblaciones indígenas y campesinas:

136 Sanginés-García A. Medicina liberadora, teoría, método y práctica. pp. 163-177, 190-197, 208-214. Praxis, México, D.F., 1989.

137 Ibidem, p.225.

Diarrea y alteraciones digestivas

Causa	Medidas de prevención
Tomar agua helada o alimentos fríos con el estómago en estado "caluroso", debido a que en este estado puede generarse "aire" en el estómago.	No tomar agua o alimentos fríos con el estómago caliente.
Alimentar al niño del pecho de la madre, a la que le ha dado el "aire" estando caluroso.	No darle pecho al niño cuando la madre está calurosa y sale al fresco. Esperar a que se enfríe antes de salir.
Cuando se consume agua de fuentes frescas, estando "caluroso".	No tomar agua de fuentes "frescas" estando caluroso .
Comer alimentos calientes acompañados de líquidos helados.	No revolver alimentos calientes y líquidos helados.

Alteraciones menstruales

Causa	Medidas de prevención
Bañarse en los días próximos a la menstruación utilizando agua fría.	No enfriarse con los baños de agua o con el consumo de alimentos fríos durante el periodo menstrual y días previos.
Estar menstruando y tomar agua helada, limón o naranja (cítricos), de igual manera que lavar su cabello.	

Dolores de cabeza

Causa	Medidas de prevención
Recibir el calor del sol cuando hay debilidad de la sangre.	No salir al sol estando débil.
Cuando está asoleado y le cae una llovizna, porque se enfría sólo la cabeza.	Cuidarse de no mojarse con la lluvia estando caliente.
Cuando uno está "caluroso" y le pega el aire en la cabeza, sobretodo acabando de despertar.	Al despertar, iniciar a mover el cuerpo en la cama, antes de levantarse.
Cuando las mujeres acaban de dar a luz y salen en los primeros tres días sin refrescarse y les pega el viento. Esos días la mujer está caliente por el parto y débil por la pérdida de sangre.	Que las mujeres no salgan al fresco durante los primeros tres días después del parto.

El catarro y la reuma

Causa	Medidas de prevención
Estar caluroso y bañarse con agua fría.	Esperar a enfriarse de manera natural, antes de bañarse, cuando se está caluroso.
Bañarse con agua caliente y salir al aire.	Después de bañarse con agua caliente, no salir. Esperar a enfriarse de manera natural.
Estar caliente después de recibir un masaje y enfriarse.	Después de un masaje arroparse bien y no salir al fresco.
Estar "caluroso" y exponerse a la humedad y al fresco.	No salir al fresco estando caluroso. Esperar un tiempo a que el cuerpo se enfríe.
Por venir caliente del trabajo y lavarse las manos.	Esperar a que las manos se refresquen solas cuando están calientes antes de lavarlas, después de tortear o trabajar.

Otras causas de enfermedad

Como se vio en los apartados anteriores, a todas las causas les corresponden sus medidas preventivas. A continuación describiremos otras causas de enfermedad existentes en los modelos médicos tradicionales (que también poseen sus medidas preventivas).

Desórdenes alimenticios

La diarrea, el latido y las alteraciones intestinales pueden ser producidas por:

- Comer en exceso, especialmente los niños y las niñas.
- Pasar mucha hambre y no comer a su hora.
- Comer abundante y rápidamente cuando se le pasa la hora.
- Hacer ejercicio después de comer.
- Comer alimentos pesados que no convienen al estómago.
- Comidas con exceso de grasa.
- No purgarse con regularidad para limpiar el estómago.

Malas posturas y movimientos bruscos

La diarrea y caída de mollera pueden ser debidas a:

- Estar sentado mucho tiempo.
- Levantar cosas pesadas, caerse o torcerse la cadera.
- Hacer con el niño movimientos bruscos.
- Las caídas de los niños.

Las alteraciones de la regla pueden producirse por:

- Las torceduras de espalda y cadera.
- Caídas.
- Realizar trabajos fuertes.

Exceso de trabajo

Se considera el trabajo como un estado caliente, que puede debilitar, cansar y desequilibrar el cuerpo.

- El dolor de cabeza y nuca puede ser debido al exceso de trabajo.
- Las alteraciones de la menstruación pueden ocasionarse por realizar trabajos pesados.

Suciedad

La suciedad es un término contrario a “pureza” y generalmente no está referido a lo microbiológico. No significa falta de higiene. De esta manera la diarrea, la disentería y las agruras pueden ser debidas a:

- Comer alimentos con polvo o tierra.
- Tomar agua, leche cruda y por ingerir alimentos sin cocer.
- Comer alimentos recogidos del suelo.
- Tomar alimentos descompuestos o echados a perder por el calor.
- Por comer alimentos preparados en utensilios de cocina lamidos por animales.
- Por la suciedad acumulada en el estómago, igual que por no limpiar los platos y ollas.

Estados emocionales

Enfermedades como diarrea, disentería, dolor de cabeza, “derrame de bilis”, diabetes, ausencia de leche materna, “debilidad”, “susto”, pueden ser producidas por estados emocionales alterados. Las impresiones emocionales fuertes y súbitas afectan la fuerza vital de la persona (*tonalli* u *ool*). Algunas causas pueden ser:

- Hacer corajes.
- Preocupaciones.
- Sustos e impresiones fuertes.
- Pensar mucho.
- Nervios.

Alteraciones de la fuerza vital¹³⁸

Debilidad

No existe un concepto para referirse a la desnutrición. La debilidad tiene que ver con la fortaleza de la sangre y la fuerza vital (*tonalli*, *tonal*, *tona* ú *ool*). La debilidad es originada por la mala alimentación, sin mencionar otras circunstancias que afectan el calor del cuerpo y la fuerza vital. Al existir debilidad, hay mayor propensión a padecer de: diabetes, dolores de cabeza, alteraciones de la menstruación, falta de leche materna, latido alterado, susto, mal de ojo, sangrado del ombligo del recién nacido, lesiones en la piel y cualquier enfermedad ocasionada por los “aires” o “vientos.”

El *tonalli*, *tonal* o *tona* para los nahuas, *ool* para los mayas, es una fuerza vital que da al individuo ánimo, vigor, valor, calor y estimula el crecimiento. Se le atribuyen el apetito, el pleno estado de vigilia, la facultad del pensamiento y la fortaleza. También se considera un aliento o sople vital. Elemento de naturaleza gaseosa, luminosa y caliente, que se expresa como la “sombra” o como “aliento” de los dioses.

Parte del *tonalli* es proporcionado por los padres y la otra parte por la divinidad, que se nutre por el sol y el cosmos, en general. Participan e interactúan con él los animales, las plantas y objetos, en general, y está determinado también por el día del nacimiento. El *tonalli* establece un vínculo con todo el cosmos, las divinidades y los seres humanos.

Todos los seres vivos tienen su propio *tonalli*. Se pueden aprovechar las plantas o animales con *tonalli* fuerte para curar.

Los antojos son expresiones de necesidades del *tonalli*. Si no se les hace caso, el *tonalli* se puede dañar. También puede abandonar a la persona por impresiones súbitas al espantarse y por violencia física.

El diagnóstico de las alteraciones del *tonalli*¹³⁹ se realiza revisando la intensidad, posición, temperatura y consistencia seca o pegajosa del pulso. Además se revisa el estado de la mollera en los niños pequeños y se toman en cuenta signos y síntomas como palidez, fiebre, somnolencia, pérdida del vigor, del apetito y del brillo de los ojos.

También se utilizan otros procedimientos diagnósticos, como la sumersión de granos de maíz en agua, aventarlos en un lienzo de tela e interpretar su posición; el humo del copal y el reflejo de la persona en el agua.

138 Ibidem pp. 224 – 225.

139 Ibidem pp. 249.

El tratamiento implica la recuperación del *tonalli* y la reubicación en el cuerpo del enfermo, que se logra a través de procedimientos como la succión de la mollera, el recogimiento del latido, el llamado de la sombra, el recogimiento del espíritu y las limpiezas.

Enfermedades producidas por los “aires” o “vientos”

Este es un concepto difícil de entender para quien está formado en una visión occidental; muchos de nosotros estamos acostumbrados a entender el aire como gas, y el viento como aire en movimiento. Para muchas culturas indígenas, el “aire” o “viento” es otra cosa mucho más compleja y rica, llena de elementos naturales y sobrenaturales. De hecho, este concepto engloba varios mecanismos de transmisión de enfermedades, desequilibrando el estado de calor y equilibrio del cuerpo.

El viento o aire, puede ser un puente entre el mundo físico y el espiritual, entre lo profano y lo sagrado, entre la causa desequilibradora externa y el desequilibrio interno.

“El mal viento” o “mal aire”, es un concepto muy amplio en el que pueden caer, por ejemplo, los vientos malsanos del oriente, los aires de pozos y cavernas, los desequilibrios, así como las enfermedades que se pasan de unas personas a otras, de objetos inanimados a personas, animales o plantas. En este concepto se engloban múltiples influencias dañinas de tipo climático, infeccioso y “energético”.

Puede ser un fenómeno físico que se produce al desequilibrar el frío-calor del cuerpo, de manera semejante, puede ser generado por personas, animales o plantas, o bien ser un fenómeno “vivo” emisario de las fuerzas “sobrenaturales.”

Las enfermedades tradicionales

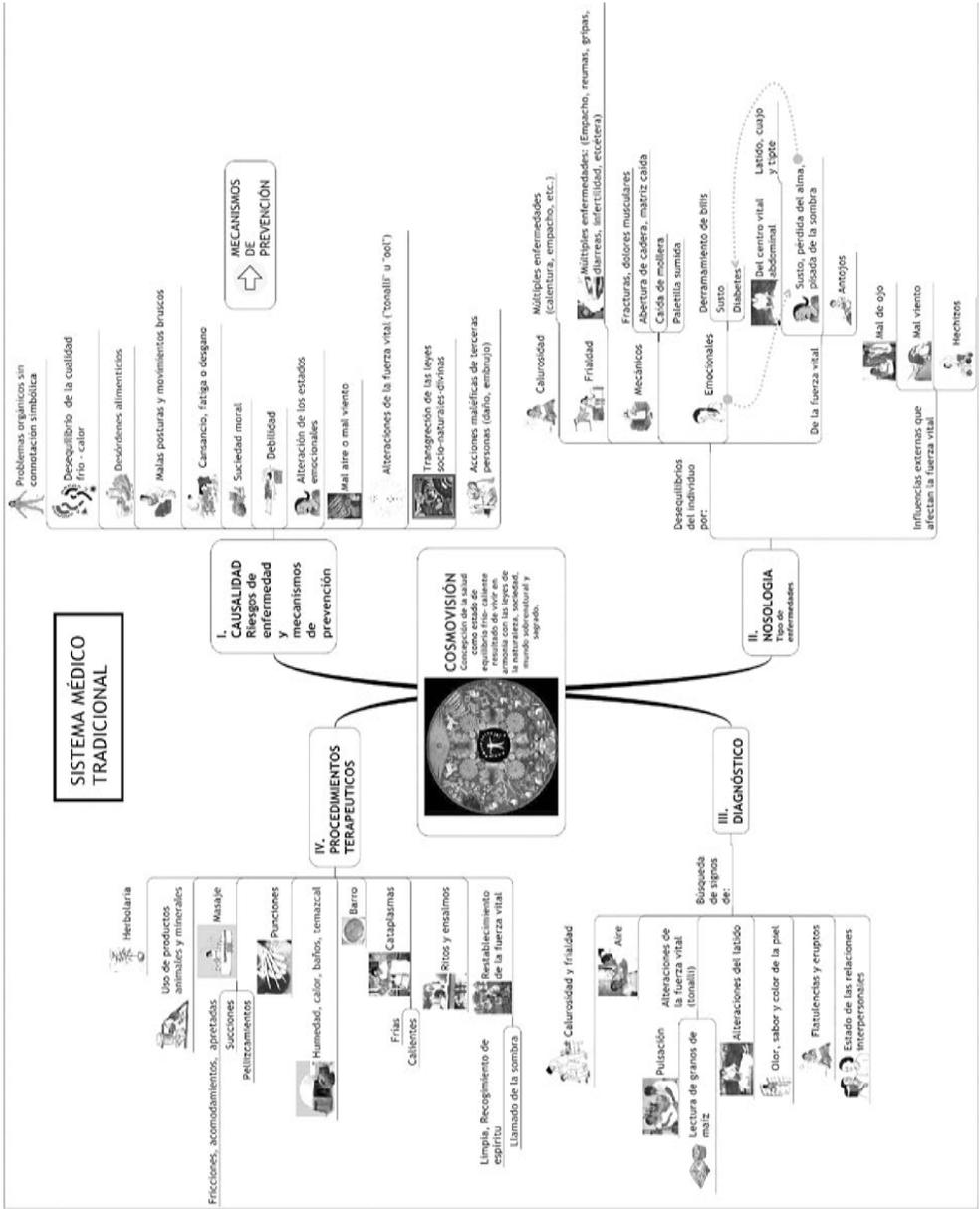
Existe una serie de enfermedades que tienen su nombre indígena, que poseen su correspondencia con enfermedades reconocidas en el modelo médico occidental. Sin embargo, su comprensión es diferente en muchas culturas indígenas, desde su causalidad, diagnóstico, prevención y tratamiento. Ejemplos de estas enfermedades son diarrea, reuma, gripa, orina dulce, mal de orín, anginas, mal del corazón, matriz caída.

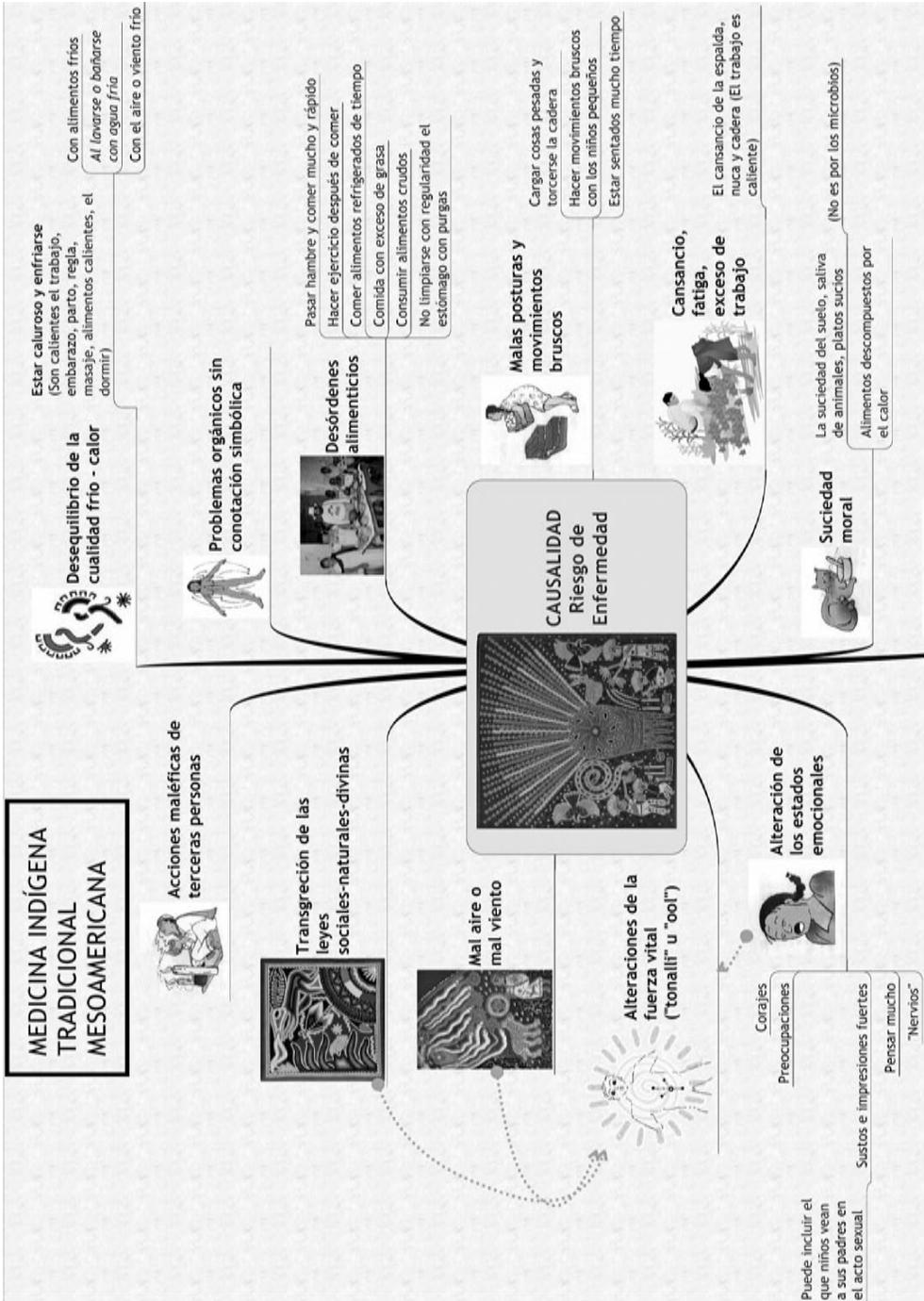
Existen otros tipos de enfermedades de tipo físico, de las que no existe actualmente una correspondencia en el modelo médico occidental. Ejemplos: empacho, abertura de cadera, bilis regada, caída de cuajo, enfriamiento de matriz, sudor nocturno.

Otro tipo de enfermedades tienen que ver con alteraciones de la fuerza vital a las que anteriormente se les entendió como de tipo sobrenatural. Ejemplos: susto, debilidad, antojo, mal de ojo y latido, entre otras.

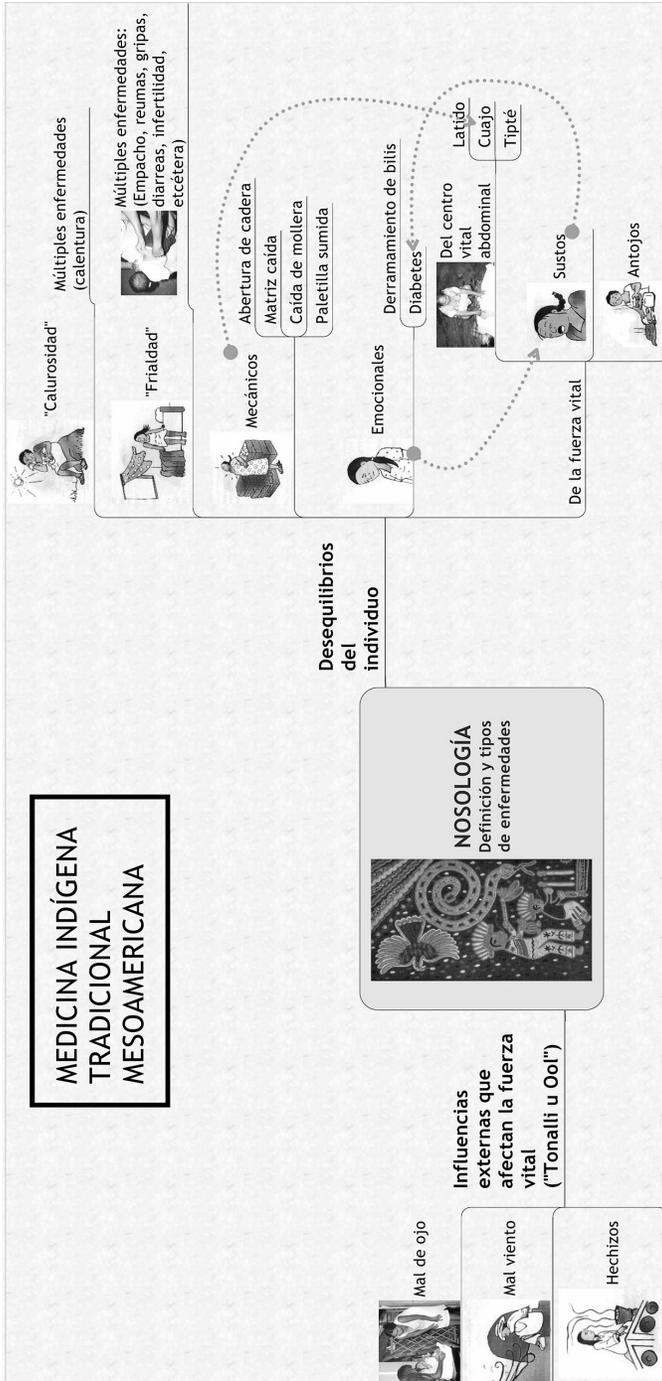
Cada cultura indígena en nuestro país en su sistema de salud considera una tipología de las enfermedades (nosología), que si bien posee ciertos elementos comunes con otros sistemas tradicionales, también contiene diferencias y nombres específicos en lengua indígena para señalarlas. Es reto en cada zona el sistematizarlas con la población y médicos tradicionales de la región.

En los siguientes esquemas presentamos las generalidades del Sistema Tradicional de Atención a la Salud a nivel Mesoamericano.





Puede incluir el que niños vean a sus padres en el acto sexual.



MEDICINA INDÍGENA TRADICIONAL MESOAMERICANA

DIAGNÓSTICO

Búsqueda de signos de:

"Calurosidad" y "frialdad"
A través de
De la historia previa a la enfermedad
De Signos y síntomas

"Aire"
Maniobras específicas

Signos y síntomas

Alteraciones del "latido"
Intensidad y lugar del latido aórtico abdominal

Percusiones

A través del pulso

Palidez, fiebre, somnolencia, la pérdida del vigor, del apetito y del brillo de los ojos

Por los signos y síntomas

Alteraciones de la fuerza vital ("Tonalli" u "Ool")

Por el reflejo de la persona en el agua

Por el humo del copal

Por el estado de la mollera en niños pequeños

Lectura de los granos de maíz

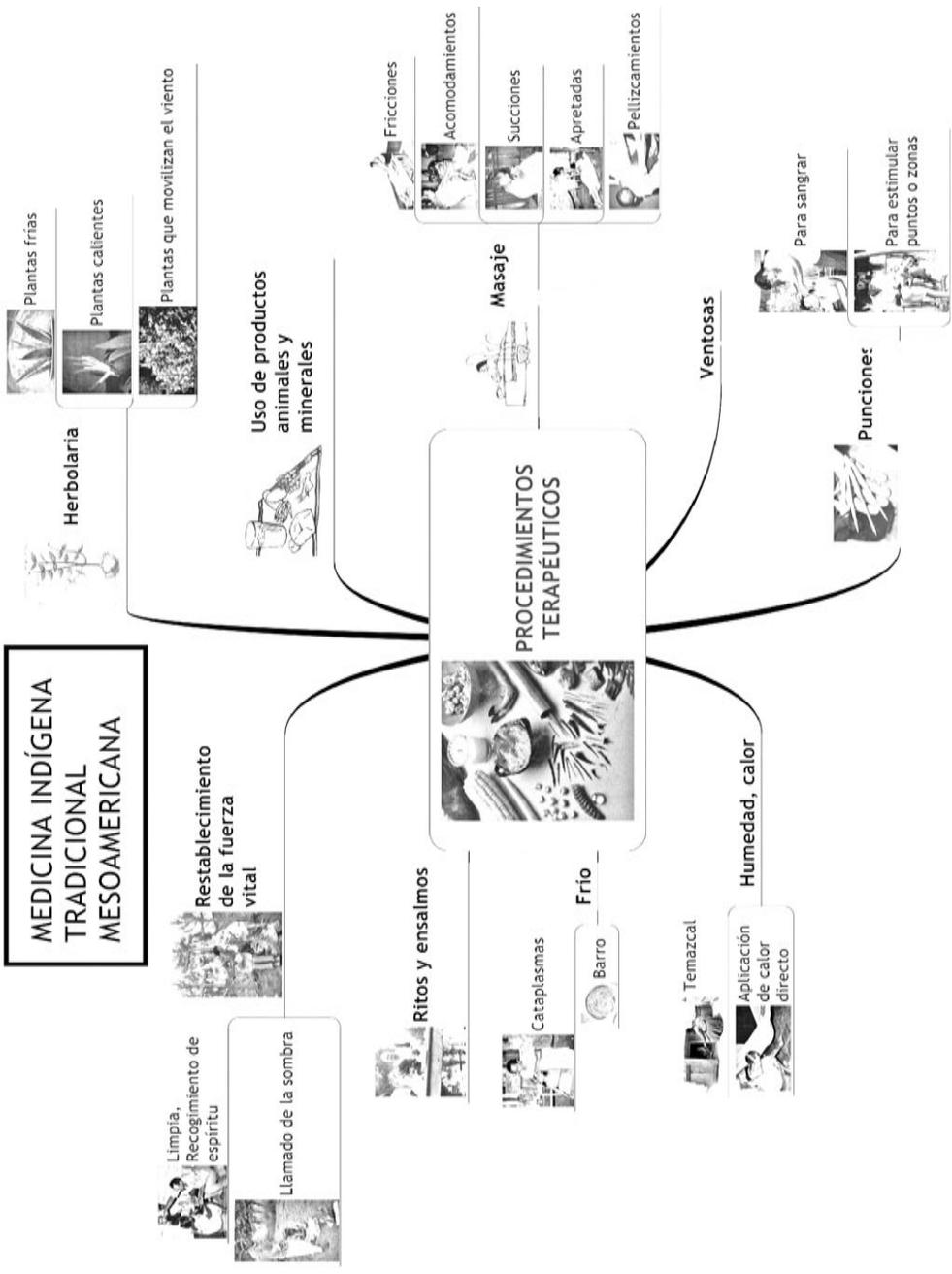
Olor, color y sabor de la piel

Flatulencias y eructos

Estado de las relaciones interpersonales



MEDICINA INDÍGENA TRADICIONAL MESOAMERICANA



El modelo tradicional de atención del embarazo, parto y puerperio

El modelo de atención del embarazo, parto y puerperio que realizan las parteras tradicionales forma parte de la medicina tradicional indígena mexicana. En muchas ocasiones esto se ha olvidado, menospreciándose por el hecho de provenir de mujeres indígenas, por lo que no se le brinda la debida atención para identificar e investigar sus aportes. Aún los Servicios de Salud que durante décadas han trabajado con programas de articulación con parteras tradicionales generalmente los ignoran. En estos programas de articulación, se pretendía extender la atención a la salud con mujeres que viven en comunidades rurales de difícil acceso, a través de la participación y articulación con las parteras. Su objetivo es aprovechar un recurso local de salud y elevar su calidad de la atención, capacitándolas en el parto limpio, el enfoque de riesgo y la referencia oportuna.

Desafortunadamente en esta visión de capacitación se menospreció el conocimiento de las mujeres indígenas y los aportes específicos que podía ofrecer el modelo tradicional de atención del parto, y se quedaron solo identificando las debilidades y limitaciones del modelo, como lo es la poca higiene y el uso indebido de procedimientos médicos (uso de oxitocina) enseñados por nuestro propio personal médico. Esto sucedió debido a un elemento esencial; se les olvido preguntar y mirar sin prejuicios los procedimientos y conocimientos que presentan y realizan las parteras tradicionales.

A partir del año 2004 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural elaboró e inició el uso la metodología llamada “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital, o región y las parteras del ámbito de acción. En este taller-encuentro, las personas participantes de ambos modelos interaccionan en un plan horizontal, presentando a los y las asistentes del otro modelo, sin imponer, el cómo atienden el embarazo, parto y puerperio, llegando al final a una negociación intercultural para tomar acuerdos que beneficien a ambas partes, y que particularmente favorezcan la salud y satisfacción de las mujeres y de los recién nacidos.

En estos encuentros ambas partes se enriquecen mutuamente, y para muchos médicos, médicas y enfermeras, ha sido la primera oportunidad de conocer algunos elementos importantes de este modelo tradicional de atención del embarazo y parto, y asombrarse con ellos:

Sobresalen en la atención tradicional del embarazo:

- Los procedimientos y maniobras para definir el estado y posición del bebé.
- Los procedimientos para favorecer el buen acomodamiento del feto (manteadas), con la mujer acostada boca arriba y a gatas.
- Los masajes en espalda, cadera y todo el cuerpo para relajar y preparar a la mujer.
- El uso de plantas medicinales para fortalecer el desarrollo del embarazo.
- Así como las indicaciones de cuidados, reposo y alimentos, fundamentados en la cosmovisión de salud y el equilibrio frío - calor.

Destacan en el parto los siguientes procedimientos:

- Los masajes que se realizan en la espalda y cadera antes del parto, que relajan a la mujer y disminuyen el dolor.

- La identificación del estado de trabajo de parto y la proximidad del periodo expulsivo, sin realización de tactos, a través de la observación del descenso del fondo uterino y otros elementos.
- La utilización de posiciones verticales (sentadas, paradas, hincadas y en cuclillas) que favorecen el trabajo de parto efectivo, seguro y rápido, seleccionándolas de acuerdo a la solicitud y decisión de las mismas mujeres en trabajo de parto, dándoles a ellas un rol protagónico.
- La escasa distancia del piso en la atención del parto, que generalmente se cubre con petates, cartones y cobijas, lo cual disminuye los riesgos de accidentes con el bebé.
- La participación de su pareja y otros familiares como “sostén” físico y emocional de la mujer a demanda de la mujer.
- Las técnicas y procedimientos específicos para facilitar el pujo efectivo hacia abajo y adelante.
- Las técnicas y posiciones de las piernas que además de dar un punto de apoyo para facilitar el trabajo de los músculos abductores en la apertura del canal del parto, evitan el sobreestiramiento del periné reduciendo los desgarros y la necesidad de realizar la episiotomía.
- Las técnicas para facilitar la expulsión fisiológica de la placenta con el amantamiento inmediato del bebé.
- Es importante considerar también el trato cercano, amable y humano que las parteras tienen para con las mujeres en el embarazo, trabajo de parto y puerperio, que incluye el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto, en los cuales se brinda una relación sin violencia de género.¹⁴⁰

En el puerperio, sobresalen:

- Los masajes postparto conocidos como “apretadas” para favorecer la recuperación de los ligamentos, que a juicio de las parteras previenen la caída de matriz y vejiga.
- El uso del temascal y los baños de vapor para favorecer la limpieza de la mujer y su recuperación temprana.
- El uso de plantas medicinales para facilitar la producción temprana de la leche materna.
- Las indicaciones de alimentación (caldo de gallina, tortillas y atole), reposo, evitar salir al fresco los 3 primeros días, y cuidados generales para la mejor recuperación de la madre y el niño, de acuerdo a los elementos culturales de frío – calor.

De todos estos procedimientos, “la posición vertical del trabajo de parto” ha sido investigada plenamente de manera científica utilizando el modelo basado en evidencias,¹⁴¹ los demás están en espera de mayor investigación que permita evidenciar claramente sus aportes.

140 Es frecuente que personal femenino de los servicios de salud, comenten expresiones androcéntricas durante el trabajo de parto como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”. Expresiones que no son utilizadas por las parteras tradicionales.

141 La Atención Intercultural a las Mujeres: El Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Secretaría de Salud, México. 2008.

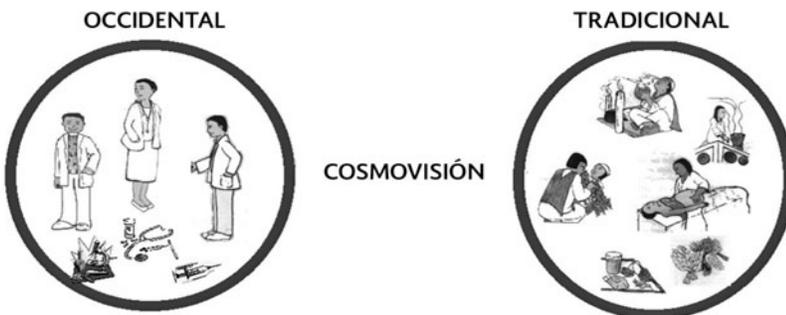
Articulación del *Sistema Nacional de Salud* con la medicina tradicional

Existen tres maneras como los servicios de salud se han relacionado con la medicina tradicional:

1. Una relación de rechazo y competencia. Se considera a la medicina tradicional como un elemento primitivo que entorpece el progreso y predispone riesgos a la salud. Supone una competencia con los servicios modernos de salud, por lo que hay que detenerla y, si es posible, eliminarla.
2. Una relación de asimilación y subordinación. Se considera que la medicina tradicional, y en particular el trabajo de las parteras rurales, puede ayudar a extender los servicios de salud y ampliar la cobertura en los lugares donde éstos no han llegado mientras se generan los procesos de desarrollo, siempre que se puedan alinear estos recursos locales con los lineamientos y procedimientos institucionales del modelo médico occidental, a través de estrategias de “capacitación” y “readiestramiento”.
3. Una relación horizontal de sinergia y complementariedad. Se considera a la medicina tradicional como un modelo de atención a la salud que parte de una cosmovisión diferente que, además, impregna gran parte de la población de origen indígena. Como todos los modelos (incluyendo el occidental) se reconoce que tiene fortalezas y debilidades, ventajas y desventajas. No se trata de subordinarlo, sino de establecer relaciones equitativas y horizontales que favorezcan una interacción sinérgica entre ambos modelos de salud.

Relación entre los sistemas médicos tradicionales, el convencional occidental y los complementarios

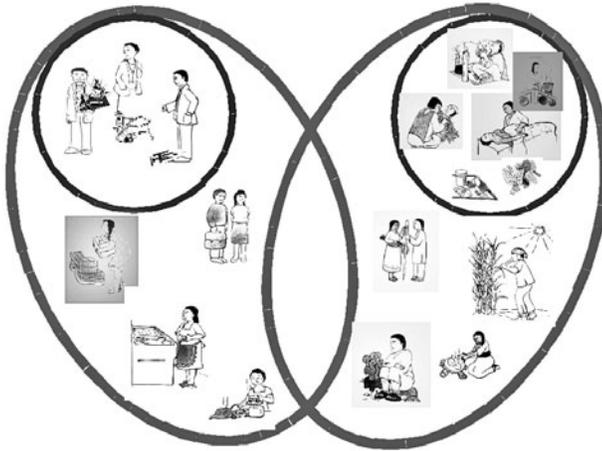
Representamos al sistema médico occidental y al sistema médico tradicional por círculos. En ellos están simbolizados el cuerpo de terapeutas y algunos procedimientos del sistema.



Como lo señalamos, lo que le da sustento, cohesión y sentido a cada sistema es la cosmovisión. En el primer modelo, la mayoría de las prácticas se dan en torno a una explicación biomédica de la salud y la enfermedad. En el segundo, a una comprensión de la salud y enfer-

medad como estados de equilibrio y desequilibrio entre diferentes factores de los cuales los que sobresalen son los fríos y calientes.

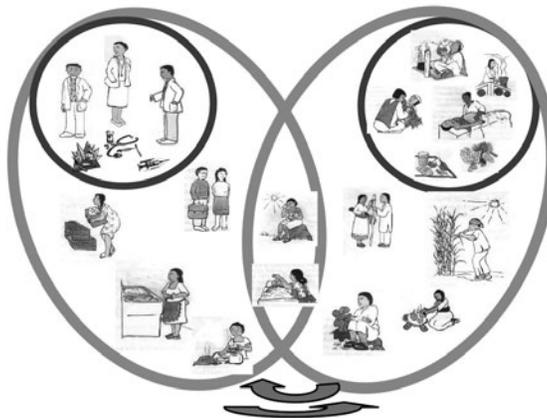
Pero esta cosmovisión no se queda sólo en el cuerpo de terapeutas:



Impregna a amplios sectores de la sociedad, lo que en otros modelos de explicación es expresado como medicina doméstica o popular.

Existe un amplio sector de la sociedad cuya manera de entender la salud y la enfermedad está en referencia con el modelo biomédico occidental.

También existe otro sector social indígena y rural, cuya comprensión esencial de la salud-enfermedad está en consonancia con el modelo tradicional de origen indígena.



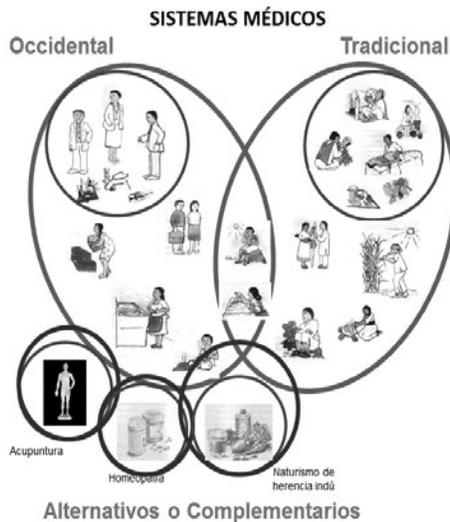
En los dos sectores, la población puede que no sepa explicar de manera precisa por qué hace las cosas y el porqué de sus creencias. Puede ser que la población que coloca una pulsera

roja en sus hijos ya no pueda explicar el origen de esta costumbre, o que no sepa lo que es el tonalli, pero en el otro lado sucede lo mismo. ¿Quién sabe por qué el frío produce gripa? ¿O por qué cura la aspirina el dolor de cabeza? ¿Por qué los microbios producen enfermedad? Inclusive el personal médico que conoce estas respuestas es un porcentaje pequeño.

Estas cosmovisiones no se expresan en forma pura, sino que hay sectores y grupos sociales que ha hecho un sincretismo entre las dos cosmovisiones, de manera que cuentan con los dos mecanismos de comprensión de la salud y de la enfermedad.

Lo interesante es que no importa realmente cuál es la cosmovisión preponderante en la población; en los hechos personas cuyo marco conceptual se encuentra inscrito en un sistema médico cultural, acuden a buscar tratamiento a otro modelo médico, sin importar que no comprendan su conceptualización. A esto se le llama eficacia pragmática. Es muy común que la población indígena vaya a los centros de salud. Es menos común, pero también se da, que población de estratos socioeconómicos medios formados en el modelo occidental, desesperados por la ineficacia de algunos tratamientos, acudan también al modelo tradicional.

Existen también otros sistemas médicos conocidos como complementarios o alternativos, a los que acude la población.¹⁴²



En el diagrama observamos que el círculo que enmarca a la población, cuya cosmovisión de la salud está en consonancia con los modelos médicos alternativos, es mucho menor que el de los otros dos modelos prevaletentes.

Esto significa que en nuestro país es todavía pequeño el porcentaje de personas que han incorporado la cosmovisión de estos modelos médicos. En algunos casos como en el naturismo y en la acupuntura, crece el número de personas que van incorporando algunos elementos conceptuales de estas medicinas en su vida.

¹⁴² Abordados a profundidad en el capítulo 5.

No importa que los usuarios entiendan o no como funcionan la acupuntura, la homeopatía y muchas otras medicinas complementarias, puesto que el mecanismo de eficacia pragmática es determinante para que personas seguidoras del modelo occidental acudan a las diferentes alternativas que se van presentando en México.

El enfoque sistémico a partir de la cosmovisión, aporta definiciones diferentes a las propuestas de diferenciación desde el enfoque de modelos médicos, en donde éstos se clasifican en hegemónico, subordinado y de auto-atención (Menéndez); en profesional, *folk* y popular (Kleinman); y en profesional, popular y doméstico (Zolla).^{143,144}

Lo común a estas propuestas, es que no profundizan en su asignación a una cosmovisión dominante particular. El esquema también señala por qué no se puede atender de la misma manera a la medicina tradicional, que a las otras medicinas complementarias. La cosmovisión del sistema médico tradicional es preponderante en México (junto con el modelo biomédico), forma parte de la cultura y determina un sinnúmero de hábitos y prácticas. En este sentido, la medicina tradicional no es sólo un conjunto de prácticas preventivas y terapéuticas, sino que forma parte de la identidad cultural, y se asumen desde el marco legal, como un derecho cultural.¹⁴⁵

Política de reconocimiento, modulación y fortalecimiento de la medicina tradicional mexicana

La relación complementaria y respetuosa con la medicina tradicional es desde el año 2002, una política del gobierno federal, como respuesta a los pronunciamientos y demandas de los pueblos indígenas. En ese mismo año, se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en la estructura de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, con lo cual la Secretaría de Salud de México se involucra directamente en el tema y configuró un nuevo escenario para las acciones coordinadas con las instituciones del Sector Salud.

El Programa tiene como propósito es establecer mecanismos para lograr relaciones armónicas, complementarias y respetuosas y sinérgicas entre los servicios de salud, y los terapeutas de la medicina tradicional mexicana, que permitan enriquecer y fortalecer ambos modelos terapéuticos y mejorar la atención técnica y humana de los usuarios que asisten a ellos. Actualmente se encuentra enmarcada en el Programa de Acción Específico 2013-2018 en la Estrategia 2.2. Definir e impulsar políticas interculturales en la determinación y operación de los programas de salud.

La posibilidad de impulsar una estrategia de interrelación entre la medicina tradicional y la medicina institucional debe identificar, en primer momento, las inequidades que caracterizan las diferencias entre estos dos modelos de atención a la salud, paralelamente a una comparación similar en cualquier ámbito que se pretenda institucionalizar en relación con las poblaciones indígenas, sean los procesos jurídicos, educativos y económicos. Las estrategias de relación intercultural deberán identificar no sólo las barreras culturales presentes en la diferenciación

143 Z. Mendoza, Los modelos médicos y la interculturalidad. En: Interculturalidad en salud. Práctica médica con pueblos Indígenas de México. México, DF: Yolpahtli, S.C; 2003.

144 E.Menéndez L., Hacia una práctica médica alternativa. Cuadernos de la casa Chata 86, CIESAS, México, D.F.,1984.

145 Artículo II Constitucional.

lingüística, religiosa y cosmogónica respecto al entendimiento de los procesos relacionados con las condiciones de vida sino además, identificar y dar elementos para refuncionalizar los objetivos de las instituciones públicas que pretendan regir, controlar, interactuar o “modular” el ámbito de los pueblos indígenas.

Medicina tradicional y salud comunitaria

La asignación de responsabilidades para la protección de la salud comunitaria debe ser consecuente con el apoyo y financiamiento para su sustentabilidad. Se han propuesto, bajo esta visión participativa de la población indígena, nuevos actores sociales en la promoción y cuidado de la salud:

- Enlaces interculturales, monitoras y trabajadoras sociales indígenas.
- Parteras tradicionales como personal capacitado en la atención de la salud reproductiva y como elemento fundamental en las redes de servicios de salud. Las parteras tradicionales pueden ser contratadas por los servicios de salud, ya que cuentan con el código de puesto M02120, de la partera tradicional indígena.

Estos agentes demandarán una visualización de nuevos modelos conceptuales de los servicios de salud; requerirán también una paulatina definición de un marco normativo y la capacitación del personal médico para relación intercultural a fin de establecer sinergia ante esta visión y realidad. Es decir, la salud comunitaria concebida en una participación directa de los agentes de la medicina tradicional requiere servicios que se adapten a las necesidades y características sociales y culturales de estos contextos, es decir, se requieren servicios y personal “culturalmente competentes”, que puedan facilitar la interacción con los usuarios y no choquen ni compitan con estos “agentes” o elementos de la salud comunitaria.

Medicina tradicional y su enseñanza

Considerando estos diferentes estadios para una posible interrelación institucional, la enseñanza de la medicina tradicional debe ser una responsabilidad de las propias poblaciones indígenas con el apoyo de instituciones educativas específicas: se requiere un proceso que ayude a las poblaciones indígenas a organizar para sí mismos sus conocimientos, a auto-sistematizar sus saberes, para que en los casos donde se están perdiendo las lenguas, tradiciones y prácticas, pueda preservarse, enriquecerse y, en un proceso equitativo, potenciarse para el desarrollo conciente y benéfico de las propias comunidades.

El gran problema para la enseñanza de la medicina tradicional es que se deben identificar los diferentes niveles en los que se encuentra esta práctica, generalmente en una correspondencia directa con el nivel de desarrollo social del grupo o población indígena de la que es reservorio de sus tradiciones. Como elemento que puede potenciar su desarrollo, proponemos la intervención de las Universidades Interculturales Indígenas, mediante una estrategia para el salvamento, rescate o fomento de su conocimiento y auto-sistematización.

Medicina tradicional de salvamento

- Medicinas tradicionales (y con ellas grupos y poblaciones indígenas) que están a punto de muerte cultural porque el número de hablantes de la lengua es tan escaso que desaparecerán en los próximos años, no se habla de décadas sino de unos pocos años y, junto con la lengua, desaparecerán sus concepciones y conocimientos sobre la vida, la enfermedad y la salud.

Medicina tradicional de rescate

- Medicinas tradicionales que si bien no están en proceso de desaparición inminente, los procesos sociales, la migración, el abandono del campo y la transculturación de la sociedad occidental, les debilitan su valor como medicina tradicional y en sus concepciones e identidades. Se pretende dirigir las acciones de “rescate” mediante apoyos que permitan la valoración del conocimiento tradicional por sus jóvenes, mediante el desarrollo de proyectos sustentables cuya responsabilidad financiera dependa o se estimule por las instituciones gubernamentales. (involucrar proyectos de rescate cultural).

Medicina tradicional de acompañamiento y fomento

- Es una medicina tradicional que se redescubre en una comunidad conciente de sus valores e identidades, que reconoce el valor del conocimiento e inicia un proceso de empoderamiento y salvaguarda de todos los elementos involucrados para tomar sus propias decisiones en materia de salud, entendidos éstos no sólo como los recursos terapéuticos y las identidades y conocimientos de los curanderos, sino también como los elementos como el agua, la tierra, el aire, la alimentación y las redes sociales.

Estrategias de interrelación de los servicios de salud con la medicina tradicional

Como parte de una política intercultural federal, la Secretaría de Salud propone fomentar estrategias de coordinación y articulación entre los servicios que ofrece esta Secretaría y la medicina tradicional. Con este hecho se reconoce la vigencia del sistema mexicano de medicina tradicional, así como la necesidad de consolidar sistemas locales de atención a la salud para las mexicanas y los mexicanos de acuerdo con sus condiciones socioculturales.

Estrategias:

1. La coordinación entre el personal de salud y los terapeutas tradicionales del sistema indígena de atención a la salud deberá darse en un marco de respeto y complementariedad.
2. Identificar claramente los nombres con los que se les llama en el idioma local a los “terapeutas tradicionales”, registrándolos en su propia lengua, ya que ese nombre posee un significado específico y profundo para su cultura.

3. Por el término de “terapeutas tradicionales” nos referimos a las personas que realizan actividades para curar o mantener la salud individual, familiar y comunitaria, enmarcados en la cosmovisión del sistema indígena tradicional. Aunque esta denominación no es la más adecuada, la proponemos para no caer en contradicciones con el marco de la ley general de salud. Incluso podría dejar fuera a personas como los *xoponej wix* (rezadores de los cerros), cuya acción no es terapéutica, sino que pretende la búsqueda de la armonía con las fuerzas naturales y divinas, para encontrar la salud; sin embargo, esta propuesta no ha generado malestar con los propios terapeutas indígenas.
4. Hay diferencias importantes entre los terapeutas tradicionales. Algunos poseen un conocimiento vasto y complejo, y otros más específicos para un grupo de enfermedades. Se pueden concentrar en padecimientos corporales, emocionales o de las “fuerzas vitales.” Algunos se dedican sólo a actividades preventivas en relación con la armonía con las fuerzas divinas y cósmicas. Muchas culturas indígenas carecen de un común denominador para identificar a estos personajes por lo que les asignan nombres específicos para cada uno de ellos.
5. Existen diversos términos, que se utilizan frecuentemente para referirse a los terapeutas tradicionales que están cargados de prejuicios, imprecisiones y discriminación. Ejemplo: brujos, hechiceros, chamanes, curadores. Estas definiciones son vagas, predisponen prejuicios, reducciones, transferencias y deformaciones de la realidad, y no corresponden al sinnúmero de especialistas que existen en las diferentes culturas indígenas, a sus actividades concretas de trabajo y al significado que poseen para la población indígena.
6. Como lo hemos mencionado, sugerimos no fomentar el término de “médico tradicional”, toda vez que es un término que excluye a algunos tipos de practicantes que tienen un papel muy específico o de carácter preventivo y puede generar confusión y resistencia con el personal de salud, además de problemas por su connotación legal.¹⁴⁶
7. La identificación y reconocimiento de quién es terapeuta tradicional deberá ser otorgada en primer lugar por la población y autoridades comunitarias, esta información es importante validarla con distintas fuentes locales, de manera que la mayoría de los integrantes de la comunidad los avalen.
8. Identificar claramente, y en el idioma local, las enfermedades que atiende la medicina tradicional en los grupos étnicos de las comunidades de influencia. Indagar sobre la manera de identificarlas para poderlas referir con los terapeutas tradicionales las que no atiende el personal de salud (susto, mal de ojo, latido regado). Esto será el inicio para realizar un seguimiento epidemiológico de dichas entidades (epidemiología intercultural).
9. Identificar, en coordinación con los terapeutas tradicionales, la causalidad y riesgos de enfermar y morir del sistema indígena tradicional de atención a la salud de las comunidades de influencia.

146 Artículo 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

10. Convocar encuentros de “enriquecimiento mutuo”¹⁴⁷ entre el personal de salud y los terapeutas tradicionales para valorar los aportes de ambos modelos y establecer convenios de colaboración mutua.
11. Apoyar los procesos de auto-sistematización de la medicina tradicional.

Relación intercultural con las parteras tradicionales (“Encuentros de enriquecimiento mutuo”)

El caso de las parteras tradicionales requiere una atención específica. Ellas forman parte del sistema tradicional de atención a la salud al que pertenece su grupo étnico, conservando la cosmovisión y prácticas culturales derivadas de ella. Muchas de ellas son, además, sobadoras, yerbateras o inclusive *j’meenes*, *iloles* o *marakames* de acuerdo con su grupo cultural. Son reconocidas por las comunidades indígenas y las organizaciones de terapeutas tradicionales.

Es importante distinguirlas de las parteras empíricas no tradicionales, que se han formado en las ciudades al amparo de instituciones de salud o médicos y enfermeras privados, y que aplican el modelo occidental de atención del parto.

Como parte de una nueva política intercultural federal, la Secretaría de Salud propone fomentar estrategias de coordinación y articulación entre los servicios institucionales y las parteras tradicionales, con el fin de buscar una mayor relación entre ambas prácticas en favor de la salud de la población, con la intención de consolidar bases para el desarrollo de un sistema complementario intercultural de atención a la salud.

Con las parteras tradicionales se pretende establecer una relación intercultural de sinergia, horizontalidad y complementariedad. Se les considera integrantes de un modelo indígena tradicional de atención a la salud, que es considerado como un sistema completo que parte de una cosmovisión diferente, que comparte con otros actores sociales de este modelo médico.

En la articulación de los servicios de salud con la medicina tradicional se reconoce, primero, que las parteras poseen un marco conceptual específico, procedimientos y espacios, que establecen un modelo propio, se procura estimular procesos de intercambio y escucha mutua de manera que los servicios de salud y el modelo tradicional de la partería puedan mejorarse, enriqueciéndose con elementos positivos del otro sistema, para que cada uno de manera crítica pueda remover elementos negativos y fortalecerse. Es una relación que favorece el empoderamiento y desarrollo de la medicina tradicional, así como un enriquecimiento del modelo médico convencional.

Para ello se propone transformar los talleres de capacitación, en “encuentros de enriquecimiento mutuo” los que en una atmósfera de apertura y escucha mutua, estimulen el reconocimiento al modelo tradicional, la exposición bidireccional entre ambos modelos, el aprendizaje mutuo y la toma de acuerdos sinérgicos entre el personal de salud y las parteras.

Como una propuesta temática inicial en estos “encuentros de enriquecimiento mutuo”, invitamos tanto a las parteras, como al personal de salud para que expongan (de manera activa)¹⁴⁸ y se enriquezcan mutuamente respecto a diferentes temáticas referentes al embarazo, parto y puerperio:

¹⁴⁷ La propuesta se menciona en otra parte del documento.

¹⁴⁸ Utilizando sociodramas y otras dinámicas activas.

- Cómo entienden el cuerpo.
- Cómo conciben las causas de la mortalidad materna.
- Cuáles son los conceptos y procedimientos que cuentan respecto a los riesgos, atención y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como a los cuidados del recién nacido.
- Qué problemas tienen para poder desarrollar mejor su trabajo.
- Cómo analizan las ventajas y desventajas de cada modelo médico.
- Establecer una negociación conjunta con el establecimiento de acuerdos para mejorar la atención. Qué procedimientos debe incorporar cada modelo (después de escucharse mutuamente) para mejorar su práctica, así como la satisfacción de las usuarias.

También, consideramos conveniente estimular la apertura a que las parteras puedan realizar acciones en los centros de salud y en las posadas de nacimiento. Con el interés de ofrecer de manera sinérgica la atención del parto con lo mejor de los dos modelos médicos, y de acuerdo con las expectativas de los usuarios, las usuarias y del personal de salud se recomienda permitir a la partera atender partos en el centro de salud bajo los lineamientos de asepsia y el acompañamiento médico, e incorporar también elementos importantes para la cultura de la región acostumbrados por las parteras como posiciones tradicionales (parto vertical),¹⁴⁹ oraciones, baños de vapor y hierbas, masajes, apretadas posparto para “cerrar la cadera” y los remedios para acelerar la “bajada” de la leche, entre otras actividades.

Estos elementos se han identificado a través de la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo, que además de facilitar la relación y negociación intercultural entre el personal de salud y las parteras tradicionales de una región, también ha permitido rescatar y sistematizar su conocimiento ancestral. Los aportes identificados han permitido desarrollar las competencias técnicas y culturales para la enseñanza de la partería tradicional, quedando el programa para la conformación de un centro de desarrollo para la formación de parteras tradicionales, así como la conformación de “escuelas de partería tradicional”.

Auto-sistematización de la medicina tradicional

Las publicaciones sobre medicina tradicional permiten un acercamiento y un marco referencial sobre el tema. Sin embargo, la mayoría de lo que se ha publicado de la medicina tradicional es lo que investigadores con una formación occidental han observado e interpretado, desde una mirada, cosmovisión y conceptos diferentes al de la población estudiada.¹⁵⁰

149 Si así lo solicita la parturienta y no existan contraindicaciones médicas, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México.

150 Bajo los conceptos de eficacia simbólica y síndrome de filiación cultural es común que se agrupen fenómenos y procedimientos que no encuentran explicación con las bases de la ciencia occidental actual. Es fácil calificar con estos conceptos todo lo que no se entiende. Hace unas cuantas décadas, la eficacia terapéutica de la acupuntura china era explicada en estos términos. Todavía existen algunas posturas que sostienen este planteamiento respecto a la acupuntura. Ahora, con los frutos de varias décadas de investigaciones en acupuntura ya sabemos que existe, entre otras explicaciones, una serie de mecanismos neurológicos y neuroquímicos responsables de sus resultados. Es importante hacer notar que la medicina científica occidental posee también su cuerpo

Además, en muy pocas ocasiones, la información obtenida en campo de las investigaciones antropológicas sobre medicina tradicional se ha devuelto a las poblaciones originarias para su validación, aprovechamiento y fortalecimiento.

Para favorecer el fortalecimiento de la medicina tradicional, es necesario desarrollar procesos que propicien la recuperación, sistematización y difusión de las diferentes medicinas tradicionales por sus propios actores. Estimular acciones de formación de nuevos recursos humanos con dicha información.

La estrategia de auto-sistematización tiene implicaciones muy importantes: promueve la dignificación del grupo, recupera todo el sistema desde la racionalidad de cada cultura, evita las interpretaciones deformadas, fortalece el reconocimiento de cada modelo médico tradicional y permite el diseño de estrategias de fortalecimiento y desarrollo, estimulando la formación de nuevos terapeutas y parteras tradicionales.

Para ello es importante identificar a los intelectuales indígenas existentes en la región e invitarlos a participar como facilitadores, estableciendo una metodología que apoye la recuperación del conocimiento y cosmovisión por los terapeutas tradicionales que practican cada sistema tradicional de atención a la salud, en donde ellos asuman todos los procesos y actividades que sean posibles, y los agentes externos sólo actúen de facilitadores, para los procesos restantes.

El objetivo de la auto-sistematización es facilitar la recuperación del sistema de atención a la salud de cada grupo étnico, de manera que sus protagonistas lo puedan utilizar en provecho propio, facilite la socialización del conocimiento médico tradicional, la formación de nuevos terapeutas tradicionales, y fortalezca la identidad cultural de cada grupo.

Los objetivos específicos de la auto-sistematización son:

- Recuperar el conocimiento de los médicos tradicionales de cada grupo étnico, desde cada cultura, de manera que no se pierda con la muerte de cada sabio popular.
- Ordenar los conocimientos de manera sistémica e integral, que dé cuenta del conjunto del sistema y de la cosmovisión presente.

de actividades y elementos simbólicos: batas blancas con estetoscopio colgando, habitaciones asépticas, nomenclatura en latín, toda una serie de procedimientos y ritos, que poseen la misma función de eficacia simbólica, aunque generalmente no se les reconoce esa atribución.

Aunque el término de "síndrome de filiación cultural" generalmente se refiere a los padecimientos referidos por las "culturas primitivas", en realidad, los síndromes y enfermedades definidos por todos los modelos médicos poseen también una filiación cultural. Es el caso de la medicina occidental convencional fruto de un proceso histórico cultural de varios siglos de evolución, responsable de su carácter biologicista, farmacologista, e individualista, entre otras características.

Cada cultura valora a sus individuos enfermos y se da cuenta de que varios o muchos sujetos pueden estar enfermos de la misma manera, lo que permite abstraer lo que tienen en común y a tal abstracción llamarla enfermedad. Los diferentes procesos mórbidos concretos son así interpretados realizando una construcción intelectual que busca explicar las causas-efectos. Toda clasificación de enfermedades es hija de la cultura de su tiempo y, en este sentido, toda clasificación es siempre cultural. La historia de todas las medicinas nos muestra como muchos conceptos han cambiado de una época a otra, lo cual se verá en el último capítulo. El expresar el término de "síndrome de filiación cultural", sólo para analizar elementos de las medicinas indígenas y no para elementos de la medicina occidental, acarrea un sesgo que tiene el efecto de percibir a la medicina indígena como primitiva e irracional respecto a la medicina occidental, que es la "científica" y "racional", cuyos postulados no se ponen en duda. Con ello, no se facilita el acercarse a la racionalidad holística de la medicina tradicional en un plan horizontal, con el interés de aprender de ella, y se mantienen los prejuicios, discriminación y menosprecios existentes.

- Elaborar un producto que los terapeutas tradicionales de cada región consideren como propio.
- Presentar los conocimientos de manera que facilite su comprensión y aprovechamiento por todos los terapeutas tradicionales de cada grupo étnico.
- Fortalecer los procesos de formación de nuevos terapeutas tradicionales.
- Recuperar los aportes de cada modelo médico tradicional.
- Fortalecer los procesos de dignificación, reconocimiento y posicionamiento de cada modelo tradicional.
- Estimular la proyección hacia el futuro y el enriquecimiento de cada sistema tradicional.
- Permite la comunicación asertiva entre el investigador y los terapeutas tradicionales.
- Facilita que los conceptos se viertan con toda su riqueza.
- Fortalece en ambos actores la identidad cultural al descubrir la riqueza del conocimiento existente (los facilitadores indígenas y los terapeutas y parteras tradicionales).
- Es su proceso, la actividad les pertenece, la actividad debe ir dirigida a ellos.

El proceso debe iniciar con la convicción de parte de las organizaciones de terapeutas tradicionales, de que la recuperación de sus conocimientos los va a fortalecer y que no sólo es utilizarlos y extraerles conocimiento e información. Esto implica un trabajo previo serio, así como una explicación muy clara del proceso, sus fines y sus procedimientos, en donde las organizaciones de terapeutas tradicionales y sus integrantes sean sujetos y no objetos, y asuman la dirección y ejecución de las actividades.

El material escrito resultante debe presentarse con los terapeutas tradicionales donde se lea el producto elaborado, traduciéndose a su lengua, registrando sus comentarios, y corrigiendo las ideas que ellos consideren que no corresponden al significado que querían transmitir. Hasta que no se encuentre completamente validado por sus protagonistas, no puede socializarse y menos el afirmar que esta información responde a su medicina.

La auto-sistematización es una estrategia de vital importancia para fortalecer las diferentes medicinas tradicionales de nuestro país. La definición de procedimientos y la destinación de recursos para facilitar su ejercicio será un elemento determinante en la consolidación de un modelo de salud mexicano donde se aprovechen los aportes de nuestra población indígena, así como las raíces históricas que poseemos como nación.

Ya se cuenta con una guía para favorecer la implantación del fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional, que contiene todos los elementos y fundamentos que permitan entender y aplicarlo en los servicios de salud.

Se propone realizar diferentes talleres para recuperar y sistematizar diferentes grupos de conocimientos. Por supuesto que se debe hacer en la propia lengua y por profesionales y/o estudiantes indígenas de la región o facilitadores con capacitación intercultural.

LA HERBOLARIA TRADICIONAL MEXICANA

Noemí Lugo Maldonado

Responsable de estrategias de la medicina tradicional y herbolaria medicinal. DMTDI.

En México uno de los recursos terapéuticos de la Medicina Tradicional Mexicana que ha tenido mayor interés es la Herbolaria Tradicional Mexicana, dado que nuestro país ocupa el 5° lugar mundial en biodiversidad vegetal con 35,000 especies de las cuales 17,500 son potencialmente medicinales.¹⁵¹



La Herbolaría Tradicional Mexicana utilizada para la atención de la salud por terapeutas tradicionales desde tiempos prehispánicos, ha tenido a bien integrarse a la atención a la salud por el conocimiento occidental. Martín de la Cruz, en 1552 en el *Códice Badiano* traducido por Juan Badiano¹⁵², recopila las especies medicinales que consta de dibujos a color de cerca de 150 plantas medicinales autóctonas, las cuales están acompañadas, en latín en la que refiere sus propiedades curativas. En un compendio de 12 libros a partir de 1558 y concluido hacia 1577 Fray Bernardino de Sahagún proporciona información (textos escritos en náhuatl y español, acompañados de ilustraciones) sobre la historia, la religión la organización social y política, el comercio y las costumbres en general de los mexicanos. Francisco Hernández primer protomedico de las Indias de 1570 a 1576, da cuenta de 3, 076 especies medicinales con sus respectivas dosificación y formas de preparación.¹⁵³ Posteriormente la Sinonimia vulgar y científica de las plantas de México, elaborada por el Dr. Alfonso Herrera; las Lecciones de Farmacología, del Dr. Leonardo Oliva; el repertorio de plantas medicinales indígenas y materia médica mexicana, del Dr. Fernando Altamirano y del profesor Maximino Martínez tiene dos

151 Referencia del Dr. Erick Estrada Lugo. Coordinador del programa universitario de plantas medicinales de la Universidad Autónoma de Chapingo.

152 Martín de la Cruz, *Libellus de medicinalibus indorum herbis*, que traduce Libro medicinal de las hierbas de Indias (México: Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1991).

153 Francisco Hernández. *Historia de las Plantas de la Nueva España*. Instituto de Biología. UNAM 1942-1946.

publicaciones importantes: *Catálogo de nombres vulgares y científicos de plantas mexicanas*¹⁵⁴ y *Las plantas Medicinales de México*¹⁵⁵. En 1846 se estima sea la primer farmacopea mexicana, la cual incorpora plantas medicinales del conocimiento de la población indígena, de uso común, modo de prepararlas y combinarlas. Sucesivamente se reprodujeron diversas farmacopeas en 1874, 1884, 1896, hasta nuestra época, viéndose eliminadas las plantas medicinales, y es hasta el 2001 que se rescata dicho conocimiento y se crea una farmacopea herbolaria, la cual cuenta con 90 Monografías de plantas medicinales de las cuales solo 14 especies son mexicanas.

Lozoya (1994) expone con mayor detalle las plantas usadas como materia prima¹⁵⁶. Señala que el 25% de las recetas médicas expedidas en los Estados Unidos de Norteamérica en la década de 1975-1985, prescribían productos que se obtienen directamente de las plantas y que dichos vegetales se cultivan predominantemente en países del Tercer Mundo para surtir a los centros industriales. También refiere que el 88 por ciento de los medicamentos básicos de la medicina provienen de plantas medicinales; que 10 por ciento lo hacen indirectamente y sólo el 5 por ciento son de origen sintético. Que al estudiar el origen y usos de tales productos (120 en total) se comprueba que 80 por ciento se deriva de las medicinas tradicionales en las que la planta tiene un idéntico uso terapéutico al que se le aplica en la medicina occidental.”

Se ha buscado estudiar la actividad terapéutica contenido en diversos estudios, antropológicos, etnobotánicas, fotoquímicos, farmacológicos, toxicológicos, bioquímicos. Diversas Instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se dieron a la tarea de estudiar científicamente las plantas medicinales de México desde la perspectiva experimental y de la etnobotánica médica, formando el primer Herbario de Flora Medicinal de México, dicho Herbario del IMSS cuenta con una colección de plantas medicinales, siendo uno de los más importante de América Latina y en la actualidad su acervo contiene 14,485 ejemplares con utilidad medicinal. El herbario del IMSS de fitomedicamentos (medicamentos elaborados a partir de plantas medicinales).¹⁵⁷

Por otra parte, en el año 2001, el Instituto Politécnico Nacional (IPN) editó el Index Herbario, el que es el Índice de las Plantas Contenidas en el Herbario de la La Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (ahora en proceso de remodelación), y que cuenta con 2,316 especímenes correspondientes a 149 familias botánicas, 530 géneros y 925 especies medicinales recolectadas en 26 estados de la República y algunas procedentes del extranjero, así también, la Escuela cuenta con un Museo que contiene alrededor de 300 ejemplares de Plantas Medicinales tal y como se venden en mercados de la república mexicana, y que corresponden a diferentes familias botánicas.¹⁵⁸

Actualmente se tiene una red de investigadores en Herbolaria Medicinal donde diversas instituciones como la Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de Hidalgo, Universidad Veracruzana, Universidad Juárez de Ta-

154 Martínez M. *Catálogo de nombres vulgares y científicos de plantas mexicanas*. Ediciones Botas, 1937.

155 Martínez M. *Las Plantas Medicinales de México*. Ediciones Botas. 1959.

156 Lozoya L., X. 1994. *Plantas, Medicina y Poder. Breve Historia de la Herbolaria Mexicana*. Procuraduría Federal del Consumidor-Editorial Pax. México.

157 Referido por la M. en C. Abigail Aguilar Contreras, Jefa del Herbario del Instituto Mexicano del Seguro Social.

158 Referido por el Dr. José Waizel Bucay, Jefe del Herbario de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional.

basco, Universidad Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Atunóma de Morelos, entre otras, siguen realizando investigaciones de la Herbolaria en alguna de ellas con el enfoque de la medicina tradicional mexicana.

La Secretaría de Salud incorporó desde 1997 la existencia de medicamentos y remedios herbolarios, en el marco regulatorio de la Ley General de Salud. Esto se plasma en el Reglamento de Insumos para la Salud, en el cual se regula la definición, registro, elaboración, envasado, publicidad y establecimientos de los medicamentos. Los medicamentos herbolarios además de contener material vegetal, podrán adicionar en su formulación excipientes y aditivos. Los remedios herbolarios son el preparado de plantas medicinales, o sus partes, individuales o combinadas y sus derivados, presentados en forma farmacéutica, al cual se les atribuye por conocimiento popular o tradicional, el alivio para algunos síntomas participantes o aislados de una enfermedad.

Actualmente la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud pretende impulsar la Herbolaria e integrarla a otros ejes normativos como es la enseñanza y el servicio, por lo que se contó con un Comité de expertos en Herbolaria en la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, que elaboró la guía de estructuración de programas de enseñanza para el fortalecimiento de la práctica médica con herbolaria, del cual ha derivado la capacitación a personal de los servicios de salud en torno al Diplomado de Herbolaria en la Práctica Médica y un Comité de Remedios Herbolarios en el Cuadro Básico de Medicamentos e Insumos para la Salud, conducido por el Consejo de Salubridad General.

Como parte de la implementación de esta terapéutica dentro de los servicios de salud se propone una estrategia llamada "Farmacias Verdes". Se encuentra inspirada en elementos prehispánicos, como se ha presentado en estudios antropológicos y evidencias arqueológicas en la cultura Mexica, donde existía una figura que se denominaba Panamacani o Panamacac, cuyo papel desempeñado era el de clasificar, conservar y renovar sus plantas, especializándose en la preparación y dispensación de remedios y lo que se consideraría como medicamentos, dado que llevaban un proceso elaborado, considerándose como tales los zumos *pascatl*, extraídos de hojas, raíces y flores frescas, las infusiones y cocimientos de las mismas partes, ya sea frescas o secas, jarabes, aceites, emulsiones de semillas, polvos, pastas, ungüentos y emplastos, reflejando en su oficio el estado de la Farmacia dentro del pueblo.

En la actualidad, "Farmacias Verdes" se presentan con las actividades de los sabios del conocimiento tradicional, quienes preparan las especies medicinales, ya sea en seco o fresco, dado que la mayoría de ellas las cultivan cerca de sus dominios o las colectan del campo en las llamadas caminatas que realizan para contar con ellas y restablecer la salud del enfermo: Existe una clasificación por los mismos conocedores de la flora medicinal sustentada en el concepto frío-caliente, plantas que mueven el aire, entre otros elementos.

En el Sector Salud, en algunos estados como Hidalgo y Puebla, manejan ya estas farmacias, con resultados hasta el momento favorable y confiable. La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural se ha dado a la tarea de realizar una propuesta para su implementación en el sector.

Tomando como base el respaldo del conocimiento empírico del uso que han realizado los sabios tradicionales, se considerará lo siguiente:

- Establecimiento dentro de una clínica rural o semejante, donde se acondicione para su resguardo.

- Espacio y materiales para el proceso de las especies, ya sea en tisanas, infusiones, granel, unguento, pomada.
- Tener las especies disponibles de acuerdo a la localidad donde se implemente en la entidad federativa, previa consulta de la más común utilizada en determinado padecimiento.
- Identificar aquellas especies que estén por agotarse.
- Identificar por medio de una etiqueta los remedios de acuerdo al padecimiento y si es fría o caliente de acuerdo a la cosmovisión de la medicina tradicional.
- Señalar su nombre común de la flora medicinal, con apoyo del personal capacitado la identificación taxonómica para su nombre científico, concentración, contenido, cantidad o dosis a usarse, vía de administración, fecha de elaboración, fecha de caducación, lo que permitirá tener un control de primeras entradas y primeras salidas, para su control e identificación de alguna reacción secundaria.
- Manejo de libros de control donde quedaran registrados los movimientos entradas y salidas.
- Conservarlas en buen estado.
- Surtir y dispensar de manera correcta bajo un registro.
- Implementar un programa de actividades de higiene y limpieza para evitar cualquier fauna nociva.
- Contar con un personal capacitado en la medicina tradicional mexicana ya sea médico, farmacéutico y enfermera.

Conclusiones

La inserción de la Herbolaria Medicinal dentro de los servicios de salud, ha sido un proceso con dificultades ya que la Medicina Tradicional Mexicana, tiene una racionalidad diferente a la científica. “La herbolaria medicinal mexicana no sólo tiene una perspectiva histórica. El reto es imaginarla hacia el futuro: ya sea extinta y confinada en escaparates, ya sea banalizada como mercancía o potencializada, lo que no depende de tisanas, sino del derrotero de la sociedad que la hace posible. La fuerza de la herbolaria radica en la asistencia que ofrecen los curanderos, hueseros y parteros en el ámbito de la denominada medicina tradicional, y también en la que se brinda en los hogares con la medicina doméstica. Desde estos dos espacios esenciales, la herbolaria plantea un desafío por el aporte potencial que implican algunas pautas propias de la práctica de sus terapeutas, de los esquemas nosológicos con que trabajan, y de la materia médica que aplican.”¹⁵⁹

Pretendemos fortalecer una Política Nacional de la Herbolaria Medicinal Tradicional Mexicana, la cual sea integral e incluyente, con acciones intersectoriales, contando con una reglamentación para el manejo adecuado de la misma de acuerdo a la competencia de cada área vinculada. Contar con dicha política permitirá que la población usuaria, tenga la confiabilidad del consumo de las plantas medicinales y sus preparados de una manera segura, y a la vez de una concientización para su preservación dentro de la Medicina Tradicional por los mismos usuarios.

159 Hersch M., P. De hierbas y herbolarios en el México actual. En: *Arqueología Mexicana*. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Vol. VII, núm. 39. Septiembre–Octubre 1999b. pp: 60–65. Doctor en Ciencias Agrarias, especialista en herbolaria. Universidad Autónoma Chapingo. Departamento de Fitotecnia.

Capítulo 5

LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS

José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez
y Vicente Vargas Vite

Definición

Según la OMS, “los términos de medicina “alternativa”, “complementaria” (a veces también llamada “no convencional” o “paralela”) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente”...

...Los europeos la definen como prácticas que no forman parte de sus propias tradiciones sanitarias. De esta manera existen prácticas como la homeopatía y los sistemas quiroprácticos que se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, que no están clasificadas como sistemas médicos tradicionales, ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como a una forma de medicinas complementarias y alternativas (MCA). Sucede lo mismo con terapias médicas tradicionales como la acupuntura, la ayurveda y la medicina Unani cuando se aplican en otros países en los que no forman parte de sus propios modelos de salud...

...Hablar de medicina “alternativa” es... como hablar de extranjeros – ambos términos son vagamente peyorativos y hacen referencia a amplias y heterogéneas categorías definidas por lo que no son, en lugar de definirse por lo que son.”¹⁶⁰

El cuestionamiento que han realizado diversos terapeutas de estos modelos al uso de los términos: “alternativo”, “complementario”, “paralelo” y no “convencional”, es porque están definidos en función y a partir de la visión y funcionamiento de modelo convencional occidental y no a partir de sus aportaciones específicas. Para el caso de terapéuticas que comparten elementos con el sistema occidental y sólo aportan aspectos específicos, últimamente se está proponiendo el término de modelos clínico terapéuticos diferentes a la farmacología convencional.¹⁶¹

160 Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. EDM/TRM, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.

161 Propuesta de los doctores Drs. Noe Ibáñez Hernández y Fernando Ochoa Bernal, Director del Hospital Nacional Homeopático el primero y Presidente del Consejo Consultivo Médico Homeopático el segundo.

Desarrollo en el mundo

Veinticinco de los 191 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶² han desarrollado políticas sobre medicinas complementarias, alternativas y tradicionales.

Según datos de ésta, en muchos países desarrollados las medicinas complementarias y alternativas (MCA) son cada vez más populares. La 56ª Asamblea Mundial de la Salud, del 28 de mayo de 2003,¹⁶³ reconoció que la medicina tradicional, complementaria o alternativa, presenta muchos aspectos positivos y quienes la practican desempeñan una función importante en el tratamiento de enfermedades crónicas y en la mejora de la calidad de vida de quienes sufren enfermedades consideradas incurables.

Los términos de medicinas complementarias y alternativas (MCA) y medicinas tradicionales se utilizan para referirse a muchos tipos de atención de la salud no convencionales, que entrañan distintos grados de formación y eficacia y que abarcan una serie de terapias y prácticas que difieren mucho de un país a otro y de una región a otra. De este análisis, muchos Estados Miembros de la OMS han decidido apoyar el buen uso de la medicina complementaria alternativa y tradicional en sus sistemas de salud, actualmente en la Estrategia Medicina Tradicional 2014-2023 la OMS propone que los estados aprovechen el potencial de la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) para el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promuevan su uso seguro y eficaz a través de la reglamentación y la investigación¹⁶⁴.

No existe un acuerdo de cómo clasificar estas prácticas médicas. Diferentes fuentes enlistan y clasifican a estas prácticas médicas de diversas formas, hasta hoy sabemos que existen más de 2000 terapias “alternativas” en el mundo.

La OMS clasifica a estas prácticas en dos grandes grupos: las que utilizan plantas medicinales y las que no (acupuntura, masaje, p.ej.).

Otra clasificación la diferencia en:¹⁶⁵

1) Sistemas médicos alternativos.	Se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica.
2) Enfoque sobre la mente y el cuerpo.	Técnicas diseñadas para que la mente afecte la función y síntomas corporales.
3) Terapias biológicas.	Utilizan sustancias que se encuentran en la naturaleza (vegetales, animales y minerales).
4) Métodos de manipulación y basados en el cuerpo.	Hacen énfasis en la manipulación o el movimiento de una o más partes del cuerpo.
5) Terapias sobre la base de la energía (campos de energía).	A) Terapias del biocampo. B) Terapias bioelectromagnéticas.

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 56ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA56.31. Punto 14.10 del orden del día 28 de mayo de 2003. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003.

¹⁶⁴ Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.

¹⁶⁵ Información proporcionada por el Dr. Arturo Gómez Mera, Director del Departamento de Acupuntura Humana del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, en la ponencia presentada en el seminario de actualización DGPLADES (2003).

El problema de la mayoría de las clasificaciones propuestas, radica en intentar comprender y clasificar sólo desde la perspectiva de la cultura biomédica occidental, limitando la comprensión hacia otras medicinas emanadas de otras culturas (china, india, árabe, mesoamericana, africana) y lo cual dificulta su ubicación conceptual.

No existe una sola forma de medicina. En todas las sociedades humanas, cada cultura ha desarrollado una medicina acorde con sus formas de vida, de su relación con su entorno ambiental y como producto de sus creencias y cosmovisión.

Aportes del enfoque sistémico

Para comprender de una manera integral el panorama de las medicinas complementarias y alternativas habría que ubicar, en primer lugar, que muchas prácticas en torno a la salud son de carácter preventivo y rehabilitatorio, sin embargo, cuando se definen como terapias alternativas, muchas de ellas quedan fuera del campo de estudio.

En segundo lugar, al definir las desde la clasificación señalada en el cuadro anterior, por tipo de terapia (biológica, cuerpo, mente, terapias con base en energía), se rompe con la relación e identificación al “sistema médico” que les dio origen. Al colocar juntas prácticas que poseen conceptualizaciones diferentes de la salud, de la enfermedad y del cuerpo, éstas quedan aisladas de su sistema, desdibujando diferentes elementos que les dan atribuciones más amplias dentro de éste.

Así, en las terapias biológicas se colocan juntas: la fitoterapia occidental, la herbolaria indígena mesoamericana, la bencaología china y la herbolaria naturista, por trabajar o utilizar plantas medicinales; así también, como en las que utilizan la manipulación y movimiento del cuerpo, se ponen juntas la masoterapia occidental, el *shiatzu* japonés y terapéuticas de masaje de origen aryuvédico.

Al extraerlas del sistema, cosmovisión y contexto original, se presentan de manera desarticulada y descontextualizada y sin explicitar su vinculación con el sistema que les dio origen ni su percepción sobre la salud y la enfermedad, confundiendo su coherencia, colocándolas juntas y visualizando prácticas que pertenecen a categorías diferentes, en un espectro aparentemente desordenado que no ayuda a la comprensión lógica de las diferentes disciplinas.

La indefinición en este panorama, dio la oportunidad a la Secretaría de Salud de generar un marco conceptual basado en la integración entre la teoría de sistemas y la antropología médica. De la teoría de sistemas tomamos los elementos para comprender, reconocer e identificar diferentes sistemas de atención a la salud en México y el mundo. De la antropología médica recuperamos el concepto de cosmovisión como eje fundamental que da sustento, cohesión y sentido a cada sistema de atención a la salud, que funciona como aglutinador de todos los elementos que lo conforman.¹⁶⁶

Alrededor de la cosmovisión, los sistemas de salud integran los siguientes elementos: una definición de lo que se entiende por enfermedad, elementos conceptuales para la clasificación; concepción y explicación de la causalidad y riesgo de las mismas; los modelos de prevención; los procedimientos diagnósticos; los procedimientos terapéuticos, y la comprensión del papel y clasificación de los terapeutas.

166 A. López-Austin, *Cuerpo humano e ideología*. UNAM, pp. 17-18. México, D.F., 1989.

Consideramos que este modelo de análisis innovador facilita la comprensión de diversas prácticas médicas como sistemas, a partir de su cosmovisión.¹⁶⁷

Sabemos que hay rupturas y cambios en los paradigmas teóricos, y que terapias que nacieron de un sistema, pueden evolucionar acercándose conceptualmente a la cosmovisión de otro, dificultando su clasificación y ordenamiento por la apropiación de un nuevo sistema o alejamiento del que les dio origen. Sin embargo, este modelo aporta elementos valiosos para comprender cada medicina y sus partes, agrupando de manera natural y conceptual las diferentes interrelaciones permitiendo su diagnóstico situacional.

Este marco conceptual, apoya la comparación entre sistemas (y no de sistemas con terapias aisladas), posibilitando el enriquecimiento intercultural, una articulación complementaria integrativa sinérgica y una visualización y posicionamiento horizontal de cada sistema.

Con algunos elementos, de la teoría de sistemas y la antropología médica, hemos ordenado algunas prácticas de la medicina en torno a tres sistemas, desde la cosmovisión que les dio origen:

- El sistema occidental biomédico.
- El sistema médico tradicional chino-japonés.
- El sistema ayurvédico de la India.

Prácticas derivadas del sistema médico occidental

Durante los siglos XVIII al XX, un gran número de médicos, investigadores y profesionales formados en el sistema médico y la cosmovisión y cultura occidental, fueron proponiendo y adicionando prácticas innovadoras de carácter preventivo y terapéutico. En muchos casos comparten la misma cosmovisión médico-occidental, aunque las propuestas terapéuticas pudieran ser diferentes. En otros, los caminos han significado cambio de algunos paradigmas, a veces hasta rupturas importantes.

Muchas de estas prácticas en su nacimiento no fueron reconocidas por la ciencia médica convencional. Algunas han ganado reconocimientos a lo largo de décadas de práctica y si bien éste no ha sido total, señalan una apertura de los sistemas médicos de diferentes naciones, inclusive de la OMS. Varias de ellas ya se han incorporado en ciertos sistemas nacionales y se realizan en su beneficio investigaciones sobre su efectividad y seguridad. Muchas continúan al margen de la práctica médica en el límite entre la ciencia, la magia y la charlatanería.

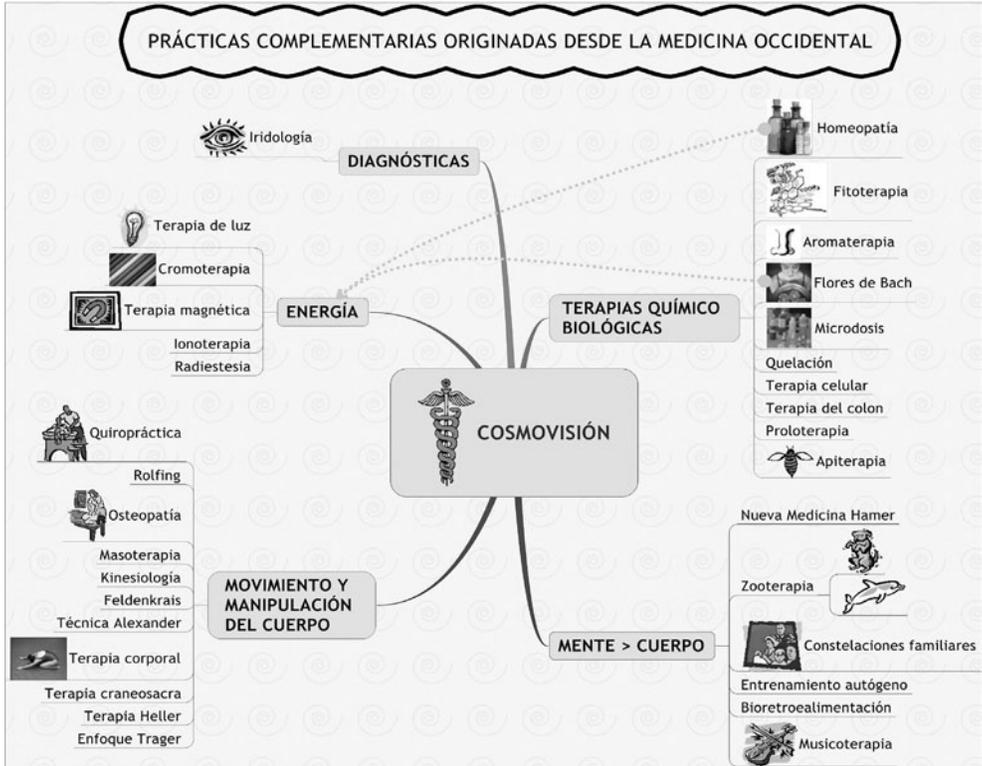
Con el proceso de globalización, se ha dado el acercamiento con terapias provenientes de otros sistemas, pero que se leen, interpretan y desarrollan desde los planteamientos occidentales. Este es el caso del masaje sueco, que fue desarrollado por Per Henrik Ling, después de haber vivido en Japón; el de la fitoterapia, en la cual plantas medicinales provenientes de culturas en la que las utilizan desde una cosmovisión diferente son estudiadas y aprovechadas desde sus propiedades químico fármaco biológicas (paradigma occidental).

Esta globalización también ha dado pauta a la modificación en las concepciones de los paradigmas y en planteamientos más holísticos¹⁶⁸ que desde otras culturas han impregnado también las propuestas occidentales.

167 En este modelo de análisis teórico se analizan también desde el mismo enfoque el modelo médico convencional occidental, así como la medicina tradicional indígena mexicana.

168 Concepto que pone énfasis en la totalidad.

En el siguiente diagrama, señalamos una serie de prácticas terapéuticas propuestas por médicos e investigadores occidentales, ordenadas desde las categorías propuestas para su clasificación:

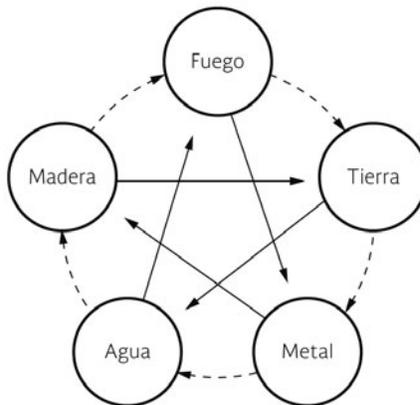


El sistema médico tradicional chino



Para nosotros, la cosmovisión es el eje articulador de todos los sistemas médicos. En el caso del sistema conceptual chino, su cosmovisión surge dentro de un cuerpo filosófico religioso conocido como “Taoísmo” en el que se comprende que es el “todo”. Es un principio presente en el cosmos y las cosas, encontrándose en un movimiento continuo en el que la energía vital o *ki* todo lo impregna. En los términos chinos el *ki* es explicado como “aire vital”.

Esta “energía vital”, está formada por dos componentes, uno denominado por la palabra *yin* (frío, femenino, “como el agua”) y otro *yang* (caliente, masculino, “como el fuego”). Sin la combinación de los dos no existen ni la vida ni el movimiento.



La interacción entre el *yin* y el *yang* produce los cinco elementos con los cuales está formado todo el universo (madera, fuego, tierra, metal y agua). Entre ellos existen relaciones de intergeneración (unos producen otros, flechas externas) y de interdominancia (cada elemento es dominado por uno y domina a otro, flechas internas).

El ser humano es un microcosmos, conectado estrechamente a todo el macrocosmos. La energía fluye en el cuerpo por 12 canales ordinarios y 8 “extraordinarios” conocidos como “me-

ridianos". El desequilibrio entre el *yin* y *yang*, tanto interno como externo, produce enfermedad, la que se previene propiciando el equilibrio del medio ambiente que rodea a las personas, y la salud se obtiene restituyendo el equilibrio interno.

Esta cosmovisión, construida a lo largo de miles de años ha dado origen a una serie de prácticas dirigidas a conservar y restituir el equilibrio energético del cuerpo, mente, emociones y espíritu así como del medio ambiente del cual la persona forma parte. Algunas son más destinadas a prevenir, otras a curar, pero muchas se utilizan en ambos sentidos.

Este sistema ha dado origen a todo un subsistema nutricional complejo basado en la ingesta de forma equilibrada de alimentos con propiedades *yin* y *yang*, así como de los cinco sabores aportando los elementos para la definición de la dieta china y la dieta macrobiótica japonesa.

Para mantener y propiciar el equilibrio ambiental de las diferentes energías *yin* y *yang* y de los cinco elementos que están presentes en los espacios vitales, se desarrolló el *feng shui*, disciplina que se ha deformado de su significado original, al ser reinterpretada y resumida desde la visión occidental.

Como en esta cosmovisión oriental la causalidad incluye el estancamiento de energía por inmovilidad y el daño por agresiones humanas, se desarrollaron sistemas de movimiento y ejercicios que pretenden movilizar la energía, enriquecer la sangre, purificar la respiración, y armonizarse con el medio ambiente que, además, pueden utilizarse como defensa y para recuperar la armonía perdida en caso de algunos padecimientos. Es el caso del *Tai chi chuan*, el *Qi Gong* (chi kum) y el *Wu shu* (Kun fu) en la cultura china. En la cultura japonesa entre muchos sistemas de movimiento y defensa sobresale el *Aikido* por su conceptualización en torno a la energía, la armonía, la salud y la paz.

Dentro de las prácticas terapéuticas de este sistema médico, encontramos aquellas que pretenden movilizar la energía estancada en los meridianos o canales de energía, equilibrando los componentes *yin* y *yang* de la misma. Encontramos aquí, terapias basadas en la estimulación de puntos, unas a través de la aplicación de agujas sobre puntos existentes sobre los canales (acupuntura), a la aplicación de calor sobre los mismos a través de la combustión del estafiate chino (moxibustión), la utilización de ventosas, el uso reciente de electro estimuladores, la utilización de láser y la aplicación de masaje (*tuina* chino y *shiatzu* japonés), entre otras.

En el caso del masaje, además de la estimulación de puntos, existen otros mecanismos de explicación para dar cuenta de su eficacia terapéutica. Se aplica para problemas en los músculos, huesos y tendones, así como para muchas de las enfermedades que trata la acupuntura.

Otras terapias, como el *Jin Shin*,¹⁶⁹ utilizan la estimulación de puntos corporales que señala, enlazan con todo el sistema cuerpo-mente, que se utilizan para despertar obstrucciones emocionales, reorganizar energéticamente a ese sistema y resolver gradualmente el trauma, al cual se le puede dar posteriormente un abordaje psicoterapéutico (enfoque tara).

Existe un tipo de *Qi gong* médico llamado *Fa gong*, que como el *reiki* japonés, pretende desarrollar la capacidad de transmitir la energía sanadora del terapeuta al enfermo, contribuyendo a restablecer la capacidad de autocuración de la propia persona.

También la medicina china utiliza las plantas medicinales, pero insertas en un subsistema práctico-conceptual bastante complejo llamado bencaología. El nombre de esta disciplina engloba

169 Teeguarden I. El Masaje Japonés Jin Shin Do-la acupuntura con los dedos-el poder mágico del tacto. Ed Martínez Roca, España, 1981.

la utilización de productos de origen vegetal, animal y mineral. Por ello es que su alcance rebasa lo que conocemos como herbolaria medicinal.

En los listados de medicinas alternativas muchas de estas prácticas aparecen desagrupadas y otras ni siquiera aparecen (como el caso del *Feng shui* y del *Qi Gong*).

En el diagrama siguiente se pretende presentar de una manera esquemática las prácticas preventivas y terapéuticas del sistema tradicional chino-japonés, cuyo eje articulador es la cosmovisión, que está representada al centro por una imagen:



El sistema médico tradicional ayurveda

Ayurveda, significa la “ciencia de la vida” en sánscrito; es la forma tradicional de medicina de la India. Es de los sistemas curativos más antiguos del mundo. Sus raíces proceden de la época Védica, hace más de 5.000 años. Este modelo médico ha tenido una fuerte influencia a través de la historia en muchos otros sistemas de atención a la salud, desde la antigua Grecia, en el Occidente, hasta la medicina china tradicional, en el Oriente. Las hierbas y fórmulas ayurvédicas aparecen en la medicina china tradicional, y también existe una forma ayurvédica de acupuntura.

Ayurveda es el fundamento de la medicina tibetana o *Amchi*, que se introduce en el Tíbet junto con el budismo indio. La medicina tibetana es predominantemente ayurvédica, con una influencia secundaria de la medicina china. Existen también otras formas de ayurveda en el Nepal, Sri Lanka y Birmania, así como en algunas zonas de Tailandia. Esta medicina tuvo influencia también, en la medicina unaní árabe.

Ayurveda es también uno de los sistemas que se ha introducido al Occidente como medicina complementaria, donde su popularidad y prestigio están creciendo rápidamente.

La cosmovisión como eje articulador de todos los sistemas médicos, en el caso del sistema conceptual aryuvédico, está presente en una serie de terapias y prácticas que en Occidente se engloban y se agrupan bajo en la corriente del “naturismo.”

En este sistema se concibe una energía universal llamada *prana*, de la que surgen la vida, el movimiento y la actividad. Al comenzar la creación, el *prana* produjo la infinita variedad de fuerza y sustancia. En cada forma de vida el *prana* está presente como una fuerza vital que todo lo anima. Toda fuerza se basa en *prana*: la fuerza de la gravedad, la atracción, la repulsión, la electricidad, la radioactividad sin *prana* no hay vida, porque *prana* es el alma de toda fuerza y energía.

En el ser humano el *prana* se manifiesta como la fuerza maestra detrás de todas las funciones del cuerpo y de la mente. Es responsable por la coordinación de la respiración, los sentidos y la mente. A un nivel más profundo gobierna el desarrollo de los estados elevados de conciencia. En el cuerpo se manifiesta en *tejas* y *ojas*. *Tejas*, es la energía sutil del fuego a través de la cual se digieren las impresiones y los pensamientos. A un nivel profundo gobierna el desarrollo de las capacidades perceptivas elevadas. *Ojas* es la energía sutil del agua como la reserva de energía vital, la esencia de la digestión de las comidas, las impresiones y los pensamientos. A un nivel profundo otorga calma y soporta y nutre todos los estados elevados de conciencia.

Existen siete cuerpos: el físico, el etérico, el astral, el mental, el espiritual, el cósmico, y el nirvánico. El *prana* corre por una serie de canales llamados *nadis* y se concentra en 74 puntos vitales o *chakras*. Dentro de este conjunto existen siete *chakras* básicos o principales que se distribuyen desde la parte más baja de la columna vertebral hasta la parte más alta de la cabeza. Los *chakras* conectan a la persona con el universo, absorbiendo la energía universal.

Cada ser humano es una combinación única de mente, cuerpo, sentidos y alma. El alma abandona el cuerpo con la muerte y viaja de cuerpo en cuerpo, reencarnando.

La base del *ayurveda* consiste en la creencia de que los seres humanos son parte integral de la naturaleza, gobernados por los mismos principios que determinan la supervivencia y la salud de todos los seres vivos, plantas y animales. Su meta es armonizar o equilibrar al ser humano con su medio ambiente.

Cada persona nace con una constitución (*prakriti*) compuesta de cantidades variables de tres *doshas* o fuerzas: *vata* simbolizada por el aire o el espacio; *pitta* por el fuego; y *khapa* representada por la tierra y el agua.

Premisas de la medicina aryuvédica respecto a la salud y la enfermedad:

- Si el *prana* no se regenera y no fluye se produce enfermedad. Puede estancarse o debilitarse en alguno de los *chakras*.
- Los alimentos no digeridos, no absorbidos y no asimilados se fermentan en el sistema digestivo produciendo toxinas (*ama*) que afectan todo el resto del cuerpo alterando el flujo normal del *prana*.
- El estrés es un factor importante de enfermedad. Afecta a todas las emociones y tiene consecuencias en el funcionamiento de todo el cuerpo y en el flujo del *prana*.
Un cuerpo libre de estrés es un cuerpo sano.

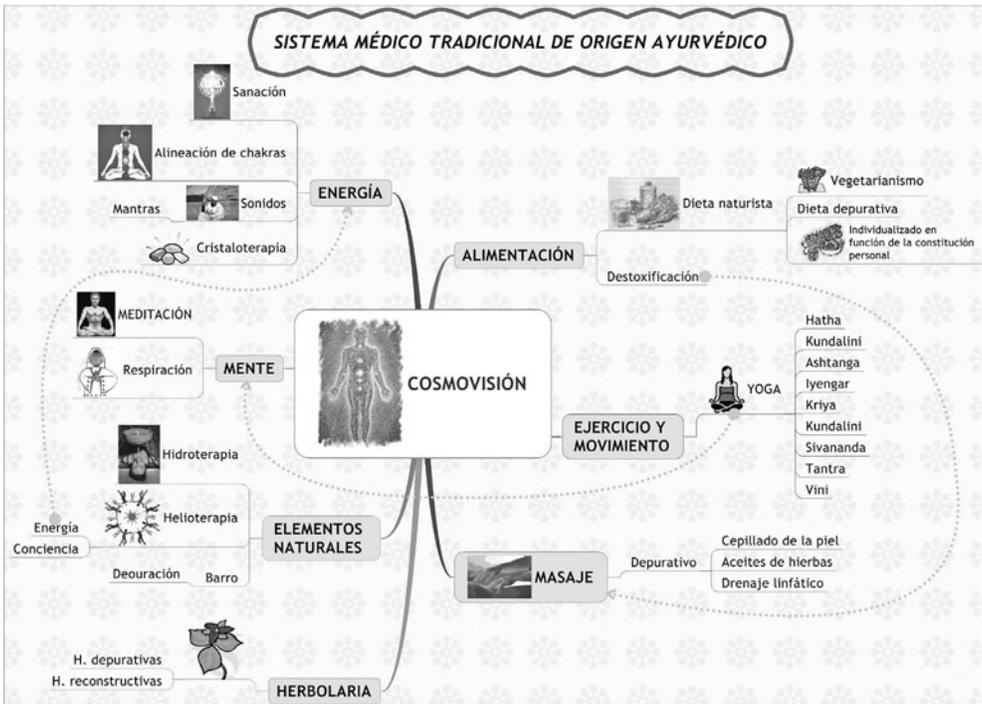
- De acuerdo con el tipo de constitución (*pakriti*) que posee el individuo en relación con la combinación de sus doshas, es la manera como es afectado por el medio ambiente y la alimentación. Tiene que estar en equilibrio desde su constitución particular para poder mantener la salud.

Esta cosmovisión, a lo largo de los siglos, ha dado origen a una serie de prácticas, preventivas y terapéuticas, dirigidas a conservar y restituir el equilibrio energético del cuerpo, mente, emociones y espíritu a nivel interno y con el medio ambiente.

Este conjunto de prácticas, que en Occidente generalmente se presentan desarticuladas, se pueden ordenar con base en cuatro métodos.

1. *Limpieza y purificación (shodan)*. Se pretende eliminar del cuerpo toxinas que se han acumulado en el estómago, nariz, intestino, piel y sangre. Para ello se han desarrollado prácticas terapéuticas a través de la ingesta de dietas depurativas con vegetales comestibles y plantas medicinales, de la utilización de enemas, de las purgas, duchas nasales, vómitos, donación de sangre, cepillado de la piel, masajes con aceites herbarios (para recoger toxinas y bacterias) y baños de vapor con hierbas. Este principio ha dado origen a toda una terapéutica conocida como detoxificación.
2. *Equilibrio de los doshas (paliación o atenuación – shaman)*. Se usa para balancear y pacificar los dosha corporales. Se centra más en la dimensión espiritual y se utiliza una combinación de hierbas, condimentos, ayuno, canto, el yoga, los ejercicios de respiración, meditación, y baños de sol por un tiempo limitado.
3. *Rejuvenecimiento y tonificación (nasayana)*. Se utilizan hierbas especiales preparadas como píldoras, polvos, pomadas y tablillas; preparaciones minerales específicas para la condición y el dosha de una persona; y ejercicios de posiciones de yoga y de respiración.
4. *Higiene mental y curación espiritual (stavajaya)*. Dirigido para alcanzar niveles superiores de función mental y espiritual, por medio de la liberación del *stress* y del abandono de las creencias inconscientes negativas. Las prácticas incluyen terapias del sonido (*mantra*) que cambian los modelos vibratorios de la mente; la concentración en figuras geométricas para llevar la mente fuera de modos ordinarios del pensamiento (*yantra*), y la armonización de la energía del cuerpo a través de la meditación y la utilización de gemas, cristales y metales (*tantra*).

Varias de las prácticas preventivas y terapéuticas que devienen de la cosmovisión ayurvédica se pueden ordenar a través del siguiente esquema sistémico:



Situación en México

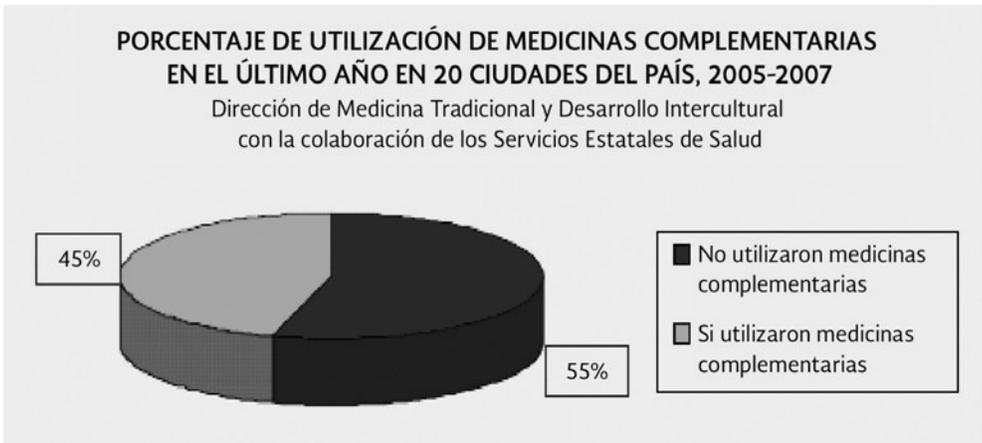
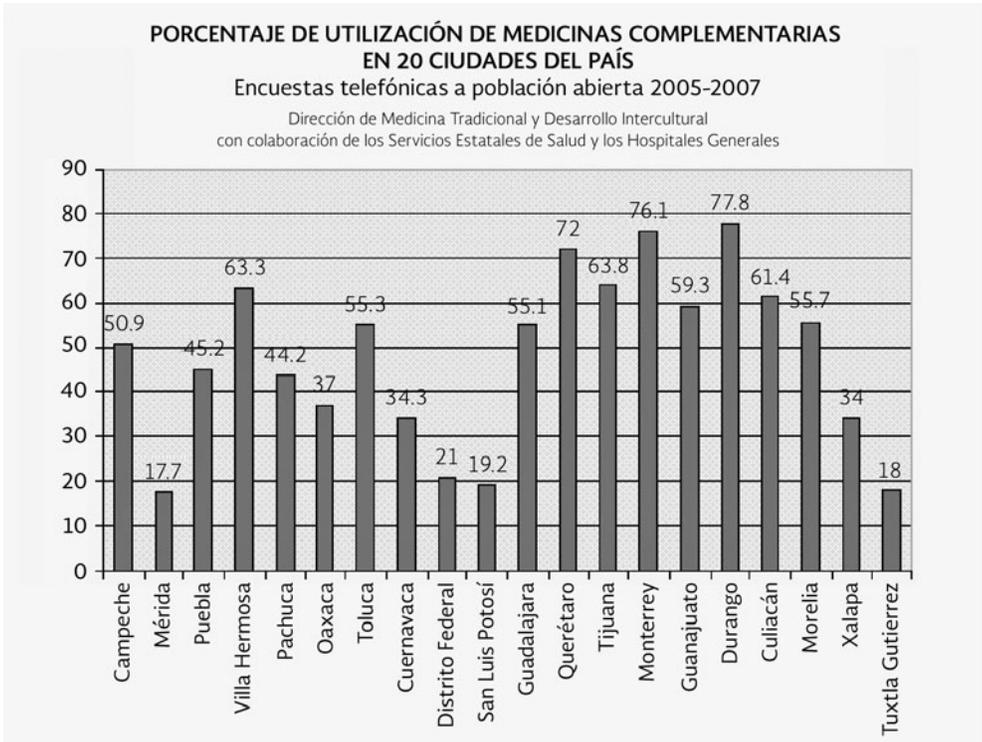
En nuestro país no existía información de la utilización de medicinas alternativas y complementarias por la población. A partir de 2005, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, inició la aplicación de encuestas telefónicas con población abierta y con pacientes y personal de los Hospitales Generales en las capitales de varios Estados. En el año 2007 se completaron 20 ciudades en el país.¹⁷⁰

Los datos encontrados a través de las entrevistas telefónicas a población abierta, mostraron que en el último año había acudido a consulta con medicinas complementarias y alternativas: en la ciudad de Campeche 51% de la población, en Mérida 18%, en Oaxaca 37%, en Puebla 45%, en Villa Hermosa, 63%, en San Luis Potosí 19%, en Pachuca 44%, en Toluca 55%, en Cuernavaca 34%, en Guadalajara 55%, en Querétaro 72% en el Distrito Federal 21%, en Tijuana 64%, en Monterrey 76% , en Guanajuato 59%, en Durango 78%, en Culiacán 61%, en Morelia el 56%, en Xalapa el 34% y en Tuxtla Gutiérrez el 18%.¹⁷¹

170 Cabe señalar que estas encuestas son sólo un estudio exploratorio que ha podido sustentar la necesidad de definir una política específica respecto al uso de estas medicinas.

171 Los cuestionarios fueron aplicados a través de entrevistas telefónicas. La muestra fue realizada al azar y estimada por el físico matemático Dr. Ángel Salas Cuevas †.

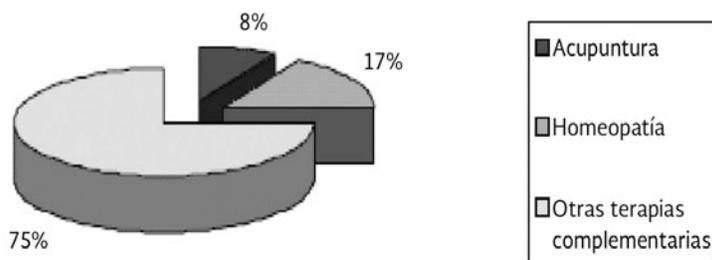
Observamos cómo es heterogéneo el porcentaje en el uso de las medicinas complementarias en las diferentes ciudades y estados del país, fluctuando desde el 18 hasta el 78%, con un porcentaje total del 45%.



También dicha encuesta nos muestra los datos con respecto a la utilización de acupuntura y homeopatía, en relación a la utilización de diferentes modelos no incorporados en el marco legal:

A continuación se presenta un esquema con las principales prácticas alternativas que se utilizan en México, relacionándolas con el sistema médico con el que comparten la cosmovisión de la salud-enfermedad o su origen histórico, clasificándolas también desde su enfoque terapéutico o preventivo.¹⁷²

PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE ACUPUNTURA Y HOMEOPATÍA EN 20 CIUDADES DEL PAÍS, 2005-2007



¹⁷² Investigación y clasificación realizada por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud.

Sistemas relacionados	Clasificación	Modelo y/o práctica derivada
Medicina occidental alopática	Terapia químico biológica	Homeopatía, fitoterapia, aromaterapia, microdosis, quelación, terapia celular, terapia enzimática, terapia del colon, proloterapia, apiterapia, terapia con vitamina c, medicina ortomolecular, oxigenoterapia, ozonoterapia, terapia reconstructiva, flores de Bach, autohemoterapia, orinoterapia, talasoterapia, odontología biológica, termaloterapia, medicina ambiental.
	Movimiento y manipulación del cuerpo	Quiropráctica, osteopatía, quirofísica, rolfing, masoterapia, kinesiología aplicada, Feldenkrais, modelaje Aston, terapia Alexander, terapia corporal, terapia craneosacra, terapia Heller, enfoque Trager, bioterapia Bonnie Prudden, masaje sueco, equinoterapia,
	Mente –cuerpo	Constelaciones familiares, delfinoterapia, equinoterapia, mascoterapia, entrenamiento autógeno, biorretroalimentación (biofeedback), musicoterapia, hipnoterapia, representación guiada de imágenes, programación neurolingüística, nueva medicina de Hamer.
	Mente – mente	Terapia regresiva aplicada, megabrain, gimnasia cerebral, estimulación psicotrópica, terapia cognitiva, grafoterapia, sofrología.
	Biocampo, energía	Bioresonancia, medicina energética, magnetoterapia, ionoterapia, terapia polar, radiónica y radiestesia, cromoterapia, sonoterapia, fototerapia, terapia neural, bioenergética, sintergética, camino del corazón, energía universal, medicina cuántica, medicina psiónica, medicina holográfica, medicina parapsicológica, sagrav.
	Características temporales	Cronoterapia, cronobiología
	Diagnóstico	Iridología

Sistemas relacionados	Clasificación	Modelo y/o practica derivada
Medicina tradicional china	Estimulación acupuntos	Acupuntura, riodoraku, acupuntura-bioenergética, auriculoterapia, reflexoterapia, moxibustión, ventosas y sangrado chinos, boroacupuntura, dendroacupuntura, espinoterapia acupuntural, farmacoacupuntura.
	Manipulación del cuerpo Estimulación acupuntos	Shiatzu japonés, Tuiná chino.
	Movimiento del cuerpo	Qi gong, Tai chi chuan, Wu Shu.
	Energía	Rei ki, Fa gong.
	Terapia biológica	Bencaología china (plantas medicinales, y elementos animales y minerales).
	Alimentación, promoción de la salud	Macrobiótica, dieta china.
	Preventivo. Equilibrio con el medio ambiente. Energía	Feng sui.
Medicina ayurvédica	Alimentación. Prevención	Naturismo, Jugoterapia, Destoxificación.
	Movimiento y manipulación del cuerpo	Yoga (más de 10 variedades), Masaje depurativo y drenaje linfático.
	Terapia químico biológica	Herbolaria ayurvédica, Helioterapia, Hidroterapia.
	Mente – cuerpo	Meditación.
	Energía	Alineación de chacras, Sanación, Cristaloterapia, Toque terapéutico, Moismo, Gemología floral y foliar.
Medicina hipocrática griega	Alimentación. Prevención	Naturopatía.

Marco legal

En 1978 se celebró en Alma Atta (Kazajistán), en la antigua Unión Soviética (URSS), la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, bajo la convocatoria de la OMS¹⁷³ y del UNICEF.¹⁷⁴ En este evento más de 100 naciones ratificaron la definición de la salud de la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad y firmaron un planteamiento integral, encaminado a alcanzar “la salud para todos en el año 2000”, denominado: “Atención Primaria en Salud”. Dicho acuerdo, firmado por México, mostraba apertura hacia prácticas médicas de los sistemas complementarios de salud.¹⁷⁵

173 Organización Mundial de la Salud.

174 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en ingles: United Nations Children's Fund, UNICEF.

175 Werner D. y D. Sanders. Cuestionando la solución. Las políticas de atención primaria de salud y la supervivencia infantil. PRODUSSEP. Centro de Estudios Educativos, Centro de Estudios Ecuménicos, A.C. México, D.F., 2002.

Diecinueve años después, México incorpora estos planteamientos con las reformas a la *Ley General de Salud*, publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1997. A partir de ese momento en la ley se reconoce que por su carácter los medicamentos pueden ser a) alopatícos, b) homeopáticos y c) herbolarios.¹⁷⁶ El Reglamento de Insumos para la Salud, regula la definición, registro, elaboración, embasamiento, publicidad y establecimientos de los medicamentos homeopáticos, medicamentos herbolarios y remedios herbolarios.¹⁷⁷

El enfoque de las leyes y reglamentaciones, va dirigido a la identificación y regulación de la seguridad y eficacia de los medicamentos. No señala propuestas para la validación de otras medicinas utilizadas por la población.

En el caso de la homeopatía, su incorporación al sistema de salud fue establecida oficialmente por un decreto expedido por el entonces presidente Gral. Porfirio Díaz en 1896, definiendo la creación de la Escuela Nacional de Medicina Homeopática, señalando que “los médicos cirujanos homeópatas titulados conforme a este decreto disfrutarán de los mismos derechos y tendrán las mismas obligaciones que los médicos alópatas”. Posteriormente este decreto es ratificado por el gobierno del Gral. Plutarco Elías Calles en 1928.

El 26 de diciembre de 1983, en sesión pública ordinaria, el Senado de la República, ratificó la Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos¹⁷⁸ y dejó establecido que “la Farmacopea Homeopática, instrumento fundamental de la Medicina Homeopática, seguirá teniendo el respeto que la propia reglamentación sanitaria señala y señalará para el ejercicio de la medicina respectiva.” En 1998 la Secretaría de Salud publicó la primera actualización de la Farmacopea.

En el ámbito de la enseñanza, la homeopatía, acupuntura, herbolaria y recientemente la quiropráctica son reconocidas por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), que ha incorporado comisiones específicas sobre la materia con la intención de proponer y revisar las políticas educativas concernientes.

En la *Ley General de Salud* se reconoce desde el 7 de mayo de 1997 la existencia de medicamentos y remedios herbolarios (Artículo 224). Esto se plasma en el Reglamento de Insumos para la Salud, en el cual se regula la definición, registro, elaboración, envasado, publicidad y establecimientos de los medicamentos homeopáticos, medicamentos herbolarios y remedios herbolarios (Artículos: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 129, 130, 140, 174, 175).

176 Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 1997. A partir de ese momento en la Ley se reconoce que por su carácter los medicamentos pueden ser a) alopatícos, b) homeopáticos y c) herbolarios. (Artículo 224 ; Fracción B).

177 (Artículos 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 129, 130, 140, 173, 174, 175).

178 La Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos, es el documento oficial, elaborado y publicado por la Secretaría de Salud, en donde se establecen los métodos de análisis y las especificaciones técnicas que deben cumplir los medicamentos, productos biológicos y biotecnológicos que se consumen en el país, así como sus fármacos, aditivos y materiales, ya sean importados o producidos en México. La Ley General de Salud establece en su artículo 195 que los medicamentos serán normados por la farmacopea mexicana, por lo tanto, su alcance es en todo el territorio nacional e incide en toda la población mexicana. Su uso es obligatorio para los establecimientos donde se realice alguna de las actividades relativas a la obtención, elaboración, fabricación, preparación, conservación, mezclado, acondicionamiento, envasado, manipulación, distribución, almacenamiento y expendio o suministro al público de medicamentos, materias primas para la elaboración de éstos y colorantes de medicamentos, así como laboratorios de control químico, biológico, farmacéuticos o de toxicología, para el estudio y experimentación de medicamentos y materias primas. Ley General de Salud, Art. 258.

Desde la primera Farmacopea Mexicana en 1846, la herbolaria medicinal estuvo presente, al igual que en las diversas ediciones posteriores. En 2002 se publicó la primera edición de la Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos.

Con la aprobación de la Norma Oficial Mexicana NOM-172-SSA1-1998 en noviembre de 2001, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 2002, se inicia un proceso para regular el ejercicio de la acupuntura humana. En ella se afirma que la utilización de las diversas terapéuticas específicas debe estar fundamentada en investigaciones reconocidas o en nuevas que hayan sido aprobadas mediante protocolo de investigación debidamente avalado por la Secretaría de Salud (punto 7.2).

En 2003, la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, incorpora un área para abordar las medicinas complementarias desde una perspectiva integral, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, en la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, con lo cual estas medicinas se impulsan en un nuevo marco para la planeación de la oferta de servicios de salud.¹⁷⁹

En 2005, en el marco de una profunda reforma con el Sistema de Protección Social en Salud,¹⁸⁰ se elabora el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, cuyo objetivo central es la definición de lineamientos y directrices¹⁸¹ para orientar la toma de decisiones de las autoridades en relación con el desarrollo de infraestructura física. En su programa de nuevos modelos de unidades médicas se incorporaron por primera vez los diseños de los espacios de atención para acupuntura y homeopatía.

En 2006 se incorpora al modelo de unidades médicas del Plan Maestro de Infraestructura en Salud que incluyen los consultorios de homeopatía y acupuntura y se difunde la cartilla para la prestación de servicios con homeopatía y acupuntura.

179 El reglamento interior de la Secretaría de Salud, en su artículo 25 fracción VII, señala como atribuciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, el “proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica. En la modificación establecida por el Decreto publicado en el Diario oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2006, en su Artículo 25 fracción XVII, añade como atribución: “Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud”.

180 La actualización de la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003, en su artículo 77 Bis 1 presenta en el marco del sistema de protección social en salud el derecho al acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Esto implica un nuevo marco de apertura para las prácticas complementarias en la medida en que se ajusten a los criterios establecidos.

181 Objetivos estratégicos: 1 Orientar la toma de decisiones de las autoridades con relación al desarrollo de infraestructura física. 2 Definir la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de servicios de salud, mediante una red nacional de cobertura real y virtual para todo el territorio, con una visión de diez a quince años. 3 Aportar propuestas y recomendaciones para la optimización y fortalecimiento de la infraestructura institucional existente. 4 Identificar los criterios necesarios para priorizar los requerimientos de infraestructura física en función del perfil de salud de la población y el porcentaje de cobertura, entre otros. 5 Promover la coordinación y suma de recursos y esfuerzos evitando duplicidades e ineficiencias en una perspectiva de colaboración sectorial. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, pp 12. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

En el año 2007 se define el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012, cuya línea de acción 8.5 se refiere a: Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias, con los siguientes puntos:

- Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación formal de la medicina tradicional al sistema nacional de salud.
- Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud.
- Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social la investigación en medicinas tradicionales y complementarias.
- Evaluar la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Medicinas Complementarias.

Le corresponde a la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) regular las medicinas alternativas, a través del departamento de evaluación de herbolarios, homeopáticos y medicamentos herbolarios, y al área de dispositivos médicos.

En junio del 2011, se modifica el Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, incorporando en la Sección II: De los Comités Técnicos Específicos, Artículo 14 Los Comités de Medicamentos de Homeopatía, Insumos de Acupuntura y Remedios Herbolarios.

Actualmente en México, la homeopatía se imparte a título de especialidad en las siguientes instituciones:

- La Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional.
- La Escuela Libre de Homeopatía.
- La Escuela de Postgrado de Homeopatía de México.
- El Instituto de Investigación Homeopática en 2009 apertura como Posgrado la Maestría en Investigación Homeopática.

La acupuntura humana se imparte en:

- La Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, (especialidad médica).
- La Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Iztapalapa (especialización médica).
- La Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, (licenciatura en Acupuntura y Rehabilitación).¹⁸²
- La Universidad Autónoma de Zacatecas (maestría en Acupuntura para Médicos).

Presencia de otros modelos médicos en hospitales y servicios de salud en México

Existen en México dos hospitales donde se atiende a los pacientes preponderantemente con medicina homeopática, además de la utilización de otras terapias ortodoxas médicas como la cirugía. Son el Hospital Nacional Homeopático, donde realizan sus prácticas los estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, y el Hospital “Higinio G. Pérez” donde los estudiantes de la Escuela Libre de Homeopatía llevan a cabo sus prácticas.

¹⁸² Dictamen de la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica de la Dirección General de Profesiones, con fecha del 14 de junio de 2004, retroactivo al 10 de agosto de 2001.

La historia del Hospital Nacional Homeopático data desde el 15 de julio de 1893, cuando, el general Porfirio Díaz, Presidente de México, fundó el Hospital Homeopático por intermediación de Manuel Romero Rubio, Ministro de Gobernación. El Hospital Nacional Homeopático fue incorporado en 1943 a los Hospitales Federales incorporados en la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. Perdura en el mismo lugar de su fundación en el Centro Histórico de la Ciudad de México, y como Hospital Federal de Referencia, capaz de impartir atención médico hospitalaria convencional y homeopática.

Más recientemente, otros Hospitales han incorporado consultorios para brindar atención médico homeopática: El Hospital General de Reynosa, Tamaulipas, incorporó, en el mes de mayo de 2004, dos plazas de base para brindar atención médico homeopática. El 10 de Julio de 2004, con el apoyo de la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia, tres hospitales federales abrieron consultorios homeopáticos en el servicio de consulta externa: el Hospital General de México, el Hospital Juárez de México y el Hospital Manuel Gea González.

A partir de 2011 la Secretaria de Salud del Distrito Federal incorpora 6 consultorios de homeopatía y un centro de Medicina Integrativa, en julio del presente año en los Servicios de Salud de Colima impulsan la apertura de 3 consultorios de homeopatía en el estado.

Es importante mencionar que la Clínica Cuauhtémoc y Famosa fundada en 1945 en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, cuneta con el servicio de atención médica homeopática desde octubre de 2000 y proporciona atención a los empleados de diferentes empresas privadas, en coordinación con el Seguro Social. Dicha clínica ganó el premio Nacional por la Calidad 2005.

Otro hospital con este modelo médico es la Clínica de Homeopatía de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional.

Con el impulso reciente a la Homeopatía y en un hecho sin precedente en el Estado de San Luis Potosí en 2005, se autorizaron cuatro plazas en servicio social para pasantes médicos homeópatas, lo cual, aunque mínimo, es un avance ante el nulo desarrollo institucional en épocas anteriores.

En el caso de la acupuntura, además de las clínicas universitarias, diferentes instituciones de salud ya han incorporado atención médica con esta especialidad. De la Secretaría de Salud el Centro Médico Adolfo López Mateos en Toluca, Estado de México. De parte del ISSSTE, el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, la Clínica Aragón, la Clínica Perú, la Clínica de Medicina Familiar de Ecatepec, la Clínica de Especialidades “Balbuena”, la Clínica Cuitlahuac, la Clínica de Especialidades Indianilla y la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación del ISSSTE. De parte del IMSS el Hospital General de zona con Medicina Familiar No.29 “Aragón” y el Hospital General de Zona No 1 “Dr. Carlos Magregor Sánchez”. De parte de la Marina el Centro Médico Naval. Además el Centro Médico Ecatepec (ISEMIN), en el estado de México, el Sistema Municipal del DIF en Otumba, la Clínica de Acupuntura y Quiropráctica de la Universidad estatal del Valle de Ecatepec y la Clínica de Acupuntura de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del IPN.

En 2005, catorce Centros de Integración Juvenil del país, con apoyo del CONADYC (Consejo Nacional contra las Adicciones), incorporaron la utilización de acupuntura para facilitar la rehabilitación respecto a las adicciones, específicamente a la cocaína, valorando una acción importante no farmacológica respecto al manejo del síndrome de abstinencia producido al suspender la droga, lo cual facilita la intervención psicoterapéutica.

En el caso de la masoterapia, ésta se ha integrado en el Hospital General de Xoco en el D.F. Respecto al *Qi Gong*,¹⁸³ derivado también de la medicina tradicional china, el Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Michoacán, incorporó esta práctica en los grupos de autoayuda que promueve entre las personas adultas mayores, diabéticas e hipertensas¹⁸⁴. Desde entonces se ha impulsado e implantado dicha práctica en el marco del *Modelo de Fortalecimiento a la Salud del adulto mayor con Qi Gong*, operado en 90 unidades del sector público de salud, en la Secretaría de Salud en donde destaca la apertura del Instituto Nacional de Cancerología, y el apoyo del Instituto Nacional de Geriátría en el instrumento de evaluación de impacto en pacientes. Además, en todas las unidades de salud del ISSSTE del Estado de México y en 13 delegaciones del IMSS. A partir del 2012, esta institución es un programa de carácter nacional y el Instituto Nacional de Cancerología ha incorporado el Modelo a partir del 2010, con resultados clínicamente significativos, lo que hace más relevante su manejo en pacientes con cáncer.

Política de fortalecimiento de la oferta de servicios con sistemas complementarios de atención a la salud

La política de apertura, reconocimiento y aprovechamiento de las medicinas complementarias de parte de la Secretaría de Salud debe sustentarse en los aportes¹⁸⁵ que dichas medicinas pueden ofrecer para mejorar las condiciones de salud y fortalecer al sistema, reconociendo la diversidad cultural, por ello se cuenta con el Programa de Acción Específico 2007 – 2012: Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud; Actualmente se encuentra enmarcada en el Programa de Acción Específico 2013-2018 en la Estrategia 2.2. Definir e impulsar políticas interculturales en la determinación y operación de los programas de salud. adultos mayores, diabéticas o hipertensas.

La homeopatía y la acupuntura ya se encuentran incorporadas al marco legal. Los criterios de eficacia comprobada, seguridad, costo beneficio, apego a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social, incluidos en recomendaciones de la OMS y de la propia Ley General de Salud, posibilitan el que otros modelos médicos que sustenten estos elementos también sean incorporados en el futuro.

Entre las razones para desarrollar una política respecto a las medicinas complementarias y alternativas destacan:

- El reconocimiento de la ciencia a prácticas, terapias y modelos específicos, con los que cada día se aumentan los aportes a la investigación científica.^{186,187,188}

183 El Qi Gong consiste en un conjunto de ejercicios, asociando movimientos suaves, respiración y concentración.

184 Información proporcionada por Nora Nakamura Reyes, responsable de impartir Qi Gong en el Seguro Social de Morelia, Michoacán.

185 Diagnóstico situacional de la medicina tradicional y las medicinas paralelas en la atención a la salud en México. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Secretaría de Salubridad y Asistencia. DGRSS, SSA. México, D.F., 1991.

186 World Health Organization, Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine. Ginebra: OMS; 2004.

187 J. K. Lori National Library of Medicine, current bibliographies in medicine. US Department of Health and Human Services. Acupuncture. Jan1979, through 1997, 2302 citations, Bethesda, Maryland. USA.

188 En Estados Unidos de América se creó en 1993 la Oficina de Medicina Alternativa como parte de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), gozando para investigación de un presupuesto de tan sólo \$ 2 millones de dólares. El 21 de Octubre de 1998 esta oficina, con un presupuesto de \$ 120 millones de dólares, se convirtió en el Centro

- La cantidad creciente de población que utiliza y demanda estas prácticas.^{189,190,191}
La relación costo-beneficio que presentan modelos como la acupuntura y homeopatía.^{192,193,194.}
- El reconocimiento y recomendaciones que la OMS ha emitido al respecto.^{195,196,197,198}
- Porque la falta de regulación propicia prácticas inseguras.
- Porque algunas propuestas médicas complementarias y alternativas atienden problemas de salud que no trata con eficacia la medicina convencional.

Nacional para la Medicina Alternativa y Complementaria (NCCAM) cuyas funciones son la de facilitar y la de conducir investigación biomédica. En la actualidad, existen 12 centros del NCCAM que realizan investigación en medicinas alternativas en áreas de enfermedades específicas. Cowley G. Now. Integrative care. Newsweek (December 2002; 2): 34-40.

- 189 P. Fisher, La medicina alternativa en Europa. *BMJ* 1994,12,pp. 321-325.
- 190 En Estados Unidos de America varios estudios han mostrado un aumento en la utilización de las medicinas complementarias y alternativas. El Dr. David Eisenberg realizó un estudio en 1990. Refiere que hubo 425 millones de consultas a los médicos alternativos, sobrepasando las consultas a los médicos de primer nivel de atención. Durante el período de siete años, el uso de remedios herbolarios aumentó en 380 % (Trends in alternative medicine use in the U.S. 1900-1997. *JAMA* 1998, 280, 1566-1575). Otro estudio demostró que la gente con un nivel educativo más alto utiliza más frecuentemente las medicinas alternativas (Astin JA, Why patients use alternative medicine. *JAMA* 1998, p. 279, 1548-1558).
- 191 Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005. OMS. Ginebra, 2002.
- 192 En los casos de la homeopatía y acupuntura, el costo del material terapéutico es mucho más bajo que en la medicina convencional; en el caso de intervenciones quirúrgicas con apoyo complementario de anestesia acupuntural se utilizan menos anestesia y fármacos, se reducen riesgos durante la intervención (al mantenerse más estables las condiciones fisiológicas vitales del paciente) y se disminuye el tiempo de permanencia hospitalaria posoperatoria, con lo que se dan ahorros importantes.
- 193 Consensus development panel. Acupuncture. *J Am Med Assoc. National Institutes of Health.* 1998; 280: 1518-1524 pp.
- 194 S. Birch An overview of acupuncture in the treatment of strock, adicction, and other health problems. *Clinical Acupuncture, Scientific Basis.* G Stux, R. Hammerschlag Eds. Spring, 2000; 8: 131-150 pp.
- 195 RH. Bannerman, Viewpoint on acupuncture world health. The World Health Organization; 1979. *Revista Salud Mundial de la OMS, dic., 1979*
- 196 E. Ferras, Medicina tradicional. Consideraciones sobre acupuntura. *Memorias Foro de la Asociación Mexicana de Asociaciones y Sociedades de Acupuntura, A. C. México, D.F., feb: 12-15, 200. México, D.F., AMASA, OPS/OMS, 2000.*
- 197 Guidelines on developing consumer information on proper use of tradicional, complementary and alternative medicine. World Health Organization. Ginebra, 2004.
- 198 En la 56ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, del día 28 de mayo de 2003, suscrita por México, en su punto 14.10 “se resolvió instar a los Estados Miembros a que, de conformidad con la legislación y los mecanismos nacionales establecidos: adapten, adopten y apliquen, cuando proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, complementaria y alternativa como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional, complementaria y alternativa; cuando proceda, formulen y apliquen políticas y reglamentaciones nacionales sobre medicina tradicional, complementaria y alternativa, para respaldar el buen uso de la medicina tradicional, complementaria y alternativa y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud, en función de las circunstancias de sus países; establezcan sistemas de vigilancia de la seguridad de los medicamentos para vigilar las medicinas herbarias y otras prácticas tradicionales, o amplíen y fortalezcan los sistemas existentes; proporcionen información fiable sobre la medicina tradicional, complementaria y alternativa a los consumidores y dispensadores con el fin de promover su uso idóneo; cuando proceda, velen por la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos herbarios fijando patrones nacionales relativos a las materias primas herbarias y las preparaciones de la medicina tradicional, o publicando monografías al respecto; alienten, cuando proceda, la inclusión de los medicamentos herbarios en la lista nacional de medicamentos esenciales, centrándose en las necesidades demostradas de la salud pública del país y en la seguridad, calidad y eficacia verificadas de esos medicamentos; promuevan, cuando proceda, la enseñanza de la medicina complementaria en las escuelas de medicina.”

Han sido muy importantes las investigaciones realizadas sobre acupuntura en China, Estados Unidos y Francia. Actualmente se reconoce su papel como antiemético, en la analgesia odontológica,^{199,200} y como modulador del dolor.^{201,202, 203,204}

En México se han realizado también aportes respecto a la comprensión de los mecanismos de acción sobre la acupuntura y la homeopatía.²⁰⁵

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera alarmante el creciente envejecimiento de la población mundial; las proyecciones para el año 2050 son que habrá el doble de adultos mayores y en la senectud mayor porcentaje de enfermedades crónico-degenerativas, la mayoría de ellas con alguna modalidad de dolor crónico de difícil control, pacientes multitratados con riesgo de efectos adversos, con menor capacidad homeostática y mayor sensibilidad – susceptibilidad a reacciones secundarias. Por ello, considera una buena opción el apoyo con tratamientos complementarios no farmacológicos, como la acupuntura y las terapéuticas relacionadas.²⁰⁶

Modelo de validación

La inclusión de las medicinas complementarias en el Sistema de Salud en México, deberá ser resultado de un proceso de validación donde participen los grupos y actores interesados, a través de un modelo inclusivo basado en los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud y que recoge la Ley General de Salud: Seguridad, eficacia comprobada, adherencia a normas éticas y profesionales, costo/efectividad y aceptabilidad social. Los sistemas médicos complementarios que sean validados y reconocidos por la Secretaría de Salud bajo los criterios establecidos, podrán ser incorporados en los servicios públicos de salud, para favorecer una oferta de servicios complementaria e integral.

Para ello es necesario:

- Impulsar procesos de validación, determinando indicadores particulares para concretar los criterios de eficacia-comprobada, seguridad, costo-beneficio, apego a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social.
- Facilitar el acceso a los terapeutas (especialistas, técnicos, profesionales) de las

199 N. Díaz-González, O. Fernández-Larentius, M.García-Gutiérrez, N. González-Alonso, A. Acervo-Mirabal, H.E. Rodríguez-González, Analgesia acupuntural en extracciones dentales. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Santa Clara, Villa Clara. Revista Medicentro 1998; Supl 2.

200 J.M. Abreu-Correa, J.E. Mateo, Analgesia acupuntural en las extracciones dentarias. Revista Cubana de Estomatología 1997; 34(2), 110.

201 R. Melzack, P. Wall, Pain mechanisms: A new theory. Science 1965, 150:197-210.

202 C. Huang. Endomorphin and mu-opioid receptors in mouse brain mediate the analgesic effect induced by 2 Hz but not 100 Hz electroacupuncture stimulation. Neurosci Lett 2000;294(3),159-62 pp.

203 Y. Wan. The effect of genotype on sensitivity to electroacupuncture analgesia. Pain 2001; 91(1-2),5-13 pp.

204 G. Biella, M.L. Sotgiu, G. Pellegata, E. Paulesu, I. Castiglioni, F. Fazio, Acupuncture produces central activations in pain regions. Source Neuroimage. Publisher Elsevier Science 2001; 14(1):60-66 pp.

205 El Dr. Ángel Rubén Salas Cuevas[†] aportó elementos para explicar el papel fisicoquímico de la aguja de acupuntura. Asimismo, en el campo de la homeopatía, propuso un mecanismo de acción a través de la teoría de cristales líquidos. Salas-Cuevas A. Investigación de la resonancia magnética nuclear en el medicamento homeopático, México.

206 V.K. Podichetty, D.J. Mazanec, R.S Biscup, Chronic non-malignant musculoskeletal pain in older adults: Clinical sigues and opioid intervention (Review), Postgrad Med. BMJ 2003; 79(937): 627-633 pp.

medicinas complementarias, y a los expertos en metodología en investigación médica, a las evidencias científicas publicadas en revistas indexadas y de divulgación internacional, que comprueben la eficacia terapéutica de sus propuestas.

- Generar las condiciones necesarias para que los terapeutas de las medicinas complementarias puedan presentar, de manera ágil, las evidencias que comprueben cada uno de los criterios referidos.
- Favorecer las condiciones necesarias, con el fin de que los terapeutas de las medicinas complementarias puedan realizar proyectos de investigación.
- Impulsar la investigación respecto a otros modelos y prácticas médicas.

El primer paso, ha consistido en identificar los modelos y prácticas terapéuticas que se ofrecen a la sociedad y desde ella, iniciando el proceso con los modelos y prácticas con mayor aceptabilidad e impacto social. El segundo paso es acopiar las investigaciones científicas publicadas realizadas sobre las terapéuticas seleccionadas, para conocer las que ya poseen validación científica en otros países, y poder emitirse un dictamen sobre las alternativas que cuenten con sustento previo suficiente.

En caso de que no se cuente con evidencia documental previa, se hará una propuesta para investigar la eficacia de estas medicinas, con apego a las leyes y normas vigentes y con asesoría especializada, a fin de definir el protocolo de investigación y los criterios de eficacia comprobada y seguridad (registro de eventos adversos y reacciones secundarias). De los resultados de dicha investigación, se podrá emitir un dictamen en el que se recomendarán a la Secretaría de Salud, las terapias que cuenten con bases sólidas, a fin de incorporarlas a la oferta de servicios y a la normatividad vigente.

La investigación debe cubrir todos los aspectos estipulados en La Ley General de Salud y en el Reglamento en materia de investigación para la salud.²⁰⁷ Si algún elemento de dicha práctica es contrario a la observancia del marco normativo vigente, no será aceptada, por ello como parte del desarrollo de las políticas en torno a las Medicinas Complementarias y tradicionales se promueven y difunden investigaciones en coordinación con los colegios de médicos homeópatas, consejos estatales de ciencia y tecnología y universidades, realizándose de 2008 a 2014 3 encuentros regionales y 5 nacionales (Durango 2008, Chihuahua 2009 y 2010, Coahuila 2011, D.F. 2012 y 2013, este último en las oficina central de la Secretaría de Salud y Universidad Autónoma de Zacatecas 2014).

Fortalecimiento de los servicios de salud con otros modelos médicos

Los espacios para el ejercicio de las prácticas terapéuticas de las medicinas complementarias pueden ya incorporarse a los servicios nacionales y estatales de salud, considerando las propuestas definidas por el Plan Maestro de Infraestructura Física, instrumento rector en la Planeación de la Infraestructura en Salud y que dentro del marco normativo, permite, limita o prohíbe la construcción, remodelación o equipamiento de unidades de salud. Las recientes reformas a la normatividad a cerca de la inclusión de las medicinas complementarias en el

207 Ver nota 3.

Plan Maestro de infraestructura aún no se difunden suficientemente, por lo que se requerirán estrategias amplias para su implementación y consolidación.

Ventajas de incorporar homeopatía y acupuntura en los servicios de salud:

- Se amplía el modelo de oferta de servicios y la cobertura de la población, favoreciendo el derecho de los usuarios a la libre elección.
- Se favorece una atención integrada en los servicios de la unidad de salud, otorgando referencia y contrarreferencia institucional.
- Se brinda una atención integral especializada y personalizada, que favorece una adecuada relación médico-paciente.
- Disminuye el costo de la atención.
- Es fácil de instrumentalizar. Implementación sencilla y de bajo costo.
- Se amplía la cobertura a la población, en los diversos niveles de atención.
- No requiere de material y equipo sofisticado.
- Se facilita la validación de los resultados al contar con equipo biomédico actualizado.
- Capacidad de adaptación y crecimiento a las necesidades y demandas del servicio.

Hacia un modelo médico integrador

Muchos países en el mundo, han demostrado que es factible y deseable integrar terapéuticas de diferentes modelos médicos, utilizando las herramientas diagnósticas más modernas con procedimientos preventivos y curativos diversos de acuerdo con la problemática médica a enfrentar.²⁰⁸ De esta manera, pueden integrarse alimentación y ejercicios que promueven la salud para cada padecimiento, cirugía, medicamentos alopáticos, herbolaria medicinal, homeopatía y tratamiento acupuntural de manera integral, junto con otras alternativas médicas que se puedan validar. En los Estados Unidos,²⁰⁹ existen evidencias de los beneficios de propiciar la interacción sinérgica de diferentes terapéuticas, independientemente de que partan de marcos conceptuales diferentes.

Es posible avanzar hacia un modelo integrador en México, ya que se cuenta con las bases técnicas y los recursos humanos para ello. Sin embargo, es necesario impulsar la investigación médica, favoreciendo su relación con las necesidades y expectativas de los usuarios. Asimismo, se requiere: promover la integración de diferentes disciplinas y niveles académicos en la investigación, promover la formación de recursos humanos para realizar investigación científica en medicinas complementarias, herbolaria y medicina tradicional, identificar los padecimientos en los que se requiere establecer líneas específicas de trabajo, elaborar convenios de colaboración entre instituciones académicas y con servicios hospitalarios, y facilitar la obtención de apoyos económicos para la investigación y desarrollo de otros modelos médicos. En la enseñanza, es necesario incorporar en el plan de estudios de medicina y enfermería el conocimiento de las medicinas complementarias, considerando la interculturalidad como una estrategia para

208 Visita de la delegación mexicana de la Secretaría de Salud para conocer el sistema chino de atención a la salud, en junio de 2006.

209 El Programa de Medicina Integrativa, de la Universidad de Arizona, el Centro de Atención de Cáncer, de la Universidad de Texas, el Centro de Medicina Integrativa, de la Universidad de Maryland, entre otros.

definir el respeto en el abordaje teórico, su pertinencia social, así como el fortalecimiento de los componentes éticos y humanísticos de los profesionales de la salud.

Ya se cuenta con una guía para favorecer la implantación del fortalecimiento de los servicios de salud con modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, que contiene todos los elementos y fundamentos que permitan entender y aplicarlo en los servicios de salud.

Capítulo 6

EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD Y SUS APORTES PARA UNA REVISIÓN DE LOS PARADIGMAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez
y Vicente Vargas Vite

Introducción

*La vida sólo puede ser comprendida mirando hacia atrás...
Mas sólo puede ser vivida, mirando para adelante.*
Soren Kierkegaard

La historia documentada de la humanidad tiene al menos 6,000 años; sin embargo, el desarrollo científico tiene sólo 200 años. En 1910 Flexner organiza en los EUA la actual medicina universitaria que ahora conocemos.²¹⁰ Desde entonces, se han generado diferentes interpretaciones sobre el quehacer del ser humano ante la salud, el que actualmente ha cobrado nuevas dimensiones, ocupando el pensamiento de diferentes pensadores de las más variadas disciplinas:

- ¿Qué puede y debe hacer el individuo para mantener la salud? ¿Con qué criterios y qué elementos tiene el ciudadano común para decidir? ¿Quién me apoya para decidir?
- ¿El papel de la medicina puede entenderse desde diferentes puntos de vista? ¿A dónde acudir cuando perdemos la salud? ¿Sólo la medicina científica puede resolver los problemas de salud? ¿Se ofrecen en México otras medicinas además de la alopática? ¿Son seguras?
- El estado de “buena” salud de una persona, una familia, una sociedad depende únicamente del sistema médico? ¿Es suficiente atender al enfermo desde sus manifestaciones físicas, o es necesario abordarlo en su dimensión mental, espiritual, social, cultural y ambiental?

210 Inzunza-Castro J, La medicina está enferma. Prólogo. Mimeo.

- ¿Nos hemos propuesto como nación un modelo propio? ¿Tenemos claro hacia dónde queremos que vaya la medicina?

Ante estas interrogantes se han abierto varias posibilidades de respuesta. En este capítulo hablaremos sobre los paradigmas en el campo de la salud. Su origen histórico-cultural, su desarrollo actual y los paradigmas alternativos que se presentan tanto en México, como en otras partes del mundo. Se trata de una revisión conceptual como operativa.

Los paradigmas

Es más fácil desintegrar un átomo que un pre-concepto.

Albert Einstein

En el terreno de la discusión considerada científica se consideran como paradigmas al conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo, en torno a una teoría particular que tiene consenso y hegemonía en un determinado periodo histórico. Cada paradigma se instala tras una revolución del conocimiento, que aporta respuestas a los enigmas que no podían resolverse con el paradigma explicativo anterior. El paradigma cuenta con el consenso de la comunidad pensante que lo representa. Como formulaciones históricas y culturales, tienen una función de aproximación interpretativa a la realidad, de acuerdo con el nivel de conocimientos, el nivel de desarrollo técnico y la concepción del mundo.

Se define también como paradigma un conjunto de reglas y disposiciones (escritas o no) que realizan diferentes funciones, entre ellas, establecer o definir límites e indicar cómo comportarse dentro de tales límites para tener éxito.²¹¹ Los paradigmas son situaciones o modos de actuar que aceptamos de hecho, regularmente sin ver las alternativas disponibles. En cierto sentido, un paradigma indica la existencia de un juego, en qué consiste y cómo jugarlo con éxito, de acuerdo con las reglas establecidas.

Para la ciencia los paradigmas cumplen una doble función; por un lado, determinan las direcciones en las que ha de desarrollarse la búsqueda del conocimiento, por medio de la propuesta de enigmas o problemas a resolver, dentro del contexto de las teorías aceptadas. Por otro lado, la función negativa del paradigma es la de establecer los límites de lo que ha de considerarse ciencia durante el tiempo de su hegemonía. Según Thomas Khun:²¹² “cada paradigma delimita el campo de los problemas que pueden plantearse, con tal fuerza que aquellos que caen fuera del campo de aplicación del paradigma ni siquiera se advierten.”

La tesis de Kuhn elimina las pretensiones de absolutez de cualquier teoría científica: las teorías decididamente nuevas no nacen por verificación ni por falsedad, sino por sustitución del modelo explicativo (paradigma) antes vigente, por otro nuevo. A este proceso de las ciencias de la naturaleza, a este verdadero cambio de paradigma, a menudo acompañado de fuerte polémica, se debe el avance científico. La tesis de Kuhn supone un cambio fundamental en la pretensión de absoluto de las teorías sobre las ciencias de la Tierra, la destrucción de los dogmas y, consecuentemente, un modo diferente, histórico y crítico de orientar la enseñanza.

211 J. A. Barrer, *Paradigmas, el negocio de descubrir el futuro*. Bogotá: Mc Graw Hill; 1995.

212 T. Kuhn, *Las estructuras de la revolución científica*. México, DF: Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1962.

El paradigma está constituido por supuestos teóricos, leyes y técnicas de aplicación que deberán adoptar los pensadores que se mueven en él. Es probable que al trabajar en un paradigma aparezcan dificultades y cuestionamientos. Si estas dificultades se hacen inmanejables se desarrollará un estado de crisis. Ésta se resolverá con el surgimiento de un paradigma completamente nuevo, el cual cobrará cada vez mayor adhesión o aceptación por parte de la comunidad, hasta que finalmente se abandone el paradigma original. Este cambio no es continuo, sino que, por el contrario, es discontinuo y constituye el motor de la revolución científica. El nuevo paradigma enmarcará la nueva actividad científica normal, hasta que choque con dificultades y se produzca una nueva crisis y una nueva revolución y, por lo tanto, el surgimiento de un nuevo paradigma.

En este marco es importante resaltar que las teorías científicas son aceptadas, no por la posibilidad de predicción que posean sobre los problemas concretos, sino por el dominio que cada marco de creencias ejerce sobre la mentalidad científica.

Cada revolución del conocimiento es la oportunidad de pasar de un paradigma a otro más coherente a las nuevas realidades. Si se desarrolla una crisis, el pasaje de un paradigma a otro se hace necesario, y este paso es esencial para el progreso de la ciencia. Si no hubiera “revoluciones”, la ciencia quedaría atrapada o estancada en un solo paradigma y no se avanzaría más allá de él. No es una evolución hacia un objetivo determinado, sino un mejoramiento desde el conocimiento disponible; cada paradigma nuevo es un instrumento para resolver problemas.

La construcción de conocimiento es un proceso cultural. Para las teorías cognitivas, Vigotsky²¹³ señala la influencia de la cultura y las interacciones sociales en la construcción del aprendizaje de los individuos, a través de la participación de los sujetos en actividades compartidas, existiendo una profunda relación entre aprendizaje y desarrollo. Según la concepción vigotskiana, el desarrollo del conocimiento no es un proceso estático, sino que es visto de una manera prospectiva, es decir, va más allá de la actividad cotidiana, en sus posibilidades a mediano y largo plazo.

En este sentido, la creación de conocimiento, ha estado presente acompañando el desarrollo cultural de los grupos humanos. Desde las estepas asiáticas, las zonas árticas hasta las pluviselvas, se generan modelos y marcos explicativos coherentes a realidades culturales específicas, fortaleciendo su eficacia en común efectividad con las estrategias de supervivencia y desarrollo de cientos y miles de grupos y poblaciones.

Como hemos señalado en capítulos anteriores, la antropología define a este marco explicativo, construido socialmente y en interacción con su entorno como *cosmovisión*,²¹⁴ a una serie de principios comunes que inspiran teorías o modelos en todos los niveles, generan una idea de la estructura del mundo y crean el marco o un paradigma para las restantes ideas.

La filosofía, la religión y los sistemas políticos pueden constituirse en cosmovisiones, puesto que proveen un marco interpretativo de la realidad. Bajo esta clasificación, la elaboración y sistematización de la ciencia podría ser producto de una cosmovisión, vista desde la óptica de la creación y reproducción del conocimiento de un grupo cultural ajeno al marco explicativo occidental.

213 Vigotsky Lev Semyónovich, 1896 – 1934, psicólogo bielorruso, es uno de los más destacados teóricos de la psicología del desarrollo, y precursor de la neuropsicología. Fue descubierto y divulgado por los medios académicos del mundo occidental en la década de los 60s.

214 Ver capítulo 3.

En el ámbito de la salud, diferentes representaciones y creencias al interior de cada sistema ideológico en relación con la salud forman cosmovisiones específicas de la salud, que son los que dan cuerpo y una verdadera cohesión a cada sistema de salud. Todos los modelos y sistemas de salud que han existido históricamente y que existen en la actualidad están formados por diferentes elementos que se encuentran articulados por una cosmovisión y vistos desde la óptica y sistemática occidental, por los diferentes paradigmas que la conforman.

La dinámica de los paradigmas esboza una movilidad lineal; si bien existe la dinámica de la paulatina sustitución de marcos teóricos hegemónicos, la linealidad del proceso de sustitución de paradigmas ha dejado fuera del escenario en un nivel subordinado diferentes marcos explicativos de nosologías que se desarrollan paralelas a los registros y mediciones de la actividad científica de occidente.

Por lo tanto, para hacer una revisión de los paradigmas en el campo de la salud y de cualquier otra disciplina de conocimiento, habrá que considerar la existencia de modelos explicativos que conviven y perviven, trascendiendo su propio contexto histórico, en las actuales sociedades globales, es decir, considerar el estudio de los paradigmas provenientes de otros modelos médicos que revisaremos más adelante.

Los paradigmas en el desarrollo de la medicina occidental

“Lo que no duele, no apesta y no cuesta... no cura.”

Anónimo

La historia de la medicina en Occidente ha sido el surgimiento, desarrollo, apropiación, transformación, debilitamiento y abandono de diferentes paradigmas, en algunos casos con transformaciones sutiles y continuas, y en otros con saltos y rupturas de manera discontinua. Algunos paradigmas son evoluciones y profundizaciones que se van superponiendo o englobando al anterior, pero otros, en cambio, son contradictorios y yuxtapuestos. Podemos hablar de paradigmas rectores -como el paradigma de la salud y el de la enfermedad-, y otros que son concepciones y propuestas diferentes en determinados campos del conocimiento y de la práctica. La medicina moderna actual continúa manteniendo en su seno paradigmas y contradicciones derivados del pasado. Haremos una revisión histórica general de las principales tendencias y explicaciones del mundo, de la salud y la enfermedad, presentes en la historia de la medicina occidental, de tal manera que nos proporcionen elementos para entender la realidad actual.

La salud dual en los clásicos. En la cultura griega pre-hipocrática, como forma integral de su cosmovisión religiosa, se rendía culto a Apolo, dios que se ocupaba de la salud y la enfermedad. Hijas de Apolo eran Higiea, diosa de la salud, y Panacea, diosa remediadora de todo. Estas dos deidades y tendencias coexistían entonces de manera complementaria. Sin embargo, con el tiempo fueron perdiendo su complementariedad, dando origen a diferentes tendencias que se desarrollaron paralelamente la una de la otra, volviéndose opuestas.

El postulado helénico de la salud. La tendencia médica derivada de Higiea (de donde proviene la palabra higiene) consideraba a la salud “el atributo positivo al cual los hombres tienen derecho si

gobiernan sus vidas sabiamente”; de acuerdo con ella, “la función más importante de la medicina es la de descubrir y enseñar las leyes naturales que asegurarán al hombre la salud de la mente y el cuerpo.” Esta tendencia contenía toda una filosofía de tipo preventivo-social que tenía su enfoque en la salud, más que en la enfermedad²¹⁵ y era sustentada por múltiples observaciones acerca de la importancia de los aires, las aguas y los lugares para la salud y las enfermedades.

El postulado clásico de la enfermedad. El culto a Panacea derivó en una corriente diferente que proclamaba que el papel primordial del médico es tratar enfermedades, restaurar la salud y corregir toda imperfección causada por los accidentes del nacimiento o la vida. Fue sustentada por Esculapio o Asclepio, el cual es una figura oscura que parece haber tenido existencia humana hacia el año 1,200 a.C. y que después se diviniza convirtiéndose en el dios de la medicina. Esta corriente fue personificada más tarde por Hipócrates en el siglo IV antes de Cristo.

La medicina hipocrática. La enfermedad se entendía como un proceso patológico general: es la lucha entre la naturaleza del hombre y el mal, siendo el síntoma la expresión de esta lucha. El paciente y su enfermedad están unidos inseparablemente como un hecho único que nunca se repite. La idea de enfermedades diferentes era vaga; con frecuencia, lo que hoy para nosotros es un síntoma o signo, para ellos era una enfermedad.

Para el tratamiento de las enfermedades Hipócrates planteó la posibilidad de dos estrategias, una era eliminar sus causas, y la otra, utilizar lo similar a la enfermedad, intentando que el mismo individuo se cure a sí mismo.

En el siglo III a. C. la medicina fue dividida en tres partes: la primera era la medicina que curaba mediante la dieta; la segunda, mediante los medicamentos y la tercera, por la intervención manual. Los griegos llamaron “dietética” a la primera, “farmacéutica” a la segunda y “cirugía” a la tercera.

Los humores y el hombre como microcosmos. El paradigma de los humores nació con la corriente hipocrática y fue difundida por Galeno en la Edad Media, cuya teoría sobre los humores fue predominante durante más de dos mil años, adquiriendo sus escritos un valor canónico: las ideas de Galeno se convierten en autoridad absoluta, y perderán vigencia hasta el Renacimiento.

En este paradigma, el hombre se considera como el mundo en pequeño; por ello su naturaleza debía tener los atributos de la *physis*. Nace así la idea de los humores como los elementos activos que contiene el cuerpo.

La salud fue concebida como una buena mezcla de los humores, como una *euctasía*, lo que representaba armonía en la naturaleza del hombre. El estado de salud era justo, fuerte, equilibrado y bello. En tanto la enfermedad era un cambio de esta naturaleza que resultaba de una mala mezcla de los humores, era una *dyscrasía*, un desequilibrio general y, por consiguiente, el hombre enfermaba en su totalidad.

Los humores forman dos pares, cada uno con cualidades opuestas: sangre y bilis negra, flema y bilis amarilla. Cada humor posee las cualidades de uno de los elementos de la *physis*, que son: aire, tierra, agua y fuego. Así, la sangre es caliente y húmeda como el aire y aumenta en primavera; la bilis negra, fría y seca como la tierra y aumenta en otoño; la flema, fría y

215 Dubos R. El espejismo de la Salud. México, DF: FCE; 1981: 144-146.

húmeda como el agua y aumenta en invierno, y la bilis amarilla, caliente y seca como el fuego y aumenta en verano. La sangre se origina y renueva en el corazón; la bilis negra, en el bazo; la flema, en el cerebro, y la bilis amarilla, en el hígado. Estos humores no son ficticios, pueden verse: la sangre, en heridas; la bilis negra, en deposiciones –en particular, en la melena–, la flema, en catarrros nasales, y la bilis amarilla, en vómitos. Se relacionaban con las estaciones del año, así como con los temperamentos.

El aire como fenómeno vital. En el primer siglo D.C. se afianzó también otra corriente, la de los neumáticos, que, sin dejar de ser humoralista, asignaba particular importancia en la génesis de las enfermedades al estado y acción del aire dentro del cuerpo. El *pneuma* que llegaba a los pulmones se distribuía por las arterias después de alcanzar el corazón. También penetraba al cerebro. Era un principio vital impulsor, nutritivo y refrigerante, cuyo estado se apreciaba en el pulso. A consecuencia de una discrasia de los humores, podía aumentar, disminuir o descomponerse y así, ser causa de enfermedad.

La salud y salvación del alma. Con la disolución del Imperio Romano en Europa, y frente a las invasiones bárbaras, a la pobreza producida por el abandono de los cultivos, al agotamiento de minas de oro y plata, y a los estragos del paludismo y la peste, solamente una entidad se alzó poderosa para regir espiritualmente a la sociedad: la Iglesia católica. Durante la mayor parte de la Edad Media y desde su inicio, la clase culta fue clerical, y con el afán de consolidar la Iglesia fue ella la depositaria de las tradiciones romanas, entre éstas, desde luego, el latín y la visión de un orden universal.

Con el desarrollo del cristianismo en la Edad Media se produjeron muchos cambios. La nueva concepción se orientó hacia el más allá, con la mira puesta únicamente en la salvación eterna del alma. La vida religiosa reclamaba toda la atención del hombre. La vida de este mundo era desdeñable y todos los ramos del saber estaban subordinados a los fines religiosos. Este nuevo mundo cristiano se compone esencialmente de Dios y el hombre ligados espiritualmente. Pero en esa concepción no hay camino hacia Dios por la razón, el camino para conocer a Dios es que Él, *Deus ut revelans*, se nos descubra. La razón humana no existe sola, es el reflejo de la iluminación venida de Dios. La salud del hombre era la salud de su alma.

Estando la clase culta –la clerical– centrada principalmente en la vida en el más allá, el estudio de la naturaleza fue desatendido y, por lo tanto, se estancó. Por otra parte, se consideraba que el saber racional era fruto de la iluminación divina; en consecuencia, los conocimientos de la naturaleza admitidos, tras ser interpretados en el marco de la fe, pasaron a adquirir también el carácter de verdades inamovibles. Así surgió el orden medieval, un orden universal absoluto. Hasta mediados del alta Edad Media la medicina se ejerció principalmente en los monasterios, cobrando importancia posteriormente las escuelas catedralicias.

El cuerpo como objeto del pecado. Cuando el cristianismo se convirtió en la religión oficial del Estado Romano y cobró por eso gran difusión, se sumó al saber galénico, conjugando una mezcla mística-intuitiva de la práctica médica en la que la enfermedad era considerada como castigo divino por los pecados cometidos, y el cuerpo humano, como el instrumento por el cual en ellos se incurría.

Dada la exaltación de lo espiritual y bajo la influencia del idealismo griego, el cuerpo se consideró como una carga, una distracción y el objeto por el que se pecaba. Para el cristianismo de entonces el cuerpo del hombre era una vil prisión del alma. El organismo humano no merecía mayor estudio. La doctrina islámica, que se hizo sentir después, era similar en este aspecto: el cuerpo de los muertos era sucio e impío y había que abstenerse de tocarlo y de mancharse con su sangre.

Por otra parte, la medicina medieval tuvo un marcado carácter especulativo; la teoría médica constituía lo sustantivo y la labor manual era desdeñada. Los médicos no se rebajaban a tocar el cuerpo de los enfermos y los que practicaban la cirugía eran los barberos.

El cuerpo se identificó con algo sucio, el sexo con un acto pecaminoso que sólo podía redimirse con la paternidad y la maternidad. La mujer y su cuerpo fueron tomados en cuenta como una tentación hacia el pecado, desarrollándose un resentimiento hacia ella, debido a la conducta de Eva, que ocasionó la expulsión de la humanidad del paraíso. La palabra femenina proviene de las palabras “fe”, y “menina” que significa pequeña, disminuida.

Los efectos de esta manera de concebir el cuerpo de manera despectiva motivaron, entre muchas otras cosas, que no se desarrollara el masaje en Occidente, por considerar al cuerpo como una entidad “sucía,” limitando la exploración del conocimiento del cuerpo.

La enfermedad, castigo divino. Aunado al empobrecimiento de la medicina durante la etapa medieval, el cristianismo de entonces reintrodujo un elemento religioso: la enfermedad era considerada como castigo divino por los pecados cometidos, o la posesión por el demonio, o bien consecuencia de una brujería. De ahí, la oración y la penitencia para alejar el mal. También los grupos denominados germanos reintrodujeron elementos mágicos, que se transmitieron a la medicina popular. Las ideas de posesión diabólica y el trato a las brujas se hicieron extensivos a los enfermos mentales, que eran llevados a la hoguera. Este marco ideológico tuvo una influencia determinante durante siglos.

Los hospitales. Debido a la doctrina cristiana de la caridad, la Iglesia dio amparo espiritual y material a las masas de indigentes, para lo cual se construyeron hospicios, es decir, lugares destinados a amparar peregrinos y pobres, enfermos o no, a darles hospitalidad. La transformación de hospicio a hospital se aceleró en el siglo XIII, siendo éste tal vez el progreso más importante de la medicina en esta época. En el curso de pocos siglos había una red de hospitales en toda Europa. La salud dejó de ejercerse solamente de manera individualizada y se hizo más colectiva.

Paradigma del cuerpo como centro de la medicina. Tiene sus antecedentes en el último tercio del siglo IV, con Herófilo y Erasístrato, considerados los primeros anatomistas que disecaron cadáveres humanos. Según ellos, las enfermedades se presentan localmente, debido a alteraciones de los órganos, por lo tanto, pueden reconocerse a través de ellos y no -como se creía anteriormente- por alteración de los humores.

La disección de cadáveres humanos se volvió a practicar hasta los siglos XIII y XIV, alcanzando su cumbre en este último, con los descubrimientos de la anatomía, la fisiología y la patología. En el Renacimiento la figura central es la de Vesalio. Se reafirma el concepto occidental de “cuerpo”, al disecar cadáveres: un cuerpo desnudo, sin vida, sin movimiento, sin sentimientos, sin relaciones humanas, sin dignidad.

El hecho de que se haya estudiado la anatomía en sujetos muertos tuvo consecuencias importantes en el desarrollo de la medicina parcializada. El concepto de persona es reemplazado por el de un conjunto de materia desprovista de mente, personalidad y espíritu. La totalidad del ser humano se fragmenta al partir –literalmente– el cuerpo en pedazos y órganos, con la intención de conocerlo mejor.

El concepto de nosología y enfermedad. Este paradigma cobra forma con Paracelso (1493-1541), quien pone énfasis en la importancia de localizar la enfermedad, de ponerle nombre y de clasificarla según el órgano afectado o las causas que la producen, así como por las alteraciones resultantes. Anteriormente se atendían los desequilibrios de los humores, las enfermedades como tales no existían.

El mecanicismo, aplicado a la medicina, partió de la anatomía renacentista con figuras como Borelli (1608-1679), quien estudió la mecánica animal y los movimientos, y desarrolló explicaciones para entender los fenómenos biológicos, partiendo del supuesto de que los seres vivos funcionan como una máquina. Los aspectos emocionales, espirituales, colectivos y ambientales quedaron fuera del objeto de estudio.

Dentro de la visión mecánica del universo, el saber médico fundamental es la anatomía (Vesalio). Esta formulación teórica alcanzó niveles elaborados con William Croone –quien discutió el fenómeno de las contracciones musculares–, Thomas Willis –quien expuso datos microscópicos y fisiológicos concretos sobre el movimiento– y William Harvey (1578-1657), con sus hallazgos sobre la circulación de la sangre. Sus explicaciones se debieron al estudio anatómico, mecánico y cuantitativo.

Aparecen dos corrientes: la *iatromecánica* y la *iatroquímica*. Los primeros interpretaron las funciones orgánicas de acuerdo con el modelo fisicomatemático, procedente de la obra de Galileo o conforme con los supuestos mecanicistas del pensamiento de Descartes; los segundos, las concibieron como procesos químicos en la línea que provenía de Paracelso.

El racionalismo cartesiano. En Occidente se puede identificar la expresión cumbre del racionalismo con el filósofo René Descartes, quien aportó elementos para consolidar la medicina mecanicista. Autor del racionalismo del barroco, filósofo y matemático, nacido en 1596 y muerto en 1650, Descartes estableció la separación de dos realidades, por una parte, la materia o *res extensa*, a la que pertenece el cuerpo, que consiste esencialmente en una sustancia que ocupa espacio y que se puede deducir a partir de sus propiedades geométricas y físicas. Por otra parte está la mente o *res cogitans*, que atañe a una sustancia que consiste en el pensar y que es, por tanto, inmaterial: es el alma. Esa dualidad de cuerpo y mente, y la idea mecanicista del cuerpo, el cuerpo como máquina, están aún vigentes.

El planteamiento central de este racionalismo es que todo es medible, se puede contar, demostrar. En el campo de la salud sólo es válido lo que se pueda experimentar y medir.

Este racionalismo que se desarrolló en el siglo XVII concedía a la razón la capacidad de la autosuficiencia, la posibilidad de obtener por sí sola la verdad, a través de la evidencia de las afirmaciones que de ella proceden, y de las ideas innatas que se poseen, sin necesidad de acudir a sensibilidad o experiencia alguna.

Este racionalismo planteó el problema serio de la cuestión mental, al acentuar la dicotomía cuerpo-mente y cuerpo-espíritu, actuando ambos sin continuidad entre ellos.

El positivismo. Es una escuela filosófica fundada por Augusto Comte (1789-1857) en la época de la Revolución Industrial, en un mundo en el que se valoraron por sobre todo la ciencia y la técnica. Partiendo de la tesis de que la fuente del conocimiento es la percepción sensorial, el positivismo amplía la validez de dicha percepción, tanto a la inmediata como a la mediata, esta última, a través de registros y medidas instrumentales. Se afirma que no es posible conocer los principios y primeras causas de los fenómenos y que el intelecto humano en el campo de la ciencia ha de centrarse en establecer relaciones de causa-efecto, en lo posible cuantitativas, que permitan enunciar leyes científicas. Así, el positivismo elimina de su horizonte la metafísica. En la concepción “comtiana”, la ciencia y la idea de la humanidad creadora se alzan a la altura de una religión.

El positivismo hace su aparición en la facultad de medicina. Se impone de la mano de los partidarios de una fisiología que ponía a la materia como base de la vida y del actuar humano, en contraposición con la visión teleológica y teológica. Esta corriente parte de lo más específico y medible, desechando las visiones que hablaban de conocimientos y saberes que nada tenían que ver con lo empírico, sino con lo imperativo desde el punto de vista religioso y de la moral. A pesar de las reacciones surgidas en contra de esta visión del hombre, el positivismo dominó el desarrollo de las ciencias de esa época. Bajo esta corriente se desarrollaron las teorías de la evolución (Darwin), de la genética (Mendel), de la patología celular (Virchow), de la anatomía e histología, de la embriología, de la fisiología (Claude Bernard), de la bacteriología (Pasteur y Koch) y de la cirugía (Lister); además, se inició el desarrollo del laboratorio (Roentgen).

El concepto ontológico de enfermedad. Se originó con Sydenham, quien vivió en Inglaterra de 1624 a 1689. Su interés se centró en qué eran las enfermedades, y para ello consideró necesaria la observación clínica desde la aparición de los síntomas hasta su desaparición, es decir, el conocimiento del curso natural de la enfermedad. Al aceptar la existencia de entidades morbosas, había que reconocer los síntomas que eran propios de tales y aquellos que podían atribuirse a peculiaridades del individuo enfermo. Y para lograr tal propósito había que ser muy buen observador, muy buen clínico. Así nació el concepto ontológico de enfermedad como entidad morboza abstracta, pero abstraída de la observación real de los pacientes, entidades por lo tanto que pueden estudiarse en los libros. Y la importancia de reconocer estas entidades radicaba en la posibilidad de mejorar el tratamiento, en lo posible, con uno específico.

El biologicismo.²¹⁶ Esta corriente positivista halló su cima con los descubrimientos microbiológicos realizados por Koch, Pasteur, Jenner y Semmelweis, originando una teoría que terminó

²¹⁶ Se conoce como biologicismo a la forma como se perciben y atienden los problemas de salud, en la que se les da más peso a los biológicos, descuidando los psicológicos, genéticos, sociales, culturales y ambientales. Cuando se dice que los microbios son la causa de enfermedad, se están descuidando otras condiciones que fueron las responsables de que apareciera ese microbio y/o de que el individuo se encontrara debilitado inmunológicamente y susceptible a que ese microbio le hiciera daño. De esa manera se deforma la realidad. Es muy conocido el hecho de que, a la exposición a alimentos contaminados por microorganismos, algunas personas enferman gravemente, otras de manera leve y otras permanecen sanas, lo cual refuta la concepción de que el microbio causa la enfermedad, ya que esto no siempre sucede, por lo que no hay una relación forzosa de causa-efecto. Podemos entender así, que lo microbiológico es una causa necesaria, pero no suficiente para producir una enfermedad infecciosa. No obstante, las otras causas no se toman en cuenta. Podemos escuchar frecuentemente que la tifoidea es causada por la salmonella tifi, pero no el por qué grupos humanos tengan que beber agua o alimentos contaminados.

derribando el paradigma humoral, después de los casi trescientos años que la Academia de Medicina tardó en reconocer a los microbios como fuente de enfermedad.

Esta teoría microbiológica destacaba que cada enfermedad tenía un agente causal. Esto dio lugar al desarrollo de un sistema de representación que enfoca el fenómeno salud-enfermedad con un peso preponderante en lo biológico, individual y terapéutico.

En los finales del siglo XIX y principios del XX se daba una interpretación desmedida de la función etiológica de los microorganismos y el papel terapéutico de los medicamentos; de allí la creencia en el fin de la enfermedad, lo cual llevó a pensar que los medicamentos se comportarían como las “balas mágicas” (Paul Ehrlich) que matarían a los microbios eliminando así todas las enfermedades. Con ello se asumió una posición que menospreció la influencia de las condiciones de vida y distorsionó las posibilidades de la investigación médica en relación con los conceptos de desarrollo, evolución, adaptación, agresión y respuesta, interacción psicobiológica e interacción socio-biológica, entre otros.

Esto permitió el impulso de un biologicismo a ultranza, haciendo creer que la solución de los problemas de la salud y la enfermedad dependen de la producción y uso de medicamentos eficaces. La terapia farmacológica derivada de esta concepción favoreció el desarrollo de la industria farmacéutica, la cual ha ido creciendo, en parte, gracias al desarrollo de nuevas tecnologías para las vacunas, las terapias intensivas, los trasplantes y la medicina genómica.

Las enfermedades mentales fueron estudiadas desde un enfoque organicista, buscando encontrar sustancias químicas responsables de las alteraciones psicológicas, así como medicamentos idóneos para devolver la salud al individuo, dando origen a la corriente imperante en la psiquiatría.

La visión biologicista se desarrolló notablemente en la primera mitad del siglo XX y las prácticas médicas desprendidas de esa concepción alcanzaron un alto nivel de desarrollo tecnológico. El hospital (espacio para la enfermedad) pasó a ser el icono de la medicina, siendo las prácticas hospitalarias de tercer nivel y las súper especialidades el símbolo de la mejor medicina.

Este modelo médico brindó una serie de frutos muy importantes respecto a avances científico-tecnológicos, que impactaron en el control y la disminución de ciertas enfermedades. Sin embargo, en lo que respecta a la morbilidad y a la mortalidad de la población en general, especialmente las de los países del tercer mundo, denotó límites importantes, al igual que en el control de las enfermedades crónico degenerativas y de los accidentes en el primer mundo.

A finales del siglo XX, los avances en genética y en el conocimiento del genoma humano estimularon nuevos derroteros dentro de esta corriente.

La higiene y el sanitarismo. El concepto amplio de higiene emanado de la cultura griega (que incluía dieta y ejercicio) se delimitó desde principios del siglo XX, principalmente hacia las normas requeridas para evitar la contaminación por microorganismos, ya que éstos eran entendidos como la causa preponderante de enfermedad.

Las conferencias internacionales de finales del siglo XIX acuerdan la creación de una oficina internacional de higiene pública, que se instala en París en 1907. Su nombre pasará a ser Organización Mundial de la Salud en 1946. Se establece un compromiso de lucha y cooperación frente a las enfermedades infecciosas.

Con el reinado de la higiene se facilitó una corriente que señala que los individuos tienen la culpa de enfermarse, por la inadecuada limpieza, por no hacer uso adecuado de los servicios de salud, por el alto índice de nacimientos de hijos, responsabilizándolos así de la situación de su salud, desviando la atención y las responsabilidades de las problemáticas socio-ambientales.

La medicina social. Este paradigma nació con Ramazzini, al plantear la influencia del modo de vida de los limpiadores de estercoleros en la génesis de sus enfermedades.

Con ello, aparecieron en los siglos XVII y XVIII diferentes estudios sobre las condiciones de vida de los obreros y los sectores depauperados, realizados por médicos y economistas famosos, para explicar las enfermedades y epidemias que azotaron las zonas de desarrollo industrial de la Europa de dichos siglos. Todo esto influyó para que se pusiera la atención en el medio laboral, en la vivienda, en la higiene y en el hambre, por lo que, a partir de ese momento, quedó claro que el hambre y las guerras podían matar y enfermar a más personas que las bacterias, aceptando así la importancia del papel que juega en la salud y la enfermedad la calidad de las condiciones de vida.

A finales del siglo XVIII se aceptaron los factores externos vinculados a las actividades cotidianas del hombre, tales como las características del trabajo y del modo de vida (Ramazzini, 1700), la calidad del agua de consumo (John Snow, 1836), las características de la vivienda en los barrios pobres (John Ferriar, 1792), la fábrica como productora de enfermedad (Thomas Percival, 1784), las condiciones de vida miserables (Informe Chadwick al Parlamento inglés, 1842), el hambre y la mala higiene (R. Virchow, 1848) y las desigualdades económicas, jurídicas y sociales de los trabajadores denunciadas en Francia e Inglaterra (Engels, 1845).

Avances del conocimiento como los señalados fueron decisivos para la gestación de un nuevo paradigma en las ciencias médicas, basado en la determinación socio-ambiental de la salud, que abrió las puertas a la incorporación de las ciencias sociales a la medicina, lo cual tuvo un desarrollo importante durante el siglo XX e impulsó luchas sociales por condiciones de trabajo dignas y seguras a nivel físico, mental y emocional.

La organización de sistemas de atención a la salud. El desarrollo histórico, político-social y demográfico comprometió a los diferentes Estados en la procuración de la salud de su población a través de la organización de actividades y servicios relacionados, orientándolas hacia la estructuración de sistemas de atención de la salud. Se introducen conceptos complementarios a los históricamente desarrollados. Se desarrollan la salud pública, la epidemiología y la administración de la salud. Emerge el concepto de enfermedades crónicas (su presencia es ya insoslayable en la sociedad), para las cuales las disciplinas constituyentes de la salud pública requieren un enfoque diferente.

Los sistemas de salud, globalmente sobrepasados por los requerimientos de las comunidades, incorporan conceptos del campo de la economía, ciencia social de creciente importancia para la salud pública. Los costos crecientes de la atención en salud aparecen como una importante barrera para poder garantizar el acceso a la atención de la salud de una gran masa de individuos de la sociedad. Paradójicamente, el desarrollo social, los adelantos en el campo tecnológico, el desarrollo de las profesiones y la tecnificación de la atención en salud, constituyen elementos generados por el propio desarrollo histórico de la salud pública, que se transforman en enemigos

potenciales al incrementar el volumen de gastos en salud. La población está en condiciones de demandar sus derechos en cuanto al cuidado de su salud, los exige y alguien debe pagar los costos que de ello se derivan.

Surge una alentadora necesidad por buscar modelos de atención adecuados a los problemas de mayor interés epidemiológico en la población, incorporándose activamente disciplinas colaboradoras de la salud pública, en un plano ya no tan funcional, sino integrado al proceso de toma de decisiones.

Se desarrolla el concepto de atención primaria, que tuvo su mayor plenitud con la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Atta (Kazajistán) en la antigua URSS. En esa conferencia organizada por la OMS y el UNICEF, más de 100 naciones ratificaron la definición de la salud de la OMS “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” y firmaron un planteamiento integral y progresista, encaminado a alcanzar “la salud para todos en el año 2000”, denominado: *Atención Primaria en Salud*.²¹⁷

El paradigma inmunológico. Los progresos de la biología molecular ocurridos en la segunda mitad del siglo XX permitieron que las investigaciones en inmunología tuvieran un rápido despegue. Con ello se demostró que el microbio no es el único o el verdadero responsable de la enfermedad y que existen otros determinantes biológicos, señalando la enorme importancia de la participación de la respuesta del sistema inmune en la producción de la enfermedad infecciosa y en otras, como el cáncer y las autoinmunes.

El paradigma sistémico. Influencia de la psique en la salud corporal. En los últimos 30 años, el avance de la inmunología dio pie para el desarrollo del enfoque psico-neuro-endocrinoinmunológico (Metalnikov y Chorine; Solomon y Moss; Borisenko y otros), que abrió las puertas a lo que se puede considerar el inicio de un nuevo paradigma integracionista o sistémico de las ciencias médicas y de la salud. Anteriormente se consideraba que los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino eran sistemas cerrados sin interacciones entre ellos. Estos estudios demostraron que estos sistemas se encuentran íntimamente ligados, formando en la realidad, subsistemas de un sistema más amplio.

Lo anterior aportó nuevos argumentos para incluir, en la definición y estudio de la enfermedad, lo mental y las emociones. Se demostró que éstas pueden afectar positiva o negativamente el funcionamiento de los sistemas inmunológico y endocrino, influyendo, entre otras, en la respuesta inmune ante enfermedades infecciosas y el cáncer. Con ello se retornó a lo que ya Martín Lutero había señalado desde el siglo XVI: *Los pensamientos angustiosos traen enfermedades físicas: cuando el alma está oprimida, también lo está el cuerpo*.

La calidad de vida. Desde la segunda mitad del siglo XX el avance científico del mundo moderno, y los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea, concentraron esfuerzos en el estudio de la calidad de las condiciones de vida de la población y de los estilos de vida

217 Werner D. y D. Sanders, Cuestionando la solución. Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil. México, DF: PRODUSSEP, A.C., Centro de Estudios Educativos, A.C. y Centro de Educativos Ecuménicos, A.C.; México, D.F., 2002.

de los individuos, como factor prioritario para entender y proteger la salud y la felicidad del hombre. Esta estimación o valoración de la calidad se desarrolló conjugando criterios técnicos, éticos, individuales, culturales, sociales y ambientales.

El concepto *calidad de vida* es utilizado en relación con la salud, la justicia y la ética, y ha sido estructurado teniendo en cuenta los aportes de varias disciplinas de contenidos muy diferentes. En su esencia, está el carácter valorativo, contextual e histórico al que debe atenderse, así como su fidelidad a los valores humanos que constituyen expresión de progreso social y respeto a una individualidad en la que se armonizan necesidades individuales y sociales. Partiendo de estas exigencias, la utilización del concepto calidad de vida permite valorar las condiciones de vida de las personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas más adecuadas de interacción humana y con el medio ambiente, para acercarse progresivamente a una existencia digna, saludable, libre, con equidad, moral y feliz.

El paradigma del bienestar. Ligado a la calidad de vida, este paradigma se fue desarrollando a partir del último tercio del siglo XX, en diferentes regiones del tercer mundo, principalmente por organizaciones populares y civiles. Relaciona a la salud con la búsqueda de bienestar, entendiéndose por éste el estado resultante de poder contar con todas las condiciones, oportunidades y empoderamientos necesarios para adquirir un desarrollo óptimo en los aspectos físico, emocional, mental y espiritual, en relación con la familia, la cultura, la sociedad y el medio ambiente de los cuales se forma parte.

Se señala que el bienestar se refleja en la salud física, emocional, mental y espiritual de un individuo y de una colectividad. De esta forma, la salud sería considerada como un estado de relación entre el ser humano y su ambiente, en el cual el individuo posee los suficiente elementos para salir adelante de las agresiones y desequilibrios que lo afectan, impuestos tanto por la naturaleza, como por la sociedad (entendiendo a las personas como un todo orgánico, emocional y espiritual).

El empoderamiento y salud popular. Este paradigma es una derivación del anterior, también enarbolado por organizaciones populares y civiles. Como en la medicina social, se señala que las condiciones de vida y de trabajo determinan en forma importante la situación de salud de un pueblo. En diciembre de 2000, la asamblea de la Salud de los Pueblos, reunida en Bangladesh, señaló la relación de la salud con la injusticia social, afirmando el papel de la participación popular en su obtención, en lugar de la espera pasiva de las acciones paternalistas del Estado, para responder a su derecho a la salud.

Esta corriente refiere que para la obtención de la salud es fundamental que el ser humano pueda apropiarse de un mayor control de su salud y de su vida, la cual le fue expropiada por el sistema médico. Se pretende que el individuo tenga en sus manos las condiciones para llevarlo a cabo y que dependa lo menos posible de los médicos y del Estado para tener acceso a la salud. Uno de sus primeros teóricos fue Ivan Illich.²¹⁸ Otro de los autores de esta corriente que rompió con precedentes es David Werner, con sus obras: “Donde no hay doctor”, “Aprendiendo a promover la salud”, “Nada de nosotros sin nosotros” y “Cuestionando la solución”. En la primera refiere que los campesinos pueden aprender de salud tanto curativa y preventiva con la

218 I. Illich *Némesis médica. La expropiación de la salud.* Ed. I. Joaquín Mortiz. México, D.F., 1978.

metodología adecuada, en un momento en el que se les consideraba ignorantes y “atrasados”. En la segunda, profundiza en métodos educativos horizontales y participativos. En la tercera -con el tema de la discapacidad- defiende que no es válido ni tampoco eficaz elaborar programas o tecnologías sobre algún problema de salud sin considerar la participación y opinión de la población implicada. En la cuarta obra cuestiona algunos postulados de la salud pública.

En esta corriente se entiende por empoderamiento o poderío la capacidad de una persona o grupo para relacionarse dentro de un marco de igualdad, horizontalidad y respeto, con otros actores sociales, estableciendo diálogos y negociaciones con igualdad de oportunidades. No es un facultamiento en el sentido de asumir la delegación de facultades a partir de un agente externo; el empoderamiento es un proceso individual y colectivo de autoafirmación, en el que las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones sobre eventos importantes en sus vidas, para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, usando los recursos de su entorno, a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es la capacidad de decidir sobre su propia vida.

Se afirma que para avanzar hacia el empoderamiento y la apropiación de la salud por parte de la población es importante la socialización responsable del conocimiento médico preventivo y curativo, tanto alópata como tradicional y alternativo, que permita atender en primera instancia algunos accidentes, resolver casos frecuentes y de atención relativamente sencilla de manera más barata, eficiente y directa, con la mayor independencia posible, recortando tiempos, reduciendo costos y ahorrando en recursos humanos.

Igualmente, se señala como elemento fundamental el poder controlar los mecanismos causales de enfermedad, desde acciones preventivas de tipo higiénico hasta las que dependen de la forma como está organizada la sociedad. Otro elemento importante que comprende esta corriente popular es el poder organizar los servicios de salud con otro modelo en el que haya mayor participación, injerencia y control social.

Se enfatiza en la participación democrática y en el mejoramiento de las condiciones de vida (en los ámbitos individual, cultural, social y ambiental), que sirven de base a la causalidad de la mayoría de las enfermedades. Un lema que se enarbó en la década de los 80 fue: *Liberarnos de las enfermedades que nos oprimen y de las opresiones que nos enferman.*

Salud y género. Este paradigma señala que la forma de vivir el ser mujer y el ser hombre en cada cultura tiene efectos en su salud. Se desarrolló gracias al avance en la teoría de género, que entiende por éste el conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados a las personas de acuerdo con su sexo. Incluye la identificación, comportamientos, prácticas, aspiraciones, roles y relaciones sociales entre los géneros. Estas últimas son generalmente desiguales y jerárquicas, siendo el resultado de los enfoques de la educación y de la cultura de la sociedad.

Esta corriente afirma que al tomarse en cuenta los riesgos para la salud -diferentes en cada género- ocasionados por las actividades y roles atribuidos a cada uno, se pueden desarrollar propuestas de investigación, educativas, preventivas y epidemiológicas que pueden incidir en la disminución del riesgo y en la calidad de los servicios de salud.

Se refiere también a que, en la mayoría de las culturas, la sociedad está conformada desde un modelo patriarcal que impone roles a hombres y mujeres, en los que los primeros están en

ventaja sobre las segundas. Esto implica riesgo para la salud, que normalmente está oculto. En este modelo patriarcal se proporciona a la mujer una identidad de género que, además de impedir su autorrealización, la priva de condiciones igualitarias respecto del hombre, así como del empoderamiento necesario para ejercer el control de su cuerpo y de su vida, dándole un estatus de ser oprimido y causándole una serie de problemas y consecuencias a nivel de su salud corporal y mental.

En el caso del hombre, la sociedad también le impone, desde el momento de su nacimiento, una identidad de género que lo predispone al desarrollo de situaciones de riesgo que llevan al alcoholismo, a los accidentes, violencias, infecciones de transmisión sexual, *stress*, neurosis y otras afecciones mentales.

Los paradigmas de la medicina occidental en la actualidad

*Los médicos saben mucho de enfermedades...
pero conocen muy poco acerca de la salud.*

Anónimo

El recorrido histórico que hemos realizado por los derroteros de la medicina occidental nos ayuda a entender la realidad actual. En la medida en la que estos nuevos paradigmas se han desarrollado, han surgido nuevas preguntas, en un proceso continuo de desarrollo y evolución. Algunos paradigmas engloban a otros. No estamos hablando ya de un camino lineal, sino de una red en la cual se van generando caminos alternos, algunos de los cuales encuentran una salida coherente y otros no.

El paradigma imperante y rector continúa siendo el de la atención a la enfermedad. Ciertamente, los avances en salud pública, epidemiología, medicina social e inmunología han aportado nuevos derroteros y tendencias, que han ayudado a equilibrar, pero no a detener el camino de todo el sistema hacia la resolución de los padecimientos. La misma definición de salud de la OMS como bienestar físico, mental y social –y no sólo la ausencia de enfermedades un elemento contradictorio, pues no alcanza a cuestionar la manera como continúa estructurada la práctica médica institucional y privada, así como la formación del personal de ciencias de la salud.

En esta formulación en torno a la enfermedad, el culto al cuerpo continúa teniendo un papel preponderante sobre otros elementos de la integralidad de la persona. A pesar de los avances en salud mental y del reconocimiento que ésta tiene en la salud corporal, sigue vigente la influencia mecanicista en la apreciación de la enfermedad.

El biologicismo basado en los microbios, que dio origen a un tipo de terapéutica farmacológica, ha derivado en nuevas técnicas y alternativas, como lo apunta ya la medicina genómica.

La ciencia médica como tal continúa con una gran carga positivista fundamentada en la racionalidad cartesiana, de tal manera que sigue considerándose la única fuente de la verdad, excluyéndose todo lo que se sale del paradigma y que no responde a los requisitos que impone su metodología de ensayo clínico controlado. Esta metodología, por cierto, requiere de muchas condiciones y trámites para poder acceder a su utilización cabal.

Los planteamientos y logros elaborados desde los paradigmas de calidad de vida, bienestar, empoderamiento–apropiación y salud–género, son todavía incipientes y han estado limitados

a circunstancias que no han permitido su desarrollo pleno y su incorporación en la currícula de la formación profesional.

Los paradigmas provenientes de otros modelos médicos

*Había una vez tres ciegos que fueron a conocer a un elefante.
Uno se acercó a él por la trompa, otro por una pata y otro por la panza.
El primero dijo: este animal es como una víbora, sólo que más fuerte y arrugado.
El segundo repeló: ¿qué dices?, más bien parece como el tronco de un árbol;
a lo que el tercero rebatió: los dos están locos, este animal es muy grande y
asemeja a una pared.*

Fábula de la India

Derivados de la cultura occidental

Acabamos de describir la situación de la medicina occidental a partir de los paradigmas desarrollados en su seno a lo largo de su historia. Pero este modelo médico no se encuentra solo, existen otros paradigmas derivados de cosmovisiones de otras culturas. La comunicación y la globalización han facilitado su interacción y confrontación con la medicina occidental.

Durante los siglos XVIII, XIX y XX un gran número de médicos, investigadores y profesionales formados en el modelo y cosmovisión occidental fueron proponiendo prácticas preventivas y terapéuticas distintas (en ocasiones sistemas completos). En muchos casos comparten la misma cosmovisión médico-occidental, aunque las propuestas terapéuticas son diferentes. En otros, los caminos han significado cambio de algunos paradigmas, a veces hasta rupturas importantes.

Con el proceso de globalización, también se ha generado el acercamiento a terapias provenientes de otros sistemas, pero que se leen, interpretan y desarrollan desde los planteamientos occidentales. Hemos mencionado ya el caso del masaje sueco, que fue desarrollado por Per Henrik Ling, después de haber vivido en Japón; y también el de la fitoterapia, en la cual plantas medicinales provenientes de culturas que las utilizan desde una cosmovisión diferente son estudiadas y aprovechadas desde la perspectiva de sus propiedades químico-fármaco-biológicas (o sea, desde el paradigma occidental).

La globalización también ha dado pauta a transformaciones en las concepciones, en las que los planteamientos más holísticos de otras culturas han impregnado también las propuestas occidentales. De esta manera se desarrollaron la homeopatía, la aromaterapia, las flores de Bach, la microdosis, la quelación, la terapia celular, la quiropráctica, la osteopatía, el rolfing, la kinesiología, el Feldenkrais, la técnica Alexander, la terapia corporal, la terapia craneosacra, la cromoterapia, y la magnetoterapia, entre otras muchas.

En el caso de *la homeopatía*, frente al paradigma terapéutico occidental de eliminar o luchar contra la enfermedad, sus síntomas y sus agentes etiológicos; se propone una terapia basada en que lo semejante trata lo semejante, fortaleciendo al cuerpo para que se cure a sí mismo. El concepto de dosis terapéutica también es modificado. La homeopatía propone dosis infinitesimales de los medicamentos elaborados con sustancias vegetales, animales y minerales,

señalando que al disminuir la dosis se aumenta el poder terapéutico. Por otra parte, se acentúa el papel que juegan las emociones en las enfermedades, asignándoles un peso mucho mayor que el que se les da en el modelo occidental clásico. Con estos elementos se ha desarrollado todo un sistema complejo de atención a la salud.

La terapia de *flores de Bach* recurre a un principio opuesto al de la homeopatía: las emociones negativas –presentes en el origen de todas las enfermedades– se eliminan potenciando las virtudes opuestas, mediante las vibraciones energéticas transmitidas por las esencias florales al contexto emocional del individuo. Este modelo interpreta la enfermedad como el resultado de un distanciamiento entre el alma (principio esencial) y la personalidad (principio existencial).

Respecto a *la aromaterapia*, el postulado que plantea es que los aromas de aceites esenciales de muchas plantas medicinales pueden impactar directamente al sistema nervioso, a través del sistema olfativo, el cual conduce el estímulo directamente al cerebro a través del sistema límbico, logrando con ello un impacto neurológico y fisiológico.

La quiropráctica, en cambio, se basa en el supuesto de que las vértebras pueden subluxarse, restringiendo la acción de los nervios que salen de la médula espinal. Esto interfiere en el fluir normal de la energía nerviosa que inerva los diferentes órganos del cuerpo, propiciando con ello la predisposición al padecimiento de un sinnúmero de enfermedades. Para enfrentar esa situación, la quiropráctica elaboró una serie de manipulaciones sobre la columna vertebral llamadas ajustes, que pretenden volver a la normalidad funcional y, de esta manera, contrarrestar la enfermedad resultante.

La kinesiología, el método Feldenkrais, la técnica Alexander y la terapia corporal, proponen comprensiones diferentes del cuerpo, la psique, el movimiento como totalidad, a partir de las cuales se utilizan diversos métodos para realizar diagnósticos a través del movimiento y la fortaleza muscular. Además, se manejan técnicas preventivas y terapéuticas orientadas a una toma de conciencia, que incluyen el movimiento y ciertas acciones sutiles que desarrollan una mayor atención y estimulan la formación de patrones musculares y neuronales diferentes. Todo ello permite reeducar y corregir problemas posturales y de movimiento que afectan la salud del individuo.

El biomagnetismo, la magnetoterapia, la terapia polar, la biomúsica, la medicina cuántica, la medicina energética, la bioresonancia y la cristaloterapia, entre otras, proponen comprensiones biofísicas del ser humano respecto a la energía en sus diferentes expresiones: magnetismo y electromagnetismo, sonidos, luces, colores, cristales, tienen –por sus vibraciones– aplicaciones en el campo de la salud.

La programación neurolingüística, la mascoterapia, la biorretroalimentación, la gimnasia cerebral, la estimulación psicotrópica, la terapia cognitiva, la sofrología, las constelaciones familiares, el camino del corazón y la meditación, entre otras, han aportado teorías para comprender la íntima interrelación entre cuerpo, mente y emociones, así como diversos métodos para influir en la salud de todo el individuo mediante técnicas que inciden en el cuerpo a través de las emociones y actividades de la mente.

La nueva medicina del Dr. Hamer (medicina Germánica) describe la relación sincrónica existente entre el psiquismo, el cerebro y el cuerpo en el desencadenamiento y evolución de toda enfermedad. De acuerdo con esta corriente del pensamiento científico, la enfermedad no es un error de la naturaleza ni tampoco el resultado de la acción de agentes patógenos. Por el contrario, es un programa biológico con pleno sentido, por medio del cual el individuo reacciona a los cambios externos que le provocan conflicto. Su detonante es un choque o trauma emocional que toma al sujeto por sorpresa, que es vivido en aislamiento –porque no se logra exteriorizar ni compartir- y percibido como una situación sin salida. Los conflictos pueden ser múltiples y sus contenidos –reales o simbólicos- tienen que ver con la lucha del hombre por la supervivencia a lo largo de la evolución de la especie. De acuerdo con este paradigma, el programa biológico –concepto que reemplaza al de enfermedad- tiene dos fases, la fase de conflicto activo y la fase de solución del conflicto. La primera es la fase simpaticotónica y la segunda, la fase vagotónica. Ambas fases tienen sus signos específicos y transitan por un proceso predeterminado. Este modelo se nutre de la embriología, que le permite establecer las conexiones de cada uno de los órganos del cuerpo con las capas embrionarias de las que están conformados.

El equilibrio térmico se orienta a entender y buscar la normalidad funcional del organismo (que precisa de temperatura normal y uniforme en el cuerpo), en cuestión “térmica” y no de medicamentos, magnetismo, hierbas, sueros, vacunas, inyecciones, cirugía, rayos X, radio electricidad, etcétera.²¹⁹ Sostiene que la medicina, cualquiera sea su nombre, siempre actúa sobre dos fundamentos convencionales: la patología, que estudia las enfermedades, y la terapéutica, que enseña los procedimientos para combatir dichas enfermedades, concluyendo que el único remedio que puede alejar toda dolencia consiste en cultivar la salud a través del uso adecuado de los agentes naturales de la vida, aire, agua, luz solar, tierra y alimentación conveniente basada en frutas y ensaladas crudas.

La teoría de la **resonancia mórfica**^{220,221} postula la existencia en el cosmos de campos mórficos que afectan las reacciones químicas y biológicas, que son capaces de registrar información y evolucionar y que pueden transmitir esta información entre diferentes sistemas. De esta manera las diferentes entidades físicas, químicas y biológicas son susceptibles a la influencia de organismos semejantes que vivieron en el pasado. A través de la resonancia mórfica cada miembro contribuye, y a su vez es influenciado, por una especie de memoria colectiva. En los seres vivos toman en nombre de campos morfogenéticos. En el ser humano, estos campos lo afectan a nivel biológico, mental, social y cultural. Cada órgano corporal tendría su propio campo y el campo de cada persona estaría conformado por la suma de todos sus campos. Mientras más similar sea un sistema a otro y mientras más sistemas similares existan, mayor será el efecto de la resonancia mórfica que será dictado por el ciclo de actividad o hábito específico que se está transfiriendo. Esta teoría explica que la mente no se encuentra confinada

219 Propuesto por el Dr. Manuel Lezaeta Acharan. Cita textual suya.

220 R. Sheldrake, Una nueva ciencia de la vida: la hipótesis de la causación formativa. Ed. Kairos Barcelona, España, 1989.

221 R. Sheldrake, La presencia del pasado: resonancia mórfica y hábitos de la naturaleza. Ed. Kairos Barcelona, España, 1990.

al cerebro, sino que se extiende al entorno; también expresa el papel de la resonancia mórfica en la génesis de diversas enfermedades, así como en la salud. También sugiere que la acción terapéutica de algunos procedimientos y medicamentos, como los homeopáticos, puede explicarse de esta manera.

La medicina integrativa es una corriente relativamente nueva originada en los Estados Unidos, que pretende combinar las terapias médicas convencionales y las terapias de la medicina complementaria y alternativa, de las cuales existen datos científicos -contundentes y de alta calidad-sobre su seguridad y eficacia. Señala los beneficios de propiciar su interacción sinérgica, independientemente de que partan de marcos conceptuales diferentes.

Paradigmas provenientes de otros modelos médicos no occidentales

Recuperar el pasado, para entender el presente y proyectar el futuro.

Anónimo

Además de los cambios aportados a algunos paradigmas por terapéuticas y modelos médicos derivados del modelo médico occidental, encontramos que existen muchos otros, derivados de la cosmovisión de modelos médicos provenientes de las culturas originarias americanas, asiáticas o africanas. De las asiáticas, la globalización ha permitido su socialización en occidente.

Estos modelos médicos, prácticas y sistemas presentan sus propios procesos históricos con surgimiento y transformaciones de sus paradigmas con respecto a la salud y enfermedad atención.

Describiremos sólo algunos sistemas y paradigmas que han tenido alto impacto en nuestra civilización, subrayando que no es una descripción exhaustiva, sino una visión general de otras maneras de entender la salud y la enfermedad, que han desarrollado sistemas completos de atención a la salud.

El naturismo de origen ayurvédico subraya la importancia de la alimentación como base del equilibrio interno y del buen funcionamiento de todos los órganos. Señala también que el cuerpo posee un poder considerable para curarse a sí mismo y pone mucha atención en los estilos de vida y en la práctica del ejercicio y la meditación. Su enfoque pretende fortalecer la salud, más que combatir la enfermedad.

La medicina ayurvédica de la India afirma, además, que la tensión nerviosa dificulta el flujo de energía en el organismo, propiciando muchas enfermedades. Ha desarrollado múltiples estilos de yoga y ejercicios de respiración y meditación que pretenden incidir en la salud de todo el organismo. Señala que las medidas preventivas y curativas no se pueden estandarizar y aplicar a todas las personas por igual, aun si se tratan los mismos padecimientos, porque existen diversas constituciones llamadas doshas (*Pita, Kapa* y *Vatha*), que hacen que las personas se comporten de manera diferente ante la salud, por lo que requieren medidas individualizadas de acuerdo con su constitución.

La medicina natural fortalece los planteamientos anteriores al señalar que el ser humano está diseñado para vivir en condiciones naturales: comer básicamente vegetales -especialmente

crudos-, caminar como nómada para encontrar su alimento y recibir miles de sustancias diferentes contenidas en los alimentos y las plantas medicinales. Desde esta perspectiva se afirma que los hábitos que propician el desarrollo de múltiples enfermedades son: comer carne, comer alimentos cocidos y refinados, consumir alimentos industrializados, ingerir medicamentos elaborados con pocos principios activos, y practicar el sedentarismo, entre otros.

La **acupuntura** derivada de la **medicina tradicional china** señala la existencia en todo el cuerpo de una serie de canales por los cuales circulan diferentes tipos de energías, que se pueden estimular o inhibir por medio de la estimulación de diversos puntos presentes a lo largo de dichos canales y, de esta manera, influir en todos los órganos del cuerpo.

En el caso de la **medicina tradicional china**, ésta se originó dentro de un cuerpo filosófico religioso conocido como “Taoísmo”, en el que se comprende que el “todo” es un principio que está presente en el cosmos y en las cosas, y se encuentra en un movimiento continuo, en el que la energía vital o *ki*, -con sus dos componentes: *yin* y *yang* -lo permea todo. Se considera que el ser humano es un microcosmos conectado estrechamente al macrocosmos. La energía fluye en el cuerpo por 12 canales ordinarios y 8 “extraordinarios”, conocidos como “meridianos”. El desequilibrio entre el *yin* y *yang*, tanto interno como externo, produce enfermedad. El universo -y el ser humano no es la excepción- están formados por cinco elementos: fuego, agua, madera, metal y tierra. La salud se deriva del equilibrio entre el *yin* y *yang* y los cinco elementos, y se mantiene propiciando el equilibrio de las personas con el medio ambiente que las rodea; la enfermedad se cura restituyendo el equilibrio interno. A su vez, las emociones tienen un papel esencial en el flujo y equilibrio de la energía en los diferentes canales. Al hacer el diagnóstico, el énfasis no está en establecer una enfermedad específica, sino en entender cuáles son las causas y los desequilibrios energéticos presentes.

En el siglo V a.C. existió en China una práctica enmarcada en el paradigma de la salud, en la cual el usuario pagaba a su médico una mensualidad para que lo conservase en buen estado de salud junto con su familia. Cuando un individuo se enfermaba, se consideraba que el médico fracasaba en el cumplimiento de su deber, y el cliente dejaba de pagarle sus honorarios hasta que lograba restituir la salud perdida. Incluso, el médico tenía que regalarle los medicamentos. Esto obligaba a los médicos a preocuparse por la alimentación, el ejercicio, la salud mental y el ambiente saludable de la familia.²²²

La cosmovisión de la medicina tradicional china incluye también, en su concepto de salud, la prevención ante las agresiones humanas, no sólo ante los accidentes y agentes patógenos. Por ello se desarrolló un conjunto de ejercicios, como el *Taichi chuan* y el *Wu Shu* (kung fu), que pretenden contribuir al mantenimiento de un cuerpo-mente saludable a través del movimiento, la respiración y la concentración, incorporando técnicas específicas de defensa personal que procuran la integralidad y dignidad del individuo.

La **medicina tradicional indígena mesoamericana** es definida como el conjunto de sistemas médicos presentes en Mesoamérica, originados en las cosmovisiones indígenas prehispánicas,

222 A. Cheng, *La médecine chinoise*. Paris, Editions du Seuil. Traducción de Mariano Orta Manzano, Ediciones Martínez Roca. Barcelona, España, 1975.

las cuales poseen entre sí muchas semejanzas en su concepción y en las prácticas de atención de la salud-enfermedad. Existen también otros sistemas médicos indígenas, desarrollados en otras partes del continente americano, que poseen algunas semejanzas con este modelo médico, pero con algunas diferencias importantes.

La salud se entiende como un estado dinámico de equilibrio interno, entre fuerzas frías y calientes que afectan el cuerpo, la mente y el espíritu; este equilibrio depende del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general. En esta visión no se pretende aislar un síntoma o fijar una enfermedad, sino encontrar el punto de equilibrio entre las acciones humanas y las cualidades, fuerzas y fenómenos en donde se mueven.

Existe en este modelo médico un principio de vida o “fuerza vital”, conocido con los nombres de *tonalli* (náhuatl) y *ool* (maya), que proporciona vitalidad, ánimo y salud, relacionado con la temperatura y la vigilia, y se puede definir como un “aire de la vida”.

Este principio fue malinterpretado por los españoles como “alma”. En algunos lugares se conoce como sombra. Es la entidad que se afecta con el susto y otros fenómenos que desequilibran al ser humano.

El conocimiento de las plantas medicinales -clasificadas como calientes y frías-y el masaje están muy desarrollados en esta medicina. En el trato a los pacientes se toma en cuenta su persona, temperamento, emociones, sus relaciones sociales, ambientales y espirituales y, por supuesto, también su corporeidad. Se consideran las características frías y calientes de las personas, de su temperamento, de su enfermedad y de las acciones que realizan, para elaborar las propuestas equilibradoras que toman en cuenta acciones, alimentos y remedios medicinales, que pueden ser también fríos o calientes.

La interculturalidad en la construcción de una propuesta para el futuro

En una época de cambio radical, el futuro pertenece a los que siguen aprendiendo. Los que ya aprendieron,... se encuentran equipados para vivir en un mundo que ya no existe.

Eric Hoffer

Se han expuesto algunos de los paradigmas más importantes de la medicina occidental actual, para lo cual realizamos un recorrido histórico, con el fin de entender su origen y movimiento, así como sus limitaciones y el nacimiento de paradigmas contradictorios en su interior.

También se presentaron de manera muy breve paradigmas derivados de modelos médicos de otras culturas en el mundo, incluyendo la mesoamericana, señalando que la medicina occidental no está sola en el universo y que tiene interrelaciones, confrontaciones o similitudes con otras verdades y propuestas.

Las preguntas que nos debemos hacer son: ¿Hacia dónde queremos ir? ¿Estamos conformes con las tendencias de la medicina actual? ¿Queremos acentuar o rescatar algún paradigma de su desarrollo o de otros modelos médicos?

Frente a la tendencia actual en muchos sistemas de salud de las sociedades industriales -que al parecer van hacia una medicina de alta especialización, tecnificada, genómica y robótica, hacia la reparación y sustitución de órganos con un usuario dependiente-, tenemos claro

que nos interesa contribuir a ampliar la visión y perspectiva para el desarrollo de la medicina en México y el mundo.

El reconocimiento de la Interculturalidad ha permitido desde una visión institucional, el acercamiento respetuoso hacia otras miradas en medicinas de las que se denostaba su uso. No importa que los usuarios entiendan o no como funcionan la acupuntura, la homeopatía y muchas otras medicinas complementarias, puesto que el mecanismo de eficacia pragmática es determinante para que personas seguidoras del modelo occidental acudan a las diferentes alternativas que se van presentando en México.

Reiteramos que no se puede atender de la misma manera a la medicina tradicional Indígena, que a las otras medicinas complementarias. La cosmovisión del sistema médico tradicional es preponderante en México (junto con el modelo biomédico), forma parte de la cultura y determina un sinnúmero de hábitos y prácticas. En este sentido, la medicina tradicional no es sólo un conjunto de prácticas preventivas y terapéuticas, sino que forma parte de la identidad cultural, y se definen desde el marco legal, como un derecho cultural.²²³

Por esta razón, asumimos que el abordaje intercultural de la salud nos debe permite visualizar y aquilatar el derecho de las sociedades humanas a ejercer y revitalizar todos los elementos de su cultura; si bien la cultura occidental se ha construido, fortalecido y refuncionalizado con la incorporación del desarrollo cultural de la humanidad, este ha privilegiado sólo la visión de las metrópolis históricamente colonialistas, privilegiando y difundiendo como deseable para todas las sociedades del planeta sólo una visión parcial del desarrollo.

El análisis cultural, desde la parcialidad occidental, no ha permitido la equidad en las relaciones culturales. Lo común a estas propuestas, es que no profundizan en su asignación a una cosmovisión dominante particular. Debemos impulsar un viraje hacia una actitud intercultural, horizontal, respetuosa, propositiva y sinérgica, donde consideremos que la salud está relacionada con cuatro ámbitos fundamentales del mundo de la vida: la persona, la cultura, la sociedad y el ambiente.

Cada dimensión va trascendiendo a un plano superior de relaciones:

- La humana-personal a la persona como ente individual, integrado por el cuerpo, la mente y el espíritu.
- La cultural, como el espacio del ser humano en el que construye sus vínculos de identidad.
- La social, al conjunto de la sociedad, de la cual participan los grupos culturales y sociales.
- La ambiental, al conjunto de la vida sobre la Tierra, de la cual forma parte la sociedad humana.

Entendemos por **dimensión humano-personal** el enfoque que toma en cuenta las necesidades y satisfactores de tipo personal-individual, a nivel físico, emocional y espiritual. A nivel físico tiene que ver con la sobre-vivencia, alimentación, ejercicio y atención a la salud. El nivel mental corresponde al desarrollo, la autoestima, la autorrealización y la trascendencia del ser humano. A nivel espiritual se relaciona con la formación y vivencia de valores superiores que posibilitan las relaciones humanas armoniosas y solidarias. En esta dimensión entran todos los factores

223 Artículo II Constitucional.

que tienen que ver con el desarrollo individual, como el impulso a la identidad de la persona, a la afectividad, a la creatividad, a la autonomía, al pensamiento abstracto, a la estimulación de las funciones y la salud corporal, a la equidad e igualdad en la familia. La identidad de género es un elemento fundamental presente en esta dimensión.

La dimensión cultural comprende el aspecto de la vida humana que nos conforma en grupos con una visión del mundo compartida, costumbres y hábitos semejantes, una historia e identificación común, un sentido de nuestra existencia y conocimientos específicos e interpretaciones sobre la salud y la enfermedad. La salud es una interpretación cultural y existe una respuesta traducida en conocimientos y prácticas ante cada interpretación.

Esta dimensión toma en cuenta los factores que favorecen la identidad cultural y la construcción de sentido, como elementos importantes en la salud individual y colectiva. Al interactuar con otros grupos que cuentan con diferentes identidades y sentidos, abre al conflicto o al aprovechamiento de la diversidad, lo cual incluye actitudes y elementos interculturales que hemos venido describiendo en el libro.

La dimensión social es el espacio que contempla al individuo como un ente político, que se organiza con otros para satisfacer sus necesidades individuales y colectivas. Está relacionada con la equidad social, la libertad, la justicia, la democracia, la subsistencia, la participación y la protección. Pretende la consecución de condiciones sociales de vida digna y plena para el ser humano, indispensables para conservar y obtener la salud.

La dimensión ambiental contempla los diversos aspectos del medio ambiente físico biológico en interdependencia con los grupos humanos. Pretende transitar hacia un desarrollo más sustentable y saludable de las sociedades humanas, que permita afrontar los problemas ambientales actuales y potenciales que afectan y pueden afectar a la población, teniendo consecuencias importantes en términos de salud, subsistencia y recursos. Además, se trata también de poner las condiciones que permitan alcanzar una vida digna y saludable para las generaciones futuras, y que al mismo tiempo se favorezcan condiciones de vida para toda la naturaleza.

La salud no es la consecuencia del combate contra la enfermedad de los individuos -estoy sano cuando no tengo enfermedad, porque la medicina la sometió- sino un estado de relación positiva en las cuatro dimensiones (ambiente saludable; sociedad integrada, abierta y tolerante; cultura propia respetada y respetuosa de las otras con la capacidad de construir puentes, sin supremacía ni avasallamiento; individuo sano, íntegro, capaz de conocer y respetar las leyes naturales).

Comprensión y propuestas en torno a la salud desde las cuatro dimensiones

	Persona	Cultura	Sociedad	Ambiente
Entendimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Concepción del ser humano como un ente digno, pensante, amable, valioso, libre, sujeto de su vida, cuyo cuerpo, mente y espíritu se encuentran unificados y sólo pueden separarse como objeto de estudio. - Revaloración del papel de las emociones en la salud. - Comprensión de la mujer y del hombre como sujetos que pueden ser plenos y sanos en un plano de equidad, reconstruyendo los roles de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión de la identidad y del sentido que aportan el grupo y la cultura como un pilar fundamental de la salud. - Reconocimiento de la interconexión del individuo con otros seres humanos. - Reconocer los aportes que puede ofrecer a la salud cada grupo desde su propia historia, bagaje de conocimientos y cosmovisión (INTERCULTURALIDAD). 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender que la salud es consecuencia de la equidad social. - Reconocimiento de la salud como un derecho social. - Reconocimiento de que la salud se fortalece y garantiza apropiándose de ella mediante la participación individual y colectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión de que la salud humana es consecuencia de una relación equilibrada con el medio ambiente. - Reconocimiento de la interconexión de los individuos y grupos humanos con el resto de los seres vivos del planeta.

	Persona	Cultura	Sociedad	Ambiente
Fortalecimiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de hábitos y estilos de vida saludables: - Reeducación nutricional, consumo de alimentos saludables, combinaciones sinérgicas de alimentos. - Ejercicio saludable no estresante y no necesariamente competitivo. - Desestimulación al consumo de tabaco y alcohol, con propuestas que llenen los vacíos de las funciones sociales que cumplen. - Promoción de una salud sexual y reproductiva plena. - Promoción de habilidades de control emocional, concentración, meditación, respiración, asertividad, autoidentificación de choques emocionales y verbalización. - Promoción del afecto, buen humor y actitudes emocionales positivas como mecanismos que fortalecen la salud. - Información completa y clara de todo ello. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rescate de valores culturales saludables, análisis crítico de los no saludables. - Revaloración y fortalecimiento de los planteamientos integrales y holísticos de diversas culturas y de otros modelos médicos y/o prácticas terapéuticas respecto a los estilos de vida. - Promoción de valores: respeto, tolerancia, solidaridad, participación y rescate ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erradicación de desigualdades que impiden el acceso a satisfactores básicos determinantes de la salud (tanto a nivel físico como emocional). - Atención a las causas sociales de las enfermedades. - Promoción de la apropiación, participación y empoderamiento de parte de la población respecto a la salud. - Control social de medicamentos, alimentos industrializados y plaguicidas que afectan la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción y reconstrucción de un medio ambiente saludable, tanto urbano como rural. - Control social de las actividades industriales y privadas que afectan la salud y deterioran el medio ambiente.

	Persona	Cultura	Sociedad	Ambiente
Combate a la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Atención médica que incluya el estudio de los determinantes biológicos, mentales, emocionales, colectivos y ambientales de cada caso concreto, proponiendo acciones integrales para resolver el problema desde sus diferentes causalidades. - Socialización responsable del conocimiento médico-social sobre primeros auxilios y manejo de enfermedades frecuentes, que pueda aprovechar la población general para promover su empoderamiento y apropiación de su salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio y aprovechamiento complementario de los diferentes métodos y prácticas que las diferentes culturas y modelos alternativos han elaborado para enfrentar los padecimientos tanto corporales como mentales. - Reconocimiento y aprovechamiento de los aportes populares sobre la salud enfermedad, reconociendo la medicina tradicional. - Enriquecimiento de los servicios de salud públicos con atención complementaria de otros modelos médicos validados (acupuntura, homeopatía, meditación, etcétera) - Avance de la ciencia y construcción de un nuevo paradigma sobre el ser humano y la salud tomando en cuenta los aportes de cada modelo de salud (cada uno aporta la parte que conoce del “<i>elefante</i>” para entenderlo a mayor plenitud). 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso de la población a los avances científicos en la atención de sus enfermedades. - Aprovechamiento de alternativas médicas con mejor relación costo-beneficio. - Incorporación a la misión de los servicios médicos la satisfacción del usuario, a través de mecanismos para conocer sus expectativas y opiniones del servicio (foros de pacientes). - Aprovechamiento y control de la industria de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación de los estímulos ambientales que están presentes en las enfermedades crónicas.

Con esta propuesta se postula la necesidad de integrar los paradigmas de la salud y de la enfermedad –hasta ahora separados, contrapuestos, o en el mejor de los casos, paralelos–, en una conceptualización y acción integral, que impregne el quehacer de la medicina.

No se trata de compartimentar las diferentes acciones en distintos campos de especialidad y conformarse con diversas responsabilidades entre diferentes ámbitos e instituciones, que dejan por fuera de las atribuciones de los servicios de salud elementos sustantivos para la salud. Se trata, en cambio, de transformar la visión con una propuesta que considere e integre todos los elementos.

Un elemento esencial es que la salud no es un producto que se recibe, generado en una instancia ajena a uno y que, por lo tanto, se puede vender y comprar. La salud se vive, se respira, se disfruta, se comparte, se motiva, se lucha, se gana. Favorecer la autonomía en la salud es un elemento primordial. La apropiación de la salud por la población es la garantía de búsqueda, de compromiso, de una mejor calidad de vida, de respuestas más oportunas y de servicios más humanos.

Hasta ahora las clínicas y hospitales han sido un espacio contra la enfermedad, aunque se les nombre, equivocadamente, como espacios de salud. Se requiere integrar en ellos espacios y acciones para la promoción de una salud integral, además de la atención de la enfermedad, tomando en cuenta necesidades físicas, mentales y emocionales dentro de los planos corporal, emocional, espiritual. En estos espacios es necesario integrar el concepto de los usuarios como personas interesadas por mantener la salud y combatir la enfermedad, con conocimientos propios que ponen en práctica y que son determinantes para el derrotero del curso, la salud y enfermedad.

Para ello es indispensable que en cada unidad sanitaria existan espacios en los que se promuevan actividades a favor de la salud, tales como: reeducación nutricional, cocina saludable, deporte, meditación y disciplinas como el *Qi gong* y el parto psico-profiláctico. Además, que se promuevan actividades para fortalecer la salud mental –asertividad, manejo de conflictos, autoestima–, con metodologías que estimulen y propicien la participación, llevadas a cabo por personal acreditado en competencias técnicas y culturales.

La misma atención de las enfermedades debe de volverse integral y considerar elementos de la persona, del género, de la salud mental y del ambiente familiar, social y ambiental que ha olvidado. Reconocemos la importancia de lo biológico y físico en la salud, pero no desintegrado de lo emocional, espiritual y cultural.

El aspecto emocional y mental de la persona tiene repercusiones en la salud más profundas de lo que normalmente se acepta, como lo enuncia la psico-neuro-endocrino-inmunología. Los procedimientos del personal de salud (médico y de enfermería) deben de transformarse para incidir deliberadamente de manera positiva en el estado emocional de los usuarios y las usuarias que acuden a los servicios: el decorado, los uniformes, los protocolos, deben adaptarse para buscar ese impacto emocional positivo. Por supuesto, la integración de ludotecas y espacios de espera adecuados son sustantivos.

Todo lo anterior implica un cambio esencial en los servicios de salud, los que deben integrar acciones colectivas y ambientales para mantener la salud y resolver contundentemente las enfermedades, considerando los planos físico, emocional y social que se integran en los usuarios o usuarias-personas que acuden a los servicios.

Asimismo, la formación de los nuevos profesionales de la salud debe incluir competencias técnicas, relacionales, culturales y de salud mental, social y ambiental, relacionadas entre sí, para enriquecer su integralidad.

Por supuesto, el aprovechamiento de alternativas provenientes de diferentes modelos de atención es un elemento indispensable para fortalecer la atención en los servicios de salud, en donde hay que reforzar aquellas prácticas dirigidas al fortalecimiento de la salud.

Es necesario priorizar las acciones, estrategias e inversiones que impactan a un mayor porcentaje de la población, tomando en cuenta de manera especial a los sectores más vulnerables.

La salud debe dejar de ser un ente abstracto que definen unos cuantos. Es fundamental hacerla pasar a través de la satisfacción del usuario o usuaria-persona y la expresión de sus expectativas. La salud, a fin de cuentas, está relacionada con la felicidad.

Conclusiones

*“Levantarse a las 6, almorzar a las 10,
Comer a las 6, dormirse a las 10
Hace que el hombre viva bien 10 veces diez”*
Anónimo

La percepción de la salud y la enfermedad, así como el papel de la medicina, ha variado a lo largo de la historia y la geografía humana. No existe una verdad estática, aunque en cada momento histórico y cultura se considere absoluta. La misma perspectiva de análisis puede cambiar diametralmente con el paso del tiempo y con las preguntas adecuadas.

Existen en la actualidad un paradigma central sobre el modelo de atención a la salud, que no está solo en el universo, ya que co-existen paralelamente otras verdades y racionalidades enriquecedoras y lo más importante, funcionales y adecuadas para la resolución de las necesidades de atención para cada grupo cultural.

Debemos impulsar y fortalecer la capacidad para redescubrirnos nuevas formas de comprendernos en nuestro entorno, de considerar nuestro derecho a la vida y a la salud, de considerar el legado de la ciencia como un patrimonio de la humanidad, en el mismo nivel que cualquier construcción cultural de las sociedades humanas, muy en especial a su cosmovisiones y estrategias que preserven no sólo la vida de las personas, sino la del planeta.

Con estas reflexiones queremos contribuir al futuro de la medicina, de la salud en México y el mundo; resaltar la necesidad de fortalecer en el paradigma de la salud, la atención a la persona, la importancia de lo relacional, social-colectivo, cultural y ambiental en la salud.

Nos inspira favorecer la autonomía en la salud. La apropiación de la salud por la población es la garantía de una mejor calidad de vida, de respuestas más oportunas y de servicios más humanos, para contribuir hacia una medicina humana, diversa, accesible, amable, considerando a las personas dentro de los planos corporal, emocional, mental, espiritual.

Finalmente, consideramos que la diversidad y la complementariedad son herramientas para avanzar y superar limitaciones y problemas -uno más uno, es más que dos-, frente a la postura que plantea una sola verdad y un solo camino y es con la interculturalidad la herramienta como lo estamos construyendo.

Capítulo 7

EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y MODELOS INTERCULTURALES

SALUD E INTERCULTURALIDAD, BINOMIO INSEPARABLE PARA UNA MEJOR ATENCIÓN

Yadira Lizbeth Espinoza Cruz

Responsable Estatal de Interculturalidad. Unidad de Desarrollo Intercultural y Medicina Tradicional. Servicios de Salud del Estado de Oaxaca.

Antecedentes

La riqueza biótica y pluricultural del sureste de nuestro país conduce necesariamente a una mayor reflexión, en razón a este contexto sociocultural se deriva la siguiente interrogante ¿Por qué es importante la interculturalidad en materia de salud? Es inevitable mencionar que México es un país diverso, multicultural y el gran porcentaje de esta diversidad cultural se encuentra precisamente en el estado de Oaxaca, por tal razón, resulta de vital importancia focalizar la atención hacia los grupos con mayor vulnerabilidad.

Oaxaca con sus 16 grupos étnicos es el estado de mayor pluriculturalidad en el país, motivo por el cual existen en su seno múltiples identidades, todas basan su construcción en la cultura mesoamericana, generando diferentes percepciones acerca de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo y de acuerdo a nuestra forma de ser, de hacer y de pensar se concibe la salud, la enfermedad y la muerte.

Estas expresiones culturales son producto de aprendizajes adquiridos por prueba y error a través de la historia, estas manifestaciones de cultura viva se reflejan en la continuidad y preservación de los grupos étnicos y su cultura. Por lo anterior el concepto de pluriculturalidad describe de manera apropiada a nuestro estado, mismo que va de la mano con el de interculturalidad que inicia en el momento que los diferentes grupos culturales interactúan a partir del proceso intercultural, que se refiere a la interacción de una forma respetuosa y horizontal, es decir, que ningún grupo está por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de las partes.

Estas interacciones culturales se establecen en base al respeto, la valoración a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; con todo ello y sin embargo, no son procesos exentos de conflictos y cuando éstos aparecen, se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la concertación y la escucha mutua que son elementos clave de este proceso.

Los comentarios vertidos tienen como propósito, enfatizar la importancia de incluir la interculturalidad como un elemento fundamental encaminado a mejorar el proceso de atención a la salud y de este modo conservar y preservar la salud de la población oaxaqueña.

Por todo lo anterior se hace indispensable la inclusión de este enfoque para que lejos de considerar como barreras a esta diversidad cultural que debilita el sistema, se logre fortalecer y considerar la pluriculturalidad del estado como una riqueza patrimonial y trabajar de manera sinérgica para la integración de adecuaciones y herramientas culturales necesarias en el Sistema de Salud y contribuir al fortalecimiento del mismo.

Desarrollo. Nuestro objetivo, es contribuir a la inclusión del enfoque intercultural así como sus herramientas para lograr la sensibilización de los Servicios de Salud del Estado, de esta manera coadyuvar a la erradicación de las barreras culturales que se hacen presentes y que en determinado momento, limitan la atención a la población oaxaqueña en general y a la población más vulnerable en particular.

Para esto es imprescindible fortalecer el Sistema Estatal de Salud, es decir, que al mismo tiempo que se aportan herramientas para el desempeño del personal de salud, se incide en la operación de los programas con elementos y herramientas interculturales, a partir de promover el respeto a los derechos humanos, a la salud y el fortalecimiento de la identidad cultural. Es indudable que todo esto actuará en pro de la comprensión de las diferencias entre los códigos culturales, entre personal médico y usuarios principalmente, debido a que muchas de las veces aquí son más marcadas las barreras culturales, lo que hace necesario desarrollar la competencia cultural para ser capaces de conocer, reconocer, entender y respetar la manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad y todos los procesos de interacción entre los individuos y su ambiente, aspectos que difieren de una cultura a otra; por eso, para poder entendernos con personas de otras culturas, es necesario establecer acuerdos comunes de comunicación.

La Organización Panamericana de la Salud señala: "...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades, no se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar".

Interculturalidad significa, una relación donde varios grupos, poblaciones, identidades culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos.

Además de los contextos pluriculturales de las regiones del estado, existen fenómenos que plantean nuevas metas hacia las relaciones sociales donde las propuestas interculturales de igual a igual, proponen una relación entre culturas que comparten obligadamente un espacio territorial; por eso, la palabra interculturalidad pretende fomentar la horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad; no sólo se refiere a su ámbito en las regiones indígenas, sino también en las ciudades, en el contexto de la interacción de diversos grupos socioculturales de muy diversa índole e intereses. Si lo trasladamos a la atención de la

salud, el médico y el paciente conviven en un mismo tiempo y espacio en una relación intercultural, donde existe la disposición de ambas partes por el respeto y reconocimiento de sus derechos para potenciar el resultado de estas relaciones hacia la convivencia social y a favor de la salud de nuestra población.

En caso contrario de no lograr relaciones interculturales, surgen señalamientos sobre la manera como las personas son tratadas cuando acuden a los Servicios de Salud, la queja constante es que en muchos casos, existen actitudes de indiferencia y discriminación. No se les escucha de manera respetuosa a los pacientes y no se toma en cuenta sus opiniones respecto a su concepción de salud y enfermedad.

Estos cuestionamientos enfatizan la urgencia de considerar las necesidades y la percepción de los usuarios como un elemento esencial de la misión de los Servicios de Salud, en otras palabras, no se toma en cuenta simple y llanamente lo que la gente más necesita, por lo que no se considera exagerado ambicionar que todo el Sistema Médico Nacional este sensibilizado en este sentido, así como disponer con las herramientas culturales para potencializar resultados.

No considerar las expectativas del usuario puede ocasionar que el personal de salud caiga en errores o atropello a los derechos humanos de grupos vulnerables sin que necesariamente tenga la intención de hacerlo. El modelo intercultural pretende lograr el respeto a la diversidad, a los derechos humanos, a la identidad propia de cada persona, a los principios y valores éticos, a la cosmovisión de cada grupo o sociedad de acuerdo a su cultura y a los elementos que le son propios, como su medicina tradicional y considerar que es importante preservar la riqueza e identidad cultural de nuestro Oaxaca.

Aplicación. Oaxaca un estado diverso con 16 grupos étnicos y cada uno de ellos con sus propias creencias, costumbres y tradiciones, cada cultura busca su manera de preservar su salud siendo el Sistema tradicional indígena, el modelo de atención más antiguo, aceptado y utilizado, principalmente por la población más vulnerable, es por ello que en Oaxaca se encuentra establecido un Centro de Medicina Tradicional ubicado en el pueblo mágico de Capulalpam de Méndez en la Sierra Norte, donde los médicos tradicionales que atienden conservan y reproducen sus métodos de prevención, diagnósticos y tratamiento de probada efectividad de acuerdo a sus costumbres y tradiciones, herencia de sus padres y abuelos y considerar además que los que se dedican a esta importante y noble labor llevan practicando transgeneracionalmente. Los servicios que se brindan, como masajes, temazcal, sobadas y limpiezas, confirman que los conocimientos y prácticas tradicionales son aceptadas por la población de manera preventiva y curativa, se demuestra que antes de llegar a consulta a un centro de salud recurren a un tratamiento tradicional en la mayoría de las ocasiones, demostrable con el porcentaje de consultas que se dan a comparación de un centro de salud, además el porcentaje de atenciones está representado en su mayoría por pacientes de origen estatal y nacional, con un 47 % y 37% respectivamente lo cual demuestra que los usuarios a nivel estatal y nacional aún se curan con medicina tradicional indígena.

El objetivo es ampliar la oferta de Servicios de Salud enriqueciendo el sistema con otros modelos médicos, brindando a la población usuaria una atención integral y capaz de atenderse conforme a sus códigos culturales, es decir, de acuerdo a su forma de pensar, sentir y actuar de acuerdo a sus percepciones toda vez que el usuario tiene la libertad de elegir entre los dos

modelos de atención o bien complementarlos. De otra manera, se reduce notoriamente el alejamiento de los servicios y amplía la cobertura de salud, a través de eliminar las principales barreras derivadas de la diferencias entre códigos culturales. De igual manera se incluirá en un futuro cercano en el Sistema de Salud Estatal la medicina homeópata para cubrir a la población que se inclina por este modelo de atención.

Para complementar un sistema de atención integral, es imprescindible considerar el papel que juegan los prestadores de servicios de salud, principalmente los que se están en contacto directo con los usuarios, por lo que se trabajó con la sensibilización en interculturalidad al personal de los servicios de salud. En el estado se ha observado avances: en el 2011 se formaron 277 replicadores del taller, en el 2012 fue un total de 300 replicadores, en el año 2013 además de 494 replicadores se capacitaron a 89 personas más en atención intercultural a las mujeres y en este año 2014, en el cuatrimestre enero-abril se tienen capacitados a un total de 593 personas de las cuales 278 son replicadores, lo cual significa que el interés y aceptación a la capacitación en este tema ha ido incrementando dentro de los servicios de salud de manera considerable, lo cual contribuye al fortalecimiento estratégico con enfoque intercultural en el proceso de atención en ambos sentidos, es decir, tanto por parte del personal como del usuario.

De manera específica se estableció el reto de sensibilizar al cien por ciento de personal de la unidad hospitalaria representativa del estado, como lo es el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso como consecuencia de la concentración de usuarios provenientes de las diversas regiones del estado, por lo tanto, se contrastan diferencias culturales teniendo que interactuar en el mismo tiempo y espacio.

La sensibilización al personal médico, de enfermería, trabajo social y principalmente a la plantilla de médicos residentes de nuevo ingreso ha resultado un éxito, particularmente al despertar la conciencia y sensibilidad de los participantes para ayudar al prójimo con mayor necesidad, mostrándose comprometidos con su profesión y en la disposición de formar parte de este modelo de atención integral con enfoque intercultural potencializando resultados a favor de la salud de la población oaxaqueña, ya que se ha comprobado que al estar en un ambiente de respeto, empatía y confianza los cuales son principios básicos de la interculturalidad, el paciente obtendrá mejores resultados satisfaciendo sus expectativas y al mismo tiempo las del prestador de servicios de salud. En este sentido se ha dado prioridad al personal de salud de nuevo ingreso, con el fin de que desde un inicio desempeñen sus actividades con esa competencia intercultural necesaria para respetar las formas de hacer, de ser y de pensar de la población usuaria, además de ser el personal que estará laborando en las unidades médicas durante el curso de su formación.

En las dinámicas desarrolladas en el transcurso del taller, el propio personal de salud reconoce las barreras culturales que se hacen presentes en los procesos de atención principalmente médico paciente y así también las estrategias para contrarrestar estas barreras, siendo una de las más comunes la comunicación ya que en muchos de los municipios del estado cuenta con población monolingüe, me refiero a que hablan únicamente su lengua materna, por lo cual se hace indispensable la intervención de un traductor, lo cual brinda mayor confianza al paciente al permitir sin prejuicios que se exprese en su lengua materna y de esta manera facilitar el entendimiento del personal médico.

El trabajo coordinado e integral ha mostrado mejores resultados, por tal motivo la Unidad de Desarrollo Intercultural y Medicina Tradicional en el Estado, coordinó esfuerzos con el área

de información del Hospital Civil, identificando a los traductores dentro de la misma institución hospitalaria para que en caso necesario se solicite su apoyo en su horario y área respectiva, considerando la integración de un censo formal de traductores para la institución médica citada.

Es importante recalcar la necesidad de ofertar a los usuarios una amplia variedad de sistemas médicos para la atención de su salud con un enfoque intercultural en un marco de respeto a los derechos humanos y de género, porque esto aumenta la demanda de los servicios, eliminando las principales barreras culturales que se derivan de la cosmovisión del proceso salud-enfermedad de acuerdo a su cultura.

Modelo de atención intercultural a las mujeres en embarazo, parto y puerperio

Las modificaciones observadas en el personal de salud derivadas de las capacitaciones de interculturalidad son marcadas, el personal sensibilizado en interculturalidad deja ver un trato más humano a los usuarios y tratan de conocer tanto la identidad cultural del usuario como sus percepciones para una atención intercultural.

Hablando del modelo de atención intercultural a las mujeres que se promueve con este enfoque en el estado, se debe conocer la cultura de la población en cuanto a la atención del embarazo, parto y puerperio; así como las particularidades de cada región para ser consideradas al momento de la atención de la mujer dentro de los Servicios de Salud.

Existen muchas barreras culturales, sean estas derivadas del Sistema de Salud, de la infraestructura, del personal y/o de las usuarias; sin embargo estas barreras se han ido eliminando con la sensibilización en interculturalidad, de lo contrario aumentaría el alejamiento de los servicios, algunas de estas barreras se han evitado considerando las costumbres, tradiciones y la manera de curar utilizados por las diversas culturas presentes en el estado. La medicina tradicional es el principal modelo de atención utilizado por la población oaxaqueña para restablecer y mantener su salud, por lo que es importante que el personal desarrolle la competencia de conocer, reconocer y respetar esta medicina.

El personal de salud en la actualidad, se encuentran en posibilidad de considerar los elementos de riesgo para la salud de acuerdo a la cosmovisión de las usuarias y fomentar un ambiente de confianza para que las pacientes se acerquen para recibir atención por parte de las instituciones de salud. En el caso de la mujer indígena prefiere ser atendida conforme a sus costumbres y tradiciones; entonces cuando la atención otorgada es totalmente diferente, entra en un ambiente de desconfianza dificultando el proceso de atención, lo que se refleja como insatisfacción e ineficacia clínica. En este sentido se ha agregado de manera complementaria la dinámica “dos grupos culturales” en los talleres para hacer aun más vivencial las diferencias y fomentar la empatía del personal hacia las usuarias, dicha dinámica ha sido bien aceptada por los participantes.

La dinámica aplicada consistió en integrar dos grupos con diferentes culturas y cada uno de ellos adoptó un papel dentro del grupo e interactuaron por un tiempo determinado. Posteriormente se cambiaron de grupo a algunos participantes, quienes tuvieron que buscar la manera de integrarse al nuevo equipo, dicha actividad logró hacer vivencial esta interacción entre códigos culturales diferentes en un mismo tiempo y espacio, como lo demandan las necesidades de la sociedad en la realidad.

Esto ayudó a que el personal alcanzara cierta empatía y considerara la cultura y decisión de la paciente durante el proceso de atención, en el caso de modelo tradicional indígena, el embarazo es un estado caliente y es importante conocer los elementos de riesgo para la paciente desde su percepción, es decir, considerar la importancia que tiene para ella el clima del ambiente de la sala de expulsión, la premura en el egreso de las pacientes posterior al parto fisiológico, además de la utilización de elementos de protección que el personal elimina por el mismo desconocimiento, utilizar la posición vertical para la atención del parto, el no contar con otros modelos de atención para el fortalecimiento de la atención, tales como la partería tradicional, por mencionar alguno.

El modelo de atención intercultural, considera este aspecto cultural, además del aspecto científico y legal, y la promoción de mismo ha dado resultados en el Estado, contribuyendo al acercamiento de la población más vulnerable a los Servicios de Salud como consecuencia de la eliminación de estas barreras culturales con apoyo del personal sensibilizado con esta competencia intercultural, ya que si bien aún no se ha coberturado la atención vertical del parto en todas las Unidades del Estado, se ha trabajado con los demás elementos que integran este modelo de atención, contribuyendo de alguna manera a la disminución de la razón de muerte materna a nivel estatal

Retos. Una de las metas es el de darle una adecuación a la infraestructura y sensibilizar al cuerpo médico a partir de la capacitación, esta coordinación logrará Servicios de Salud Interculturalmente Competentes, facilitando el acercamiento de la población más vulnerable. Lo cual implica también la integración de otros modelos de atención además del prevaleciente en el estado.

Para el cumplimiento de lo anterior los retos considerados son en lo posible para eliminar las barreras culturales y elementos de riesgo para las usuarias. Es importante también y ha sido expresado por los participantes en cada uno de los talleres de “interculturalidad” una capacitación detallada en cuanto a la atención intercultural del parto, considerando entonces como un reto importante cubrir la capacitación de atención intercultural a las mujeres al 100% de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), en coordinación con el Centro Estatal de Capacitación de Parto Humanizado.

Conclusión. El personal de los servicios de salud, tiene la oportunidad de favorecer un cambio en el Sistema de Salud en el cual contribuyen honrosamente, así involucrar a los usuarios en esta ardua labor, este enfoque intercultural demanda una actitud positiva y de respeto para desarrollar esa competencia intercultural necesaria que contribuye notablemente en mejorar la calidad y calidez en la atención para preservar la salud de la población oaxaqueña. Para lograr los cambios anhelados respecto a la atención en salud, cada uno de los que formamos parte de ellos debemos hacer una introspección tomando como base el enfoque intercultural y calificar nuestro desempeño en el aspecto humano para con nuestros semejantes. Cada uno seremos un grano de arena para darle peso y lograr efectivas contribuciones al bien común.

Concluimos que cada uno de nosotros debemos de estar comprometidos con la población oaxaqueña y trabajar en equipo, sinérgicamente para lograr obtener mejores resultados y lograr un sistema integral de salud que considere la pluriculturalidad presente en el estado y conjuntamente con otros factores mejorar los Servicios de Salud.

EXPERIENCIAS DESDE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD EN YUCATÁN

Evangelina Zitle Ferro

Enlace Estatal de Interculturalidad. Servicios de Salud del Estado de Yucatán.

Antecedentes

La “sensibilización intercultural” al personal de salud en los Servicios de Salud de Yucatán (SSY) inició a partir de la implementación del Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI), en forma paralela al Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) y posteriormente, Oportunidades. Es ese momento, inicia también la relación de la Secretaría de Salud del Estado con la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos indígenas (CDI) y el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del estado (Indemaya), para dar continuidad a las acciones derivadas de la propuesta institucional denominada: *Interculturalidad en Salud. Herramienta para mejorar los servicios de salud*, incorporando en su implementación materiales propios elaborados en el Estado como el video-documental *Sobada. El don de las parteras mayas* y el libro dirigido para el personal de salud: *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy* (Güémez P. Miguel y Quattrocchi Patrizia) con el propósito de que se difundiera al mayor número de unidades, especialmente a las comunidades de los municipios considerados Maya-hablantes.

La inducción a becarios de servicio social, fue otro espacio en el que se sensibilizó al personal, esta vez, personal en formación. En este contexto, la integración de una “Comisión Interinstitucional para la Interculturalidad en Salud”, nos permitió revisar en forma concreta el abordaje tanto de la capacitación como de la forma en la que se establece la relación intercultural entre el personal institucional, los pacientes y los terapeutas Mayas de Yucatán. La experiencia desarrollada desde la perspectiva de la calidad efectiva en la atención de las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDAS) nos permitió desarrollar una estrategia operativa en la comunicación intercultural. Estos elementos se sumaron al proceso detonado para el impulso de la sensibilización intercultural para la acreditación en las unidades de salud tanto fijas como móviles, con criterios de interculturalidad del Sistema Nacional de Protección Social, promoviendo el tema y sus propuestas y modelos desde la sensibilización con cursos presenciales y la capacitación en línea que oferta la Dirección de Medicina Tradicional. Si bien es cierto que permite llegar a mayor número de personas, la experiencia nos ha demostrado que no contar con el soporte técnico y las habilidades tecnológicas, son una barrera que limita que el personal se capacite. Impulsar la interculturalidad desde las acciones del programa “Seguridad del Paciente”, nos ha permitido continuar tanto la sensibilización como la implementación de acciones innovadoras que con el enfoque al usuario interno en el que el “trato digno” debe ser característica de la atención considerando su “identidad cultural”, que se traduce en reconocer: el idioma, las costumbres, las tradiciones, los estilos de vida, la percepción del cuerpo, la salud, la enfermedad y otras formas de atención.

La sensibilización intercultural en los SSY: El Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI) 2003-2005 como estrategia del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)

Las líneas de operación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), publicadas en el DOF. 15 de marzo del 2001 establecían entre sus principios, “Respeto a la cultura tradicional” seña-

lando que: “En su operación el PAC respeta y revalora a la medicina tradicional. El vínculo con el programa se establece a través de la capacitación de parteras y terapeutas tradicionales en algunas acciones del paquete básico, y de la referencia de pacientes que rebasen su capacidad técnica y sus posibilidades resolutorias”²²⁴.

El Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI) estableció entre sus cinco componentes, el de Medicina Tradicional estableciendo que la capacitación con *enfoque transcultural* al personal de salud²²⁵ complementaría varias de las actividades de capacitación que ya se venían realizando en los diversos programa destacando especialmente el enfoque sobre el entorno del prestador de servicios en zonas indígenas. Se establecía realizar estas acciones:

- Desarrollo de estrategias para la incorporación de la medicina tradicional en la prestación de servicios.
- Organización de foros para el intercambio de experiencias entre la medicina institucional y la tradicional, con difusión de las mismas.

En reunión Nacional sobre el PROSANI celebrada en Septiembre del 2001, se incluyeron a los estados que contaran con municipios con 40% o más de su población hablante de lengua indígena (HLI) y que además fueran beneficiarios del PAC; el número de municipios que cubrían estas condiciones fue de 38 municipios en Yucatán, para el año 2013

A fin de Implementar la capacitación al personal de salud en las unidades de primer nivel en el Estado, en el año 2003 se conforma el grupo multiplicador interinstitucional, con la participación de representantes de la CDI, el Indemaya, el IMSS-OPORTUNIDADES (Hospital de Aanceh) y los SSY (Oficina Central y las tres Jurisdicciones Sanitarias), con base en la capacitación brindada por la Dirección de Medicina Tradicional (2002) y considerando que el PROSANI estableció la interculturalidad como una estrategia en la operación del programa.

Se impartieron cuatro talleres de sensibilización capacitando a 92 personas de las cuales el 47% fueron Enfermeras, 42% Médicos, 11% Promotores, 2% personal administrativo en un taller con duración de tres días y 18 horas, tanto al personal de la oficina central, las tres jurisdicciones sanitarias, los equipos zonales, centros de salud y unidades móviles, incorporando en los municipios de Peto y Valladolid a personal proveniente de algunas unidades del IMSS-OPORTUNIDADES; el no contar con un presupuesto específico, para la capacitación y movilidad del personal, limitó su continuidad en el 2003. Esta actividad se realizó en forma conjunta con la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán (Indemaya).

Las propuestas que el personal estableció en estos primeros talleres de sensibilización fueron:

1. Realizar un censo de recursos humanos comunitarios para la salud, de acuerdo a su especialidad: parteras, médicos tradicionales, hueseros, hierbateros, *h' men* para conocer su práctica, prescripciones y tratamientos.
2. Promover y difundir el enfoque Intercultural de la Salud a todo el personal y en todos los niveles.

224 Líneas de Operación PAC. DOF. 15 de marzo 2001. México, D.F. Numeral 3.6

225 Programa de Salud Y Nutrición para los Pueblos Indígenas 2002. SSA. México 3. Reunión Estatal de Información sobre el PROSANI. Septiembre del 2001.SSA.

3. Elaborar un diccionario con los términos, que manejan los médicos tradicionales, las parteras, los hueseros, curanderos, *h' men*.
4. Promover el tratamiento multidisciplinario y capacitar a la población a fin de que los pacientes tomen la mejor decisión con relación a su salud.
5. Respetar la autoridad de los médicos tradicionales, parteras, hueseros, curanderos, *h' men* así como la ideología y costumbres de la población que acude a la medicina tradicional.
6. Realizar reuniones para intercambio de experiencias con: médicos tradicionales, parteras, hueseros, curanderos, *h' men*.
7. Al elaborar el diagnóstico de salud incluir la medicina tradicional.
8. Obtener de las madres de familia, los conocimientos sobre herbolaria en el tratamiento previo de los problemas de salud en sus hijos como primera opción de atención.
9. Legislar sobre medicina tradicional en la Ley General de Salud.
10. Participar en el desarrollo de talleres posteriores.

La incorporación de becarios. Para continuar la sensibilización al personal en los centros de salud y considerando que una buena parte eran becarios de las Escuelas de Medicina de las universidades de Yucatán y Nacional Autónoma de México (UADY, UNAM) y Enfermería (UADY y otras Escuelas), como estrategia se impulsó la sensibilización intercultural a través del proceso de inducción en las tres jurisdicciones sanitarias, hecho que permitió que la inducción se diera posteriormente en la sede de cada Escuela o Facultad hasta el 2006 en forma sistemática.

Como resultado de los talleres Regionales de Sensibilización sede en Campeche-Campeche noviembre 2004, se integró la Comisión Interinstitucional para la Interculturalidad en Salud que retoma las acciones realizadas a fin de continuar la sensibilización y capacitación al personal incluyendo los mandos medios de los SSY (Subdirectores de área, Jefes de Departamento) Jefes de Jurisdicción, continuando con los becarios de las promociones de febrero y julio en la que recibimos becarios de Medicina de la UNAM; se incluyó también al personal operativo del Hospital Psiquiátrico de Yucatán y al personal de Enfermería de los consultorios foráneos del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Delegación Yucatán.

La Comisión estableció como una necesidad, desarrollar un estudio para identificar el enfoque intercultural de la Salud, en tres unidades de primer nivel en cada Jurisdicción Sanitaria, con el propósito de establecer una propuesta que contribuyera a proporcionar servicios de salud con sensibilidad cultural, considerando que la situación cultural se perfilaba en las estrategias 4 y 6 del Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI 2002): "favorecer la calidad de los servicios proporcionados y un trato que considere la situación cultural..." y "vincular las prácticas tradicionales con la Medicina Alópata respetando las tradiciones y costumbres de los usuarios de los servicios de salud"²²⁶

De acuerdo con los indicadores socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, en el año 2002, Yucatán era la entidad en la que se concentraba el 65% de la población indígena de la Región, mientras que en Campeche el 12% y Quintana Roo el 23%.

226 Reunión Estatal de Información sobre el PROSANI. Septiembre del 2001.SSA.

De los 106 municipios del estado, 82 eran considerados indígenas de acuerdo al criterio de marginalidad (índice de marginalidad 40% y más de la población habla Maya) y de estos 18, fueron clasificados como Maya-hablantes (municipios con más del 70% de la población que refirió serlo). El estudio se realizó, sin embargo los resultados no se publican, ante la falta de financiamiento.

En el Programa Estatal de Capacitación. En el 2005, se incorpora el tema de la “Interculturalidad en Salud”, como parte del programa de capacitación de la oficina central de los SSY, definiendo los contenidos tanto para el personal de las áreas Médica, Administrativa y Directiva.

En la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (CI-FRHUS) se integra en el Subcomité de Enfermería, la inducción a los becarios como parte del programa de servicio social, en la totalidad de las Escuelas y la Facultad de Enfermería de la UADY.

Como parte del proceso de acreditación de unidades. Entre el 2002 y el 2003 el área responsable del proceso de acreditación a nivel federal solicita al estado, utilizar la cédula de acreditación que incluía los criterios interculturales para el personal de salud ubicado en municipios indígenas, lo que motivó impulsar la capacitación a todo el personal de salud ubicado, en los municipios indígenas, sin embargo la cédula no es utilizada en el proceso de acreditación finalmente. Es hasta el 2013 que el nivel federal incluye los criterios interculturales tanto en las cédulas de acreditación, tanto para las unidades de salud de primer nivel como los hospitales.

Con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi”, Unidad de Ciencias Sociales (CIR) de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) y el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán (Indemaya).

Entre el 2007- 2008 a invitación de la CDI a partir del 2007, con el fin de divulgar el video documental 8, se reactiva la sensibilización al personal de las unidades operativas realizando cinco talleres denominados *Interculturalidad en la Salud Reproductiva* por el grupo de facilitadores del CDI (Dr. Fernando Cab Nicoli) de la Unidad de Ciencias Sociales Dr. Hideyo Noguchi y el Centro de Investigaciones Regionales (CIR) de la UADY (Dr. Miguel A. Guemez Pineda y Dra. Patrizia Quatrochi) y los SSY (Evangelina Zitle Ferro y el Ing. Amelio O. González Qui).

Desde la Calidad y Seguridad del Paciente. Como parte de los proyectos financiados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), en 2008 resultó ganador el proyecto de capacitación *Interculturalidad en la Salud Reproductiva*, permitiendo dar continuidad a los talleres realizados previamente, integrando en este taller, al personal de la recién creada Dirección de Salud Mental y al personal operativo de reciente incorporación en las unidades en proceso de acreditación, académicos de la Facultad de Enfermería, alumnos de Mérida, la sede fue el campus de Tizimín, contando con su apoyo y participación, logrando reproducir el libro 7

Al definirse las líneas de acción del Sistema Integral de Calidad (SI Calidad) 2008, el enfoque de la sensibilización se dio como parte de la Seguridad del Paciente.

En el 2012 se realizó un ensayo en dos unidades de primer nivel por jurisdicción sanitaria considerando los resultados del indicador: calidad efectiva en los servicios de salud-atención a los menores de cinco años con enfermedades diarreicas agudas (EDAS) como antecedente a la curso denominado: “Capacitación en Centro de Atención Terapia de Hidratación Oral y

Saneamiento (CEDATHOS), con una perspectiva de Comunicación Interculturalidad en Salud desde la Calidad y Seguridad” el propósito fue, “Realizar un espacio para la sensibilización y comprensión de la importancia que tiene los CEDATHOS en los Centros de salud con una perspectiva de Calidad—Seguridad, de Interculturalidad en Salud y una visión histórica del manejo de la Terapia de Hidratación Oral (THO), como tecnología en salud de bajo costo y alto impacto, logrando capacitar de febrero a abril del 2013 al personal de salud de los seis centros de salud incluidos en el ensayo. El equipo de facilitadores se integró por: pasante de la licenciatura en Desarrollo Intercultural de la Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM en Mérida (Br. Hugo Osgaña), el Médico Pediatra responsable de la Unidad de de Atención Terapia de Hidratación Oral (UDATHOS) del Hospital “Dr. Agustín Ö Horán” de Mérida (Dr. Luis Bassó García), los coordinadores de Nutrición de la jurisdicción sanitaria, la Lic. Enfermería responsable del CEDATHOS del Centro de Salud Urbano de Mérida (Manuela G. May Carrillo), la responsable estatal del componente EDAS e IRAS (Dra. Guadalupe Chi Herrera), la Coordinadora Estatal de Calidad responsable del Modelo de Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) (Dra. Walkyria C. Páez Cantón) y la Coordinadora de Calidad - Enlace Intercultural Salud del Estado (Evangelina Zitle Ferro).

Como parte del proceso enseñanza-aprendizaje, el personal multidisciplinario (médicos, enfermeras, promotores y nutriólogos) hicieron la propuesta de cómo transformar los términos propuestos por el nivel federal en el documento editado por CENSIA- 2010 “Enfermedades Diarréicas Agudas. Prevención Control y Tratamiento” a los términos locales en el apartado “capacitación a las madres en el manejo de la THO” hecho que permitió demostrar la importancia de la comunicación intercultural.

La sensibilización al personal de salud en los hospitales: Materno Infantil y General “Dr. Agustín Ö Horán en la Ciudad de Mérida, comunitarios de Peto y Ticul. Se fortalece del 2013 a la fecha, como parte del proceso de acreditación a fin de dar cumplimiento a los criterios interculturales por una parte y por la otra iniciar la incorporación de replicadores; lo que permitirá que el proceso de capacitación se proporcione en todo momento, tanto al personal becario como al resto del personal operativo de las áreas: médica y administrativa en todos los turnos que brinda la atención y en los servicios considerados críticos como: admisión, urgencias, tococirugía, terapia intensiva, consulta externa.

Capacitación en línea. En el 2013 se capacitaron 54 personas provenientes de las Jurisdicciones Sanitarias incluyendo al Gestor(a) de Calidad, los centros de salud fijos y las unidades de atención especializada: de salud mental, adicciones y atención a pacientes crónicos de diabetes mellitus e hipertensión arterial y los hospitales. En el 2014 se difundió el calendario anual emitido por la DMT, al personal a través de la figura del Gestor de Calidad de los SSY.

Encuentro de enriquecimiento mutuo. El primer encuentro estatal de enriquecimiento mutuo se llevó a cabo el 11 y 12 de abril del 2008 en Hobonil, Municipio de Tzucacab. En éste se conjuntaron tanto a terapeutas del estado como a personal de salud, académicos, alumnos y público en general interesado en el tema. Dio como resultado el libro ganador del IV premio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) en 2007: *Salud para México y Redes Comunitarias*, del cual se desprendió el proyecto “Redes Comunitarias de Salud para los Mayas”.²²⁷ Las propuestas por cada mesa de discusión se hicieron llegar a cada institución,

227 *Redes Comunitarias de Salud para los Mayas*. Marte. Recio Ferdinand y Rodríguez Nicasio. Asociación Mexicana de Hospitales. México.

como resultado del encuentro, y se editaron las “Guías Diagnóstico Terapéuticas de Plantas Medicinales de Yucatán. Manual de Plantas Curativas”.²²⁸

La difusión de la Política Intercultural en Salud en otros escenarios

En los Colegios de Profesionales de Enfermería, Trabajo Social y Salud Pública, el tema de la interculturalidad ha estado presente en los eventos académicos tanto en el estado como fuera de este, como en los estados de: Colima, Aguascalientes e Hidalgo. En la Política Pública del Estado 2006-2011 en las mesas de discusión sobre “Salud”, previas a la propuesta del Plan Estatal el tema de la interculturalidad ha sido parte de la agenda.

En el Comité Interinstitucional de Medicina Tradicional e Interculturalidad 2013-2014 derivado del Compromiso 105 del C. Gobernador del Estado, que consiste en “Promover el trabajo de agentes comunitarios y médicos tradicionales, con énfasis en la salud preventiva en las zonas rurales” la implementación de la Política Cultural se designó al Indemaya, ante lo cual se conformó un equipo de trabajo por representantes de las diversas instituciones: Indemaya, CDI-Delegación Yucatán, SSY (Jefa del Departamento de Comunidades Indígenas Mayas, Coordinadores de Medicina Tradicional Estatal y Jurisdiccionales y la Enlace Intercultural en Salud), IMSS-OPORTUNIDADES Delegación Mérida, CDI- Delegación Mérida, Desarrollo Urbano y Medio Ambiente (CEDUMA) y el Centro de Investigación Científica de Yucatán (CICY) firmado por el Gobierno del Estado, el pasado 25 de abril del 2014.

Conclusiones. La capacitación ha sido la estrategia a través de la cual sensibilizamos al personal. El proceso de acreditación en el que la cédula incorpora los criterios interculturales, ha permitido que la capacitación ahora se solicite y se apoye, fundamentalmente en los hospitales.

- Lograr que el personal de salud, sobretodo médico, se relacione al mismo nivel con los terapeutas tradicionales, aún no es posible ya que continúan prevaleciendo la resistencia entre la percepción institucional y la cosmovisión del pueblo originario Maya de Yucatán, ante lo cual es fundamental impulsar “Encuentros de intercambio y escucha mutua con Terapeutas Tradicionales Mayas” ya que sólo a través del diálogo del “Otro” y con lo “Otro”, es posible abrir el espacio del abismo que los separa.
- La integración interinstitucional que se sustenta en el Compromiso 105 del C. Gobernador del Estado, ha permitido fortalecer la identificación y apoyo a los terapeutas, sin embargo hacer posible que nuestras parteras tradicionales sean reconocidas como “personal no profesional autorizado” (Artículo 102, Reglamento de la Ley General de Salud) conllevará la autorización del C. Secretario de Salud y Director General de los SSY y del Director General de Calidad y Educación en Salud de la SSA.

Recomendaciones. Contar con recursos específicos que permitan desarrollar acciones que apoyen a la Medicina Tradicional como el “pago por evento” a los terapeutas tradicionales a

228 Guías Diagnóstico Terapéuticas. Plantas Medicinales de Yucatán. Manual de Plantas Curativas. SSY. Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. 12 abril 2008. Estado de México. México.

través del sistema de protección en salud, sería una de las opciones que contribuirían a fortalecer su práctica y a reconocer realmente su valía.

- Desarrollar proyectos en áreas específicas en las que se monitoree la vinculación real y efectiva, entre el personal de la unidad y los terapeutas, focalizando las comunidades Maya hablantes en los 26 municipios en los que la población hablante de lengua indígena (HLI) representa más del 70% en el estado y la prevalencia de muertes potencialmente evitables es mayor a los estándares del estado que en otras regiones, permitiría documentar las experiencias.

SERVICIOS DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL EN EL ESTADO DE VERACRUZ: AVANCES Y RETOS EN LA ATENCIÓN CON POBLACIÓN INDÍGENA

Juan Alejandro Rodríguez Hernández

(Enlace Estatal de Interculturalidad)

Irasema A Guerrero Lagunes y Jesús Barragán Flores

Servicios de Salud de Veracruz

Veracruz se sitúa en el tercer lugar de las entidades con mayor población indígena, después de Oaxaca y Chiapas. En Veracruz existen 15 lenguas indígenas, con 31 variantes lingüísticas o dialectos. Las lenguas indígenas de la entidad son: náhuatl, totonaca, tének, popoluca de Oluta, popoluca mixe, popoluca de Texistepec, popoluca de la sierra, zapoteco, otomí, chinanteco, mazateco, tepehua, mixteco, zoque y mixe (AVELI, 2010).

De acuerdo con cobertura que le corresponde a Servicios de Salud de Veracruz (SESVR), son 39 los municipios indígenas del Estado de Veracruz con más del 30% de población hablante de una lengua indígena, que engloba 7 de los 15 idiomas autóctonos de la entidad, los cuales presentan grados de *muy alto* y *alto* de marginación como de rezago social; mismos que se distribuyen entre las jurisdicciones sanitarias de Pánuco, Tantoyuca, Tuxpan, Poza Rica, Orizaba, Zongolica, Coatzacoalcos y Acayucan. Estos 39 municipios suman el 80% de la población total del estado hablante de una lengua indígena, y abarca el 74% del total de los municipios veracruzanos considerados dentro de la *Cruzada Nacional contra el Hambre*; asimismo incluyen 146 núcleos básicos, 140 centros de salud, 77 auxiliares de salud y 39 comités de salud municipales.

Las lenguas que más predominan son el náhuatl, incluyendo sus tres principales variantes: náhuatl de la sierra de Zongolica, nahua del sur y náhuatl de la huasteca, con un total de 282,574 de nahuahablantes, que representa el 64% de la población de estos 39 municipios; seguido por el totonaco que tiene una población de 72,794 ocupando el 16%; el tének con 54,593 equivalente al 12%, y el popoluca que suma 25,382 hablantes con el 5%. En menor proporción demográfica están el chinanteco con 7,857, el zapoteco con 4,951 y el tepehua con 5,439 hablantes.

Veracruz comparte junto con Oaxaca, Chiapas, Puebla, Yucatán, Guerrero, Estado de México e Hidalgo la concentración de un núcleo importante de localidades clasificadas como indígenas; al igual que el hecho de que la migración esté propiciando la presencia de hablantes de lengua indígena en todos sus municipios. Así, en el estado de Veracruz los centros con mayor atracción de población indígena son las ciudades de Papantla de Olarte, Minatitlán, Orizaba, Acayucán

y Coatzacoalcos, aunque también están Córdoba, Veracruz y Xalapa; lo cual ha generado cambios en la fisonomía de las zonas urbanas (CONAPO, 2010).

Importancia de la lengua y la cultura. La cultura de cualesquier pueblo posee las características de ser heterogénea, dinámica y cambiante. A lo anterior habría que añadir que el proceso de urbanización que se ha ido extendiendo en los últimos años en el estado de Veracruz, atomizó la situación de concentración indígena en las zonas de refugio, que delimitaba a las poblaciones indígenas en espacios aislados, confinados a contextos más o menos delimitados. Actualmente, las zonas metropolitanas, conurbanas y las ciudades son el centro de atracción de la población indígena. Efectivamente, los grupos son dinámicos, viven una serie de influencias y a su vez trasladan elementos de su cultura a los grupos culturales con los que coexisten en las diversas regiones del estado, sean estos grupos indígenas o no indígenas. Esto implica que toman elementos culturales para crear y recrear su realidad, en este mismo sentido, aportan sus propios elementos para construir una cultura comunitaria, regional y estatal.

Reconocer la diversidad étnica, cultural y lingüística del estado como un hecho histórico-social significa, también, cuidar la complejidad de relaciones que se establecen y que se concretizan en un espacio geográfico específico en un momento histórico determinado.

Asimismo, la heterogeneidad lingüística de la población indígena de Veracruz es una realidad: las lenguas y variantes se distribuyen en numerosos troncos y familias lingüísticas sin relación genética entre sí o con un parentesco muy lejano. Los diferentes grados de bilingüismo en las comunidades indígenas representan un factor adicional de complejidad para el diseño de programas relacionados con población indígena. Como consecuencia de las condiciones anteriores, el diseño e instrumentación de un programa culturalmente adecuado para la población indígena, aparece como un reto enorme.

Ahora bien, reconocer la cultura en la implementación de un Programa dirigido a población indígena hace necesario tomar en cuenta el contexto comunitario desde dos perspectivas, una general, en la que la población indígena comparte una situación de desigualdad en la distribución de bienes y servicios respecto al resto de la población; y una particular, en cuanto a su cultura. La cultura no sólo tiene que ver con lo folclórico y tradicional, va más allá, se manifiesta en saberes, conocimientos tradicionales y prácticas referentes a la salud, la indumentaria, las actividades productivas (agricultura, artesanías, comercio), ciclo festivo (organización, temporalidad), ciclo ritual (de vida, funerario, agrícola, etc.), que se transmite a través de la oralidad y las prácticas sociales. La cultura también está en la organización política, religiosa, del trabajo, aprovechamiento de los recursos naturales, esto es: en las relaciones de comunicación y en las relaciones que favorecen la transformación de la vida local y comunitaria.

Dada la característica pluricultural del estado de Veracruz, existe una diversidad notable de necesidades y demandas en materia de salud. La cultura, que se expresa en el contexto comunitario, constituye el punto de partida en el que lo referente a la salud sea un proceso que favorezca la reflexión y transformación, la reflexión de lo que somos, sentimos y pensamos puede ser recuperada en el diálogo intercultural.

Interculturalidad en salud. La interculturalidad es un principio de convivencia. En el ámbito de la salud, suscribe la existencia de realidades varias, e incluso opuestas; de aquí que en

SESVÉR, la interculturalidad se proyecta como una forma de cooperación y relación dialógica entre realidades y culturas distintas, con capacidad de poseer y socializar el reconocimiento y el respeto mutuo. No se puede favorecer un proceso constructivo y significativo sino se parte de la realidad y la manera de interpretarla, recordemos que las prácticas y las ideas difieren de grupo a grupo y de sociedad a sociedad: los valores de las sociedades industrializadas del mundo no son culturales universales.

El diálogo es un modo de descubrir cómo un problema, una situación, un conocimiento o experiencia se comparten, cómo se relacionan las vidas y las bases comunes para la acción. Esto significa acercarse a parte de la vida cotidiana local, que se vincula a las nociones populares, las creencias, expectativas, estereotipos, temores y mitos que existen en torno a lo que se entiende por enfermedad, salud, cuidado, prevención, protección, entre otros. De aquí que el enfoque intercultural para propósitos de los programas de SESVÉR, estriba en conocer parte del contexto de las comunidades a trabajar con la intención de detonar actividades socio culturalmente pertinentes a las características de la población.

En consecuencia, la manera en que las personas y la comunidad responden ante las necesidades de la mujer está relacionada con el modo de entender su entorno y de hacer las cosas, de acuerdo a la cultura y el contexto. Por ello, no existe manera única de cuidar el embarazo, el parto y el puerperio porque cada sociedad tiene sus propios parámetros: “cualquier acto [...], cualquier objetivo que modele ese acto, tiene su base en lo que es adecuado para esa cultura en especial” (Small, 1999, 139). Alentar hábitos de limpieza e higiene, socializar información sobre signos de alarma, promover el cuidado del embarazo y el parto, son medidas importantes para combatir la mortalidad materna, empero ¿Cuáles son sus conceptos de “salud” y “enfermedad”? ¿Cuáles son sus ideas sobre las distintas etapas del embarazo, parto y puerperio?

Entonces, resulta importante acercarse a la cosmovisión. Ello se refiere a la forma como un pueblo o grupo social particular percibe el mundo que lo rodea, la forma en que lo conceptualiza, lo apropia y explica, en cómo se significa la vida, la muerte, el amor, el castigo, etc. La cosmovisión incluye las ideas que se tienen sobre la naturaleza del universo y el lugar que en él ocupa el hombre. Cada sociedad cuenta con conceptos de este tipo que se transmiten de generación en generación, dando respuestas y un significado a preguntas como estas: ¿Qué es la vida?, ¿Cómo se gesta?, ¿Cómo nos relacionamos con ella y con la muerte? por citar algo. Lo anterior quiere decir que ese conjunto de ideas y concepciones que un pueblo tiene respecto a la totalidad del mundo, han sido elaboradas socialmente con base en la observación de la naturaleza, de las actividades productivas, de la organización social y del universo.

Por ello, se pugna por una actuación en comunidad que reconoce identidades disímiles, cuya palabra se expresa en significados varios, con ideas y sentimientos que son parte de historias personales y colectivas. Tampoco es la idea de caer en un relativismo que suprime toda regulación en torno al comportamiento de los individuos; sino de promover un diálogo entre diferentes, estableciendo relaciones con la otredad, sin prescindir de ninguna de las partes, asumiendo que “las normas reconocidas en común deben incluir la exigencia de respetar los derechos humanos, entendidos como el umbral de dignidad de las personas” (Olivé, 2012: 38).

La interculturalidad es un proceso que exige de un diálogo cultural entre sistemas de pensamiento diferentes, incluso antagónicos. Un autor que se ha ocupado de este tema, establece:

Las posibilidades de una comprensión intercultural, que procura traducir entre estos mundos de vida, dependen no sólo de las competencias y habilidades lingüísticas, sino del desarrollo de ‘diálogos reflexivos’ con el horizonte de comprensión del ‘otro’.²²⁹

Se pretende articular alianzas desde la confianza, desde la actitud de escuchar el corazón del otro, “esto es, pensar con los otros, desde los otros, con los otros, ante los otros, por lo otros, para los otros...” (Zemelman, 2012: 44); donde resulta válida la confrontación cuyos actores involucrados hacen una relectura de su conocimiento, experiencia e incluso de sus emociones. Lo anterior indica que no basta con reconocer la diversidad étnico-cultural de un grupo o sociedad en particular, y lograr políticas inclusivas que se materialicen en una constitución, generando relaciones de intercambio entre una cultura y otra; el concepto de interculturalidad –desde un punto de vista crítico– exige orientar el análisis hacia la transformación de las estructuras institucionales y las relaciones sociales, de hecho implica cuestionar la postura que encumbra el predominio de un solo tipo de conocimiento.

Lo importante, en suma, es distanciarse de relaciones que buscan justificar la superioridad del uno sobre el otro; por tanto ir en dirección de una negociación intercultural en salud implica:

- Reconocer que existen diferencias en la comprensión del proceso salud-enfermedad-curación de una cultura a otra.
- Estar abiertos a la construcción de nuevas teorías y explicaciones del proceso salud-enfermedad-curación.
- Estar dispuestos a negociar no sólo los saberes, sino también las representaciones, los códigos, los sentidos, las palabras, etc.
- Encaminar el hacer médico reconociendo la importancia y el sentido de la diversidad de pensamientos e interpretaciones que existen en torno al proceso salud-enfermedad-curación.
- Promover estrategias de diálogo, a través de la construcción de alianzas, con prácticas curativas diferentes.

Avances. Dicho lo anterior, en SESVER –desde hace 14 años–, se desarrollan estrategias que buscan lograr que las acciones de protección, promoción y restauración de la salud sean compatibles con la identidad de los pueblos indígenas, considerando sus rasgos lingüísticos, cultura y cosmovisión; lo cual se fortalece ante la presencia actual del marco jurídico que garantiza el derecho de promover el conocimiento y la práctica de la medicina tradicional, el uso de la lengua indígena y del carácter pluricultural de nuestra sociedad, tal es el caso de la Constitución Política Nacional y del Estado de Veracruz, la Ley General de Salud y la Ley de Derechos y Culturas Indígenas para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; el Plan Veracruzano de Desarrollo 2011/2016, Programa Veracruzano de Salud 2001/2016 y Programa Salud para Todos los Veracruzanos, publicado en la Gaceta Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz el 5 de julio de 2013.

Es en este contexto, que los Servicios de Salud de Veracruz, a través de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud, desarrollan el *Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural*, por lo que sus principales líneas de acción son: focalización de municipios con mayor densidad de población indígena, capacitación intercultural con personal de salud, comunidades

229 Citado en Gunther Dietz, 2003.

de diálogo y encuentros regionales sostenidos entre personal de salud y médicos tradicionales, unidades de salud culturalmente pertinentes y el plan de comunicación indígena tendiente a enriquecer las actitudes y aptitudes de la población en torno al ámbito de la salud personal, familiar y comunitario, bajo un esquema de sensibilidad intercultural.

Capacitación con enfoque intercultural. Se cuenta con el diseño y desarrollo de cursos talleres para el fortalecimiento y potenciación de competencias donde el aprendizaje se da mediante estrategias y técnicas grupales, pero sólo como medios que permiten la formación de una estructura grupal, y lograr diferentes objetivos como puede ser de comunicación, observación, creatividad, discusión, reflexión y asimilación de contenidos.

Es decir, se busca que el proceso de formación a través de talleres con biomédicos contribuya a enriquecer su percepción y valoración respecto a la práctica indígena, impulsando acciones de formación con enfoque intercultural que optimice la competencia técnica del personal institucional, favorezca el trato y la comunicación con los usuarios y contribuya en la inclusión y equidad en salud de la población indígena. En consecuencia, en los últimos dos años se han realizado los talleres “Género e interculturalidad” y “Teoría, normatividad y praxis de la interculturalidad en salud” con:

- Directores de hospital con su respectivo personal de las áreas de ginecobstetricia, enfermería y enseñanza.
- Directores de centros de salud y personal de enfermería.
- Administradores, coordinadores de asuntos jurídicos, atención médica, epidemiología y enfermería jurisdiccionales.
- Jefes y subjefes jurisdiccionales, coordinadores de salud reproductiva, promoción de la salud, promotores bilingües interculturales.
- Personal completo del Hospital Comunitario de Tezonapa y Platón Sánchez.
- Personal completo del Hospital de Salud Mental de Orizaba y Xalapa, Ver., con participación de personal de Servicios de Salud de Michoacán.
- Personal de Hospitales del OMSS-Oportunidades de la Región Norte.

Promotores de salud bilingües interculturales. En congruencia con la filosofía del *Modelo* referido, se cuenta con 15 promotores en gestión intercultural para el desarrollo, realizando actividades con pertinencia cultural; así como para traducir información a personas que acuden a los servicios y que no hablan español. Asimismo, se está en proceso de contratar 10 promotores más para una siguiente fase que permita tener mayor cobertura de atención con estas características. Dichos promotores están ubicados en los centros de salud con más del 80% de hablantes de una lengua indígena, quienes fungen como gestores en desarrollo intercultural en temas de salud, por ser hablantes de la lengua predominante en el lugar de adscripción y egresados de la Universidad Veracruzana Intercultural, posibilitando el servicio acorde a la identidad de los usuarios y con un enfoque en salud.

Diálogos en salud. Manual de comunicación para personal de salud en lengua náhuatl de la Sierra de Zongolica. En este tenor de ideas, de lograr la atención con pertinencia cultural, construyendo una cultura en salud con base a las peculiaridades de la población indígena, se

elaboró el documento: *Diálogos en Salud. Manual de comunicación para personal de salud en lengua náhuatl de la Sierra de Zongolica*, a fin de lograr que médicos, enfermeras y promotores de salud tenga en sus manos una herramienta que les permita conocer parte de la cosmovisión del mundo náhuatl de esa región, abordando tópicos de la vida cotidiana de la región: costumbres, festividades, pero sobre todo diálogos elementales que se dan durante la interacción médico-paciente.

Cierto es que una de las demandas recurrentes de la población indígena es la de contar con servidores públicos que se comuniquen con ellos en sus propias lenguas, de ahí la importancia de este documento, el cual contiene las características de la lengua náhuatl: alfabeto, fonemas y formas de construir palabras que poco a poco se transformarán en diálogos, enfatizando que el ejercicio de la oralidad permite ir apropiándose y construyendo nuevas realidades; así como frases que el personal de salud puede utilizar cuando quienes acuden a solicitar un servicio son monolingües y no se pueden comunicar en español.

Curso de la lengua náhuatl para personal de salud. A lo anteriormente descrito, es relevante mencionar que el 23 de abril de 2013, se inauguró en la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba el primer *Curso de Lengua Náhuatl* para médicos, enfermeras y promotores que se desempeñan en centros de salud donde se atiende población hablante de este idioma. El curso es impartido a un grupo de 40 participantes por un instructor de la Academia Veracruzana de Lenguas Indígenas (AVELI), a desarrollarse en 120 horas. En la misma fecha, también fue inaugurado el segundo curso de Lengua Náhuatl con personal del Hospital Regional de Río Blanco, al cual se registraron 67 personas.

Materiales educativos con pertinencia cultural (Plan de Comunicación Indígena)

El 16 de agosto del 2013, el Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Veracruz, Lic. Juan Antonio Nemi Dib, presentó el *Modelo de Salud Indígena con Pertinencia Cultural*, ante autoridades estatales, municipales, locales, médicos tradicionales, personal de salud y medios de comunicación, dentro del cual opera el Plan de Comunicación Indígena (PCI), que integra materiales educativos elaborados desde los elementos culturales de la población a la que se dirige. Este material difunde información preventiva acerca de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y salud materna, con la intención de mejorar la comunicación con la población indígena utilizando sus propias lenguas, su identidad y cosmovisión, que abarca las regiones del norte, centro y sur de la entidad, con la incorporación de las tres principales lenguas del estado de Veracruz: nahua, totonaco y popoluca.

Se trata de carteles, videos, tarjetas, promocionales, espectaculares, el mural colectivo con enfoque intercultural y la radionovela *Dar a luz en Veracruz*, desde la lengua, visión y características culturales propias de la región. En suma, se trata de materiales que están hechos por personas de cada uno de los municipios a los que están dirigidos, lo cual genera adherencia y empatía cultural; incluyen elementos culturales de la región (lengua, indumentaria, medicina tradicional), muestran un lenguaje no verbal positivo y cuentan con la participación de promotores interculturales, quienes apoyan con la traducción de textos con un enfoque en salud.

Retos. Queda mucho por hacer para favorecer que las personas de culturas y sistemas diferentes puedan entenderse mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo del otro, lograr la apertura para la escucha y el enriquecimiento, dado que la noción de interculturalidad significa una relación de intercambio a partir de la cual cada una de las partes cuestiona al otro pero también lo propio, aprende del otro y de sí mismo. Es así que los grandes retos que se tienen en SESVER, radican en que:

- 140 unidades de salud de los 39 municipios focalizados, sean *culturalmente competentes*.
- 60% del personal de salud, capacitado en el enfoque intercultural.
- Campañas de comunicación culturalmente pertinente en las 15 lenguas de la entidad.
- Enfoque intercultural como atributo del Programa Sectorial de Salud.
- Comunidades de diálogo en sector salud.
- Promotores interculturales bilingües en las 140 unidades de salud de municipios focalizados y hospitales de referencia.
- Desarrollo de modelos de atención con otros grupos vulnerables desde la perspectiva intercultural (personas con trastornos mentales, personas con VIH/SIDA, adultos mayores, afro descendientes).

EL DERECHO A VIVIR EN IGUALDAD DE SER. LA EXPERIENCIA INTERCULTURAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE TABASCO

Denia Domínguez Canabal

Enlace Estatal de Interculturalidad. Servicios de Salud del Estado de Tabasco

Antecedentes

Los pueblos indígenas del país han vivido siempre en condiciones de marginación y desigualdad que los colocan en situaciones de desventaja social, cultural, económica y política, siendo víctimas de una discriminación histórica que la mayoría de las veces niega su cultura, sus conocimientos ancestrales y sus prácticas espirituales.

La discriminación es un grave problema causado por la incomprensión de una realidad social pluricultural y multiétnica, expresada en la falta de respeto a las diferencias presentes en toda colectividad humana (origen, lengua, cultura, posición social etc.) basada en prejuicios y en el egoísmo humano, que como consecuencia cancela mucho de sus derechos que tienen como seres, como el hablar su propia lengua, desarrollar y transmitir su cultura, usar la medicina tradicional que deriva de conocimientos ancestrales y ni hablar en el ámbito de la procuración y administración de justicia.

En el año 2001, la Dirección General de Culturas Populares del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, convocó a instituciones del gobierno afines a sumar esfuerzos y encontrar alternativas de trabajo conjunto en la temática de Culturas Indígenas, en consecuencia logró constituirse el “Grupo de Coordinación Interinstitucional” integrado por 11 instituciones del Gobierno Federal, una del Distrito Federal y dos organismos internacionales; quienes después de tres largos años de trabajo y resultados exitosos decidieron consolidar y enfocar su trabajo en el tema de la Diversidad Cultural de México, con el lema “Es tiempo de reconocernos

distintos y valorarnos” cuyo lanzamiento oficial fue en el 2005 , en el marco del Día Mundial por la Diversidad Cultural para el Diálogo y el Desarrollo de los pueblos Indígenas de México.

Los objetivos generales de la campaña son:

- Promover el reconocimiento y protecciones de la diversidad y las expresiones culturales en México en los diferentes organismos gubernamentales y áreas de servicio público como en salud, educación, justicia, investigación, promoción y desarrollo cultural.
- Propiciar que la sociedad mexicana reconozca, valore y respete la diversidad cultural que caracteriza a cada uno de los individuos, comunidades y pueblos que integran a nuestro país, favoreciendo el diálogo intercultural para disminuir la discriminación y la exclusión.
- Impulsar que la sociedad nacional en conjunto identifique, reconozca, respete y valore las aportaciones que las culturas de los distintos grupos y pueblos que forman parte de nuestra sociedad, han hecho al patrimonio tangible e intangible de nuestro país y de la humanidad.

Estas acciones realizadas desde entonces y hasta el día de hoy se han orientado a crear conciencia, difundir y ampliar el conocimiento para fortalecer la diversidad de expresiones culturales y ayudar a la construcción de una cultura nacional que valore y respete esta diversidad como patrimonio de las futuras generaciones de mexicanos.

La acciones de esta Campaña Nacional tiene entre sus fundamentos, las reformas a los artículos 1º y 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la ratificación en Convenciones Internacionales en las cuales México es miembro de la UNESCO desde 1946, adoptando la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural en 2001 y su promoción en el 2005 en la “Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales”.

El enfoque intercultural en salud como concepto y como marco sustenta las acciones para nuevos modelos de atención en la salud tomando referencia de las teorías de la comunicación originadas en los Estados Unidos en la década de los 50, del indigenismo y de la teoría de sistemas.

En relación a su proceso como modelo histórico en México, la interculturalidad incorpora el análisis de las corrientes del indigenismo, como producto de los cambios provocados por la Revolución de principios del siglo XX y la necesidad de reconstruir el país, por lo que se desarrolla el Integracionismo, corriente teórica iniciada por intelectuales como José Vasconcelos que influyó en el ámbito educativo de México en la mayor parte del siglo XX y que enfatizó en un proyecto de nación alcanzando el campo de la salud y de la antropología médica.

Gracias a trabajos del Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán y aportes de intelectuales como Guillermo Bonfil Batalla, se da actualmente una creciente conciencia acerca de la importancia que tienen los pueblos indígenas para el futuro de México, ya que son parte primordial de nuestra identidad cultural como país; esto unido a la lucha continua que ellos mismos han emprendido y que ha dado como resultado, el impulsar la necesidad de reconocer sus derechos y de garantizar el respeto a su cultura, así como la manera de entender el mundo, el cuerpo, la salud y la

enfermedad tan cambiante de una cultura a otra, dando origen a otros sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas en salud, que da pie a la vez a movimientos reivindicativos de los pueblos indígenas y paso a la Reforma Constitucional de carácter nacional en los años 2001 y 2004 con la modificación del Artículo 2º de la Constitución (fracción A-IV Y B-III) Diario Oficial de la Federación 15/08/01 donde nuestra Constitución Mexicana reconoce a la Medicina Tradicional como Derecho Cultural de los pueblos indígenas, mencionando que la actitud del personal de salud con las personas que utilizan y practican la medicina tradicional, deben ser consecuentes con esta garantía constitucional. También se modifica la Ley General de Salud (2006) y el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Artículo 25. Frac. VII. de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. En este contexto, cobra gran relevancia el tema de la diversidad cultural y sus implicaciones en el marco conceptual y operativo de los sistemas de salud de países como el nuestro que son multiculturales, convirtiéndose así la interculturalidad en un elemento central de las definiciones en materia de políticas públicas en salud, que influye en el equilibrio y bienestar social, cultural, económico y político de nuestro país.

En el Estado de Tabasco se inicia la estrategia de "Interculturalidad en Salud" en el año 2006 con la capacitación y sensibilización de 10 jefes Jurisdiccionales con población indígena en la ciudad de México impartida por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (MT/DI) de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).

Posteriormente en el año 2007 se lleva a cabo el 1º. Encuentro de Enriquecimiento Mutuo (EEM), entre el Staff Jurisdiccional, personal operativo de las Unidades y parteras (os) tradicionales adscritos a la Secretaría de Salud así como el personal de la Dirección de MT/DI presentes en dicho evento. En los años 2009 y 2011, también se llevaron otros EEM, contando siempre con el apoyo y promoción impresa de la Dirección de MT/DI - DGPLADES y de la Secretaría de Salud del Estado.

Desarrollo. Con la propuesta de Interculturalidad en los Servicios de Salud tanto en el ámbito federal como estatal; a partir del 2006 y hasta el primer trimestre de 2014, la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco ha fortalecido el impulso a la equidad de género y el respeto a los derechos humanos, con el objetivo de brindar servicios de salud más sensibles a esa multiculturalidad existente actualmente, elevar la calidad de la atención y la ética profesional de los prestadores del servicio, así como eliminar las barreras culturales existentes en nuestra sociedad local y en los prestadores del servicio en las 17 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Tabasco.

Es importante mencionar que existen muchos esfuerzos de organizaciones e instituciones gubernamentales, académicas, civiles e indígenas como la Secretaría de Salud del Estado (SSA), la Universidad Intercultural del Estado de Tabasco (UIET), la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), el DIF Estatal, la División Académica de Ciencias Biológicas (DACB) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), el Colegio Médico de Tabasco, (COMETAB) y Asociaciones Civiles Indígenas como Chimay, Shak-Tabasco, Acahual-Grupo Tabasco para la protección de la Biosfera, etc. Que desean y trabajan para facilitar la convivencia respetuosa y complementaria entre culturas diferentes a la de Tabasco como los estados vecinos de Campeche, Veracruz, Chiapas y del país fronterizo de Guatemala; dándonos así la oportunidad de reconocer otras culturas indígenas mexicanas, extranjeras y las propias con sus expresiones (lengua, tradiciones, su medicina, su agricultura, su arquitectura) mediante un enfoque Intercultural.

El reto de la atención médica en Tabasco es a través de la estrategia de “Interculturalidad en Salud”, para lograr que los sistemas de salud que se manejan en comunidades indígenas y rurales (campesinas) operen de acuerdo a valores de respeto con las diferentes culturas existentes en el estado como : Choles, Chontales, Nahuas, Zoques, Tzotziles, Purépechas y Yokòtanes para darse y fomentar una relación de coordinación y apoyo complementario entre la medicina tradicional (herbolaria), las medicinas complementarias (acupuntura y homeopatía) y los servicios de atención medica que ofrece la Secretaría de Salud del Estado así como las distintas instituciones del sector salud, logrando con esto conocer y comprender mejor la cultura local y la cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos, para que el personal actue con absoluto respeto, mejorando el impacto clínico y educativo, debido a que las dos formas de atención a la salud (la medicina convencional, occidental o alópata y la tradicional) conviven en un mismo espacio en las comunidades, localidades, rancherías y villas del Estado.

Ha sido y seguirá siendo relevante la participación y aceptación de la “Interculturalidad en Salud” en el personal directivo y operativo que ayuda a potenciar los recursos locales desde una concepción incluyente, ya que tenemos mucho que aprender de ellos, enriqueciéndonos con su sabiduría ancestral. No podemos ni debemos relacionarnos con otras culturas y planear servicios de salud desde una sola visión de la realidad, basada en que nuestros conocimientos sean los mejores y se hayan dado como dogmas y verdades absolutas.

No hay que olvidar que la medicina tradicional posee una vigencia y eficacia validada por las comunidades indígenas, rurales y urbanas, ya que es utilizada actualmente en la vida cotidiana de todas las familias tabasqueñas, en su alimentación elevando la calidad de vida y que a través de los remedios caseros son usadas en enfermedades más comunes, no teniendo consecuencias secundarias en el organismo.

Cabe mencionar que la medicina tradicional es preventiva, de uso cotidiano y basada mas que nada en nuestros hábitos alimenticios.

Aplicación. Posterior a la capacitación y sensibilización nacional en el año 2006 de los jefes Jurisdiccionales de 10 municipios con población indígena del Estado de Tabasco (Balancan, Centla, Centro, Huimanguillo, Jalpa de Méndez, Jonuta, Macuspana, Nacajuca, Tacotalpa y Tenosique), las reuniones de acuerdos realizadas en distintos momentos durante estos años y los EEM hechos entre el Staff Jurisdiccional, personal operativo y parteras (os) tradicionales propició la aceptabilidad de la estrategia de Interculturalidad en Salud que ha sido muy significativa adquiriéndose un mayor compromiso de parte de los jefes Jurisdiccionales, responsables de las capacitaciones de las parteras (os) adscritas a la Secretaría desde 1987.

Con la metodología de Encuentro de Enriquecimiento Mutuo (EEM, 2007, 2009 y 2011) aplicada al personal de los servicios de salud, este adquirió una mayor compromiso con las lideresas y líderes comunitario teniendo más respeto, aceptabilidad y responsabilidad en las capacitación mensual llevadas a cabo en los centros de salud y las capacitaciones trimestral realizadas por el Staff jurisdiccional, contribuyendo al conocimiento y manejo de las señales de alarma y por consecuencia a la disminución de factores de riesgo provocadas por las acción de las parteras empíricas y tradicionales e influyendo de manera notable en la disminución de las iatrogenias realizadas en la atención del parto, aunque se siguen cometiendo negligencias provocadas por la idiosincrasia de la población rural e indígena.

En el 2009 se llevó a cabo un EEM en las Jurisdicciones de Centla y Jonuta; zona de los ríos de difícil acceso, con parteras (os) y por primera vez con terapeutas tradicionales indígenas de comunidades indígenas y rurales muy alejadas propiciando un cambio de actitud en el personal de salud y mayor cooperación de parte de las parteras (os) y terapeutas tradicionales.

En el 2011 se realiza otro EEM con sede en el Hotel Cencalli, Villahermosa, contando con la asistencia del Staff Jurisdiccional de los 17 municipios, médicos y pasantes de unidades de salud de primer nivel así como parteras (os) y terapeutas tradicionales con un gran aporte de conocimientos y experiencias, costumbres, tradiciones y uso de remedios caseros hechos a base de plantas medicinales nativas del Estado. Se hizo la demostración con la participación de autoridades Federales de la atención del parto tradicional (parto vertical) en mujeres rurales e indígenas a través de sociodramas y teatro; se analizó el uso de remedios caseros utilizados en el momento del parto y durante el puerperio.

Partiendo de estos conocimientos, se propuso en este encuentro, proponer 17 plantas medicinales de Tabasco y de la región del Sur-Sureste de la República Mexicana, rico en flora y fauna propias de la región, a la Farmacopea Mexicana.

Del 7 de julio al 18 de noviembre del 2011 con el respaldo de la Dirección de Medicina Tradicional Federal, de la Universidad Intercultural de Tabasco de Oxolotan, Tacotalpa, con el aval de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y del Colegio Médico de Tabasco, se llevó a cabo el “1er. Diplomado de la Herbolaria Dentro de la Práctica Médica” impartido por Doctores en Ciencias, científicos e investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la Universidad Autónoma de Chapingo, del Instituto Mexicano del Seguro Social (herbario nacional), de la División Académica de Ciencias Biológicas de la UJAT y especialistas indígenas en la herbolaria nativa de Tabasco, siendo dirigido específicamente a médicos del sector salud aunque también asistieron químicos, biólogos, sociólogos, antropólogos, terapeutas y herbolarios, así como personas indígenas interesadas y con conocimiento de la herbolaria de la región de los Pantanos de Centla, “Reserva de la Biósfera del Planeta”.

A partir del mes de mayo del 2012, se inician los cursos de capacitación y sensibilización en: cultura, género, etnicidad e interculturalidad en salud en las 17 jurisdicciones sanitarias del estado que hasta la fecha actual se continúan realizando, cumpliendo así con la primera línea de acción del programa federal e influyendo de manera continua en los cambios de actitud del personal directivo y operativo, contribuyendo a elevar la calidad de la atención y la ética profesional del personal de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

En agosto de 2012 la estrategia de Interculturalidad en Salud a través del Departamento de Salud Reproductiva, capacita y sensibiliza al personal del Hospital General de Cunduacan, Tabasco para la instalación de una Casa AME con todo el equipamiento requerido, donado por el CNEGySR en apoyo a las mujeres embarazadas y se da a conocer el modelo de la “Atención Intercultural y Humanizada a las mujeres, en el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud” que con el apoyo del Voluntariado del Hospital se logra la compra de una Cama de Parto Vertical que se encuentra en espera de su uso por la falta de capacitación de los especialistas de nivel nacional.

En el año de 2013, se llevó a cabo el curso en línea “Interculturalidad en Salud” dirigido a jefes de departamento, coordinadores de áreas, y responsables de programas estatales como: Vete Sano Regresa Sano, Escuela y Salud, Salud en el Adulto y en el Anciano,

Psicólogos de Oportunidades, Programa de Nutrición, Programa Estatal de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente y Programa de Planificación Familiar, también lo tomaron algunos responsables Jurisdiccionales de Promoción a la Salud y del Componente de Parteras (os) Tradicionales.

En los dos trimestres que van del año 2014 se han llevado 34 capacitaciones y sensibilización del grupo de trabajo Jurisdiccional y personal operativo en apoyo a la Acreditación de Hospitales de Alta Especialidad, Generales y Comunitarios, UNEME, CAPACIT, CESSA, CAPA y Unidades de Salud de primer nivel de atención no solo en zonas indígenas sino en general en las 17 Jurisdicciones Sanitarias, con el objetivo de incrementar la calidad de la atención y reforzar la ética profesional apoyándonos en la familia, los valores y principios del ser humano; teniendo un total de 559 personas de los servicios de salud sensibilizados en los lineamientos interculturales recibiendo durante la capacitación difusión del programa a través de dípticos, trípticos, carteles y videos otorgados por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud y la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en el año 2012, así como la constancia con valor curricular por la Dirección de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud de Tabasco; dando cumplimiento a esta tarea de Promoción y Educación en Salud.

Conclusiones. Durante estos años a través de la capacitación y sensibilización del personal, se ha logrado una mayor escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, una mayor aceptabilidad a las creencias personales y grupales, así como mayor respeto a la privacidad, al menosprecio de sus opiniones y a la deformación a que son objeto; puntos que han ayudado a:

- Que haya una mejoría de la comunicación asertiva entre los prestadores y usuarios en los ámbitos clínicos y educativos impactando en la adherencia de los tratamientos y en consecuencia en la disminución de la morbilidad y mortalidad.
- Mejora de la calidad de los servicios y la satisfacción del usuario.
- Los prestadores del servicio se han dignificado, obteniendo satisfacción que es reconocida por la población.
- Lograr un conocimiento e impacto en la promoción de género y derechos humanos.
- Fortalecimiento de la imagen y la rectoría de la Secretaría de Salud.

MÓDULOS DE MEDICINA TRADICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA

Hilda Parga Parga

Enlace Estatal de Interculturalidad y Coordinadora del Programa de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Antecedentes

La atención en salud para los pueblos indígenas en el Estado de Puebla, es un objetivo primordial, obedece a solucionar y prevenir los problemas de las enfermedades, procurar la salud y coadyuvar en la búsqueda de una mejor calidad de vida a un segmento que tiene un alto grado de vulnerabilidad. Puebla tiene una población indígena de 1'018,397.

Los programas de los Servicios de Salud están orientados a proporcionar acciones estratégicas a favor de estos grupos, programas en los que destaca Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, el cual está direccionado a atender las necesidades de salud principalmente de la población indígena y rural, respetando sus usos y costumbres.

Propósito institucional. Mejorar el nivel de salud de la población a través de estrategias que permitan la cobertura total, con servicios integrales, de calidad homogénea y fortaleciendo las acciones a los grupos de mayor riesgo, con el objetivo de lograr la óptima organización y el funcionamiento de los servicios estatales de salud, para asegurar a la población la disponibilidad y acceso a servicios de salud de calidad, con plena satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.

Desarrollo del programa. El Gobierno del estado de Puebla a través de sus Servicios de Salud, responde a la convocatoria del proyecto financiador “Plan Puebla Panamá” lanzado en 2001, por lo que se constituyó un grupo técnico de trabajo integrado por el área de Planeación Estratégica y Desarrollo Regional y la Coordinación General de la Comisión Sur Sureste. Su objetivo fue atender las propuestas en materia de desarrollo regional, presentando el Proyecto de: “Hospitales Integrales con Medicina Tradicional”, resultando ganador.

El objetivo de esta propuesta tuvo su principal fundamento, en la prestación de servicios de salud mixtos, en un ámbito de interculturalidad, ofertando medicina alópata y medicina tradicional en un módulo anexo al Hospital, en el cual colaboraran de manera voluntaria terapeutas tradicionales (hueseros, curanderos y parteras), y en la unidad médica, personal médico-administrativo, proporcionando así al usuario dos alternativas de atención.

Con ello se logró un modelo de atención a la salud integral para la población que habita en zonas indígenas y/o rurales con afinidad a la medicina tradicional, se integraron al sistema estatal de salud terapeutas tradicionales reconocidos por su comunidad y avalados por sus autoridades locales, obteniendo un impacto positivo en la prestación del servicio.

El modelo surge a partir del reconocimiento y respeto a los usos y costumbres de la población indígena para proteger su salud, los municipios fueron seleccionados por ser regiones marginadas (Sierra Norte, Sierra Negra y Mixteca) pero que paradójicamente se caracterizan por poseer un importante arraigo cultural y un cúmulo de tradiciones populares.

Áreas de operación en las que inicia el programa:

- Hospital Integral de Cuetzalan del Progreso (hoy Hospital General).
- Hospital Integral de Ayotoxco de Guerrero.
- Hospital Integral de Huehuetla.
- Hospital Integral de Tulcingo de Valle.
- Hospital Integral de Coxcatlan.

Se han incorporados al programa 4 módulos más ubicados en:

- Hospital Integral de Tlacotepec de Porfirio Díaz.
- Hospital Integral de Zapotitlán de Méndez.
- Centro de Salud San Miguel Eloxochitlan.

Estructura jerárquica institucional:

- Servicios de Salud del Estado de Puebla
- Coordinación de Servicios de Salud
- Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica
- Subdirección de Atención Primaria a la Salud y Oportunidades
- Departamento de Atención Primaria a la Salud
- Coordinación Estatal de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional

Los Módulos de medicina tradicional atienden de manera gratuita a población abierta, es decir, a toda persona que demande sus servicios, en el siguiente cuadro se describe la población que tiene cada Municipio en el que se ha establecido un Módulo de Medicina Tradicional.

Equipo de trabajo. Cada módulo se conforma de un coordinador, un estadígrafo y 2 traductores o enlaces comunitarios, quienes trabajan coordinadamente con terapeutas tradicionales de la comunidad; actualmente, se encuentran incorporados al Programa y prestando sus servicios en los 9 módulos 241 terapeutas tradicionales distribuidos de la siguiente manera:

Jurisdicción	No. de módulos	Unidad médica	* Población por municipio		
			Total	Indígena	% población indígena
02 Chignahuapan	1	H.I. Tetela de Ocampo	25,793	8,794	34.09
03 Zacapoaxtla	4	H.I. Ayotoxco de Guerrero	8,153	4,245	52.07
		H.I. Zapotitlán de Méndez	5,608	5,049	90.03
		H.I. Huehuetla	15,689	14,991	95.55
		H.G. Cuetzalan del Progreso	47,433	38,926	82.07
08 Acatlán de Osorio	1	H.I. Tulcingo del Valle	9,245	286	3.09
10 Tehuacán	3	H.I. Coxcatlán	19,639	8,967	45.66
		H.I. Tlacotepec de Porfirio Díaz	13,534	13,325	98.46
		C.S. San Miguel Eloxochitlán	12,575	12,498	99.39
Totales	9		157,669	107,081	67.92

* La invitación para que terpeutas tradicionales de la comunidad participen en el programa es abierta, es por eso que varía el número en cada módulo.

Principales servicios que se otorga a la comunidad en los módulos de medicina tradicional:

- Atenciones y servicios otorgados por terapeutas tradicionales.
- Referencia de pacientes a Unidades Médicas, cuando así se requiere.
- Farmacias de productos herbolarios.

Módulo	Terapeutas			
	Huesero	Curandero	Parteras	Total
Ayatoxco de Guerrero	3	6	5	14
Coxcatlán	8	11	3	22
Cuetzalan del Progreso	8	15	29	52
Huehuetla	3	26	35	64
San Miguel Eloxochitlan	5	3	8	16
Tlacotepec de Porfirio Díaz	2	5	5	12
Tulcingo del Valle	4	4	4	12
Tetela de Ocampo	9	7	10	26
Zapotitlán de Méndez	6	8	9	23
Total	46	86	109	241

Principales atenciones que otorgan los terapeutas tradicionales en los módulos de medicina tradicional

Partera. Diagnóstico, control y atención de parto, palpar, oír y acomodar al bebé, atención del recién nacido, corte y curación del cordón umbilical, baño del bebé, extracción de la placenta, atención de puerperio, temazcal, apretada, rezo, limpia, sobada, remedios, etc.

Curandero (a). Rezo, limpia, llamada de espíritu, sahumada, chiqueadores, plasmas, sobada, parches, ventosas, vendajes, remedios, etc.

Huesero (a). Sobada, entablillada, parches, ventosas, vendajes, masajes, plasmas, remedios, etc.

Temazcal. Baño de hierbas, baño posparto.

Productos herbolarios. Los servicios de salud del Estado de Puebla otorga materia prima para su elaboración, siendo los terapeutas tradicionales quienes los elaboran y otorgan gratuitamente a los usuarios de acuerdo al padecimiento atendido.

Trabajo realizado. Se cuenta con un Sistema de informática “Sistema Estatal de Medicina Tradicional” (SEMETRA) implementado específicamente para el Programa, en el siguiente cuadro se refleja de 2003 al 2013, las atenciones otorgadas en cada módulo y la incorporación de cada uno al sistema:

Acciones realizadas en el Programa. Durante el 2011 y 2012 se capacitó al personal y terapeutas tradicionales de los módulos de medicina tradicional, en “Elaboración de productos

Año	Ayototxco	Cuetzalan	Huehuetla	Tulcingo	Coxcatlán	Zapotitlán	Tlacotepec*	Tetela	Total
2003	349	152	234	372					1,107
2004	914	297	1,237	556	1,453				4,457
2005	1,210	1,215	1,387	1,289	2,583				7,684
2006	2,987	1,928	2,334	1,658	2,926				11,833
2007	4,729	3,880	4,600	2,438	6,527				22,174
2008	5,378	4,041	5,709	3,558	5,559	1,937			26,182
2009	4,407	4,851	5,721	2,272	4,260	2,952	3,565		28,028
2010	3,793	6,386	7,070	2,148	5,099	3,023	6,064		33,583
2011	3,271	9,257	8,867	2,186	6,159	3,270	8,023		41,033
2012	3,723	6,037	7,205	3,807	5,555	3,915	8,101	13,231	51,574
2013	3,410	5,824	8,801	4,259	3,805	3,483	7,101	15,962	52,145
Total	34,171	43,368	53,165	24,543	43,926	18,580	32,854	29,193	279,800

*Tlacotepec hasta 2013 conjunta la información propia y de San Miguel Eloxochitlan

herbolarios” con la finalidad de reforzar y enriquecer los conocimientos que los terapeutas tradicionales tienen y mejorar la producción de estos productos.

Con la llegada de la tecnología a las comunidades con población indígena, las nuevas generaciones van perdiendo el interés por sus usos, costumbres y tradiciones; para fortalecer los conocimientos ancestrales que los terapeutas tradicionales tienen y que las nuevas generaciones reconozcan y valoren estos conocimientos, se han realizado en los módulos, cursos de verano de medicina tradicional, en el que terapeutas tradicionales comparten sus conocimientos a niños entre 6 y 15 años.

Para acercar los servicios de salud con medicina tradicional a población indígena y rural de la zona nororiental, se han transmitido en español con traducción a náhuatl y/o totonaco, Programas de radio en coordinación con la radiodifusora de Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) de Cuetzalan de Progreso, en los que terapeutas tradicionales que participan en el Programa de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, informan directamente a la población las atenciones y servicios que se otorgan en los módulos.

En 2012 y 2013 se fortaleció el otorgar atenciones con calidad y calidez, al impartir talleres de sensibilización con el tema de Interculturalidad, dirigido a personal de los servicios de salud, médicos, enfermeras y promotores, así como a personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, logrando impartir los talleres a 1,492 personas; al mes de abril del 2014 se ha impartido estos talleres a 1,778 trabajadores de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

Con la finalidad de compartir experiencias y conocimientos, así como lograr interactuar en un mismo espacio, personal de los servicios de Salud y terapeutas tradicionales, se han realizado 5 encuentros Estatales, el primero en el 2007, en el Centro Vacacional Metepec, Atlixco; el segundo en el 2009, en el Hostal Hacienda Apulco, Zacapoaxtla; en el 2011, 2012 y 2013 se realizaron nuevamente en el Centro Vacacional IMSS Metepec, contando con la participación de 350 personas en cada evento.

A fin de rescatar, preservar, impulsar y difundir el conocimiento de la medicina, los tratamientos y las practicas tradicionales, se han realizado los eventos dirigidos a personal médico

y administrativo de los SSEP, invitando a instituciones gubernamentales federales y estatales, así como instituciones académicas con carreras afines a la medicina como son, escuelas de medicina, enfermería y antropología, eventos que destacan:

- 2011 Foro de Parto vertical.
- 2012 Foro los Servicios de Salud en los Pueblos Indígenas, en el Marco del Día Internacional de los Pueblos Indígenas.
- 2013 se llevó a cabo el ciclo de conferencias “Los Servicios de Salud como marco intercultural de la medicina tradicional” en el marco de la celebración del Día Mundial de la Medicina Tradicional.

Logros. El antes Hospital Integral y ahora Hospital General de Cuetzalan del Progreso, obtuvo en el año 2007, el Premio Nacional de Calidad: con el estudio realizado para Abatir la Mortalidad Materna mediante la consulta prenatal mixta (alópata-tradicional), en el control de la mujer embarazada.

En el 2008 se llevó a cabo la primera reunión nacional interinstitucional de medicina tradicional, teniendo como sede la ciudad de Puebla, en el Municipio de Huehuetla.

Se gestionó directamente en 2008 ante el Honorable Congreso del Estado para que se reconociera la medicina tradicional en la Reforma de la Ley Estatal de Salud.

En el 2010 se firmaron dos Convenios de Colaboración con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) para:

- Fortalecer la infraestructura y equipamiento del módulo de medicina tradicional de Tetela de Ocampo y construcción y equipamiento del módulo de Cuetzalan del Progreso.
- Construcción de la Posada AME de Cuetzalan del Progreso y el fortalecimiento de la Posada AME de Tlacotepec de Porfirio Díaz.

Se ha logrado fortalecer los jardines botánicos de Ayotoxco de Guerrero y Tulcingo de Valle; así como el vivero de Huehuetla; en Cuetzalan del Progreso se acondicionó un jardín demostrativo. A partir del 2012, los módulos de medicina tradicional del programa obtuvieron su propia CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) a fin de registrar a nivel nacional las cifras reales de atención que otorga este Programa.

Una de las alianzas más importantes con las que cuenta el programa HIMETRA es sin duda las establecidas con las autoridades locales, quienes apoyan junto con la coordinación estatal y los módulos en promoción, difusión, apoyos económicos para impulso, desarrollo y mejoramiento de los módulos de medicina tradicional, sin embargo la mayor aportación al programa es para los terapeutas tradicionales, ya que las autoridades se convierten en los avales de su práctica tradicional, con el respaldo de los años de trabajo, prestigio y confianza de la población local.

Estrategias de fortalecimiento. Se ha logrado el reconocimiento y respeto de la medicina tradicional dentro de los servicios de salud, generado con los encuentros estatales de enriquecimiento mutuo de la medicina tradicional, en los que participan activamente terapeutas tradicionales del Estado y personal de los servicios de salud, al 2013 se han realizado 5, estas reuniones han servido para informar, analizar y aceptar la medicina tradicional, enfocados a

trabajar en un ámbito de interculturalidad, nos da la oportunidad de descubrir y aprender a interactuar de la mejor manera servicios de salud y terapeutas tradicionales.

Se dio mantenimiento a los módulos de Tlacotepec de Porfirio Díaz y Zapotitlán de Méndez; se remodelaron los módulos de Huehuetla y Coxcatlan y se reubicaron los módulos de Cuetzalan del Progreso y Tulcingo de Valle; con estas acciones se busca cubrir las necesidades que requieren los terapeutas tradicionales para otorgar atenciones con calidad y calidez en espacios dignos y seguros.

Comparativo de atenciones otorgadas en los Módulos de Medicina Tradicional y las Unidades Médicas en las que están ubicados los Módulos:

Módulo de medicina tradicional	Consultas otorgadas de enero a marzo de 2014		Tipo de unidad médica
	Módulo de medicina tradicional	Unidad Médica	
Ayotoxco de Guerrero	1,073	2,119	Hospital integral
Coxcatlán	1,235	2,753	Hospital integral
Cuetzalan del Progreso	1,864	2,009	Hospital general
Huehuetla	2,547	782	Hospital integral
San Miguel Eloxochitlán	906	1,271	Centro de salud
Tetela de Ocampo	3,320	2,875	Hospital integral
Tlacotepec de Porfirio Díaz	1,222	1,372	Hospital integral
Tulcingo de Valle	992	2,227	Hospital integral
Zapotitán de Méndez	1,184	1,815	Hospital integral
Total	14,343	15,214	

Conclusiones. Las cifras del cuadro anterior, reflejan el impacto que tienen los módulos al disminuir la carga de trabajo en las Unidades Médicas.

Al brindarles un lugar digno a los terapeutas tradicionales para otorgar sus servicios, hacemos patente el reconocimiento hacia su trabajo, logrando un servicio integral y seguro para la población en general.

Con la demanda de atenciones que se tiene en los Módulos de Medicina Tradicional, se refleja la aceptación y confianza de la población hacia esta alternativa de salud, sobre todo por la empatía que se establece culturalmente respecto a la medicina tradicional, así como a usos y costumbres entre los terapeutas tradicionales, personal del módulo y terapeutas tradicionales. Como ejemplo tenemos a Cuetzalan del Progreso, en donde la comunidad solicitó ampliar la atención de medicina tradicional a sábados y domingos, siendo éste el único módulo que otorga sus servicios los fines de semana.

Un indicador para valorar la eficiencia de la atención otorgada en los Servicios de Salud del Estado de Puebla, son los módulos de quejas ubicados en cada unidad médica, satisfactoriamente a la fecha, no tenemos reportada queja alguna sobre los servicios que se ofrecen a los usuarios en los Módulos de Medicina Tradicional.

Recomendaciones hacia el programa:

- Seguir trabajando para mantener los logros realizados, dándole seguimiento a cada una de las estrategias y acciones planteadas desde el inicio del proyecto; poniendo énfasis en el análisis y evaluación de la información.
- Continuar trabajando de la mano con otras instituciones involucradas en el tema.
- Buscar financiamientos, con el objetivo de construir más módulos y casas AME, con la finalidad continuar acercando los servicios de salud a más población indígena y participar directamente con ella.
- Realizar las gestiones necesarias para mejorar los laboratorios verdes (productos herbolarios), a fin de mejorar la elaboración y presentación de productos herbolarios.
- Gestionar espacios para que cada módulo de medicina tradicional cuente con un jardín botánico, que permita favorecer la elaboración de productos herbolarios.
- Continuar con la promoción y difusión del programa, así como de los beneficios del parto vertical.

RECONOCIMIENTOS

Este libro es producto del trabajo realizado desde agosto de 2002 por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, de la Secretaría de Salud, en diversas temáticas, propuestas y modelos, aportaron su experiencia directa e indirectamente en él muchas personas que proporcionaron su punto de vista al respecto.

Sobre la temática de interculturalidad reconocemos las opiniones, el aporte teórico y las experiencias que han orientado sustancialmente esta propuesta; agradecemos a Sylvia Schmelkes a quien le reconocemos su trabajo como investigadora en educación a Patricia Casasa García, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM), Silvia Olvera, del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), Frida Villavicencio, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), del Profesor Miquel Rodrigo Alcina, de la Universidad de Barcelona, por su trabajo en el complejo tema de la comunicación Intercultural, al Doctor Jaime Ibacache Burgos y Ana Llao por sus experiencias y su trabajo con las comunidades Mapuches, a las Doctoras Cuahuteotlita Jiménez Castañeda, del Instituto Politécnico Nacional (IPN), a Luz Ma. Chapela de la Secretaría de Educación Pública (SEP), a las Licenciadas Reyna Hurtado Ponce, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a Nelly Martínez Camilo, de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del IPN. Asimismo, reconocemos la retroalimentación recibida por todos los compañeros de la Secretaría de Salud que fungen como replicadores estatales de Interculturalidad en Jalisco, Querétaro, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Yucatán, Hidalgo, Colima, Chihuahua, Morelos, Veracruz, Campeche y Tabasco, con especial énfasis al Dr. Raúl Martínez, al Dr. Alejandro Morales, a la Enf. Evangelina Xite Ferro y al Ing. Amelio González Qui.

Respecto al capítulo de Medicina Tradicional, hacemos un reconocimiento especial a todos los Terapeutas Tradicionales (Curanderos, Hueseros, Yerbateros y Parteras) de los estados de Campeche, Veracruz, Yucatán, Michoacán, Oaxaca, Guerrero, San Luis Potosí, Chihuahua, Nayarit, Morelos, Puebla, Chiapas, Durango, Sonora y Tlaxcala, que han compartido sus conocimientos, expectativas, percepciones y demandas. En relación con los aportes teórico-metodológicos agradecemos el acompañamiento de la partera tradicional Doña Hermila Diego González, ex presidenta del Consejo Estatal de Médicos Indígenas Tradicionales del Estado de Oaxaca, y del médico tradicional Santiago Ortela Sarmiento, Presidente de la Organización de Médicos Tradicionales Indígenas de la Región del Papaloapan, del personal del Instituto

Nacional de Antropología (INAH-DEAS): Maestra María Elena Morales Anduaga, Silvia Ortiz Echaniz, Dra. María del Carmen Anzures y Bolaños y del Maestro Faustino Hernández Pérez. Asimismo, destacamos el aporte de las Maestras Marina Villegas y de Gante y Roxana Camacho Morfin, Profesoras Investigadoras del IPN; de la Mtra. Abigail Aguilar Contreras, Jefa del Herbario Medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Dr. Erick Estrada Lugo, Profesor Investigador de la Universidad Autónoma de Chapingo y del Antropólogo Jorge Miranda Pelayo, Jefe del Departamento de Fortalecimiento al Proceso Educativo, de la UNAM, Dr. Guillermo Mendoza Castelán, Profesor Investigador de la Universidad Autónoma de Chapingo.

En el Capítulo de Medicinas Complementarias, agradecemos el acompañamiento de la MVZ Enedina Silva Cabrera, los comentarios y las opiniones emitidos en diferentes eventos por las Doctoras María Eugenia Pulido Álvarez, Cuahuteotlita Jiménez Castañeda, Rosario Sánchez Caballero, Magdalena Rodríguez Flores, Amalia Medina Uribe, Berta Salgado Cadena, Remedios Sandoval Muñoz y Carmen Pineda Betanzos, y por los Doctores Tomás Alcocer González, Sergio Arturo Ruiz Zamitiz Bonilla, Gabriel Carlín Vargas, Arturo Gómez Mera, Víctor Baltasar Villavicencio, Federico Rivas Vilchis, Roberto García González e Yves Requena, la Dra. María Ernestina Moctezuma Lechuga y por el Profesor Hervé Louchouart. Un homenaje aparte y con profundo respeto y agradecimiento merece el Dr. Ángel Salas Cuevas (q.e.p.d) quien nos acompañó de manera muy cercana hasta finales de 2008.

Para el Capítulo de Poblaciones Indígenas y afrodescendientes, aprovechamos los aportes y opiniones de los Licenciados Aureliano Esparza Velasco, Manuel Aguilar Soto y Enrique Ribera Barrón, de las Antropólogas Imelda Hidalgo Morales y Fabiola García Vargas, de los Doctores Ignacio Bernal Torres, Raúl Martínez Zúñiga, Raúl Fabián Muñoz, de las Licenciadas Rocío Casariego Vázquez, María de Lourdes Quintanilla Rodríguez, Patricia Veloz Ávila, Ernesto Díaz Couder y de las Maestras Alejandra Arellano Morales y Almandina Cárdenas Demay, QFB. Noemi Lugo Maldonado. Agradecemos la revisión de este capítulo en la 3ª edición al Dr. Francisco Pimienta Luna, Subdirector de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de la Secretaría de Salud.

Participaron en la revisión y enriquecimiento del Capítulo de los Paradigmas en el Campo de la Salud, el Antropólogo Gabriel Bourdin Rivera, y las Antropólogas Leonor Teso Gentile, Azálea Calleja Bello y el Dr. Francisco Blanco Favela.

Los aportes de las Secretarías Estatales de Salud se los debemos a los Doctores Ángel René Estrada Arévalo, Alíed Bencomo Alerm, María del Socorro de la Cruz, Florencio Jiménez López, Álvaro E. Arceo Ortiz, Carlos Baroni Gutiérrez, Roberto Morales Flores y Diana C. Carpio Ríos y para esta tercera edición, de la Bióloga Denia Domínguez Canabal, la Lic. Ilda Parga Parga y del Antrop. Alejandro Rodríguez Hernández.

En la revisión general de la 1ª edición del libro, participaron los Doctores Jacobo Finkelman Morgersten, José Moya Medina y Rocío Rojas Almeida †, la revisión editorial estuvo a cargo del Dr. Alonso Restrepo Restrepo y la Dra. María Beatriz Duarte Gómez, consultores de la Organización Panamericana de la Salud en México, así como el Dr. Ignacio Bernal Torres de la

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Delegación Oaxaca. La revisión técnica de esta tercera edición fue realizada por la Lic. Eréndira Guadalupe Hernández Gómez y Vicente Vargas Vite, de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural/DGPLADES.

Agradecemos el apoyo de las y los compañeros de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural/DGPLADES: Licenciadas Noemi Lugo Maldonado, María Sol Aguilar Núñez, María de la Luz Muñoz y Guadalupe L. Rosales Rodríguez, quienes son responsables de proyectos sustantivos en la Dirección, a nuestras compañeras secretarías Rita Hernández Martínez, Martha Secundino Nolasco y Arlette Jaimes Rodríguez, a Janet Flores Olivares, así como a Manuel Jaimes Fierro, Ismael Blanco Hernández, por su apoyo en la implementación de nuestra plataforma de capacitación virtual, donde agradecemos también como homenaje póstumo, a Rubí Lazos González (q.e.p.d).

Quedan muchos otros compañeros más que, aún sin estar mencionados, ocupan un espacio especial en el corazón de todos nosotros.

Finalmente, queremos agradecer a nuestras hijas, hijos y esposas, a Santa, a Delhi y Azalea, por el tiempo robado a ellas para nuestro trabajo en salud.

GLOSARIO DE TÉRMINOS, ACRÓNIMOS Y SINÓNIMOS

Acupuntura. Modelo clínico terapéutico, originado en la medicina tradicional china, que consiste en la inserción y manipulación de agujas metálicas esterilizadas, en distintos puntos del cuerpo humano. Comprende además la estimulación por electricidad, láser, magnetos, ultrasonido, masajes, ventosas, agujas de tres filos, tachuelas, balines, semillas y el método de uso de calor llamado moxibustión. Es reconocida en México por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública, contando con sustento legal a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-1998, Prestación de Servicios de Salud. Actividades Auxiliares. Criterios de Operación para la práctica de la Acupuntura Humana y Métodos Relacionados.

Amigabilidad cultural. Adaptación de los servicios a la cultura de los usuarios, en la que éstos se sientan cómodos y satisfechos.

Auto-enseñanza de la medicina tradicional. Procesos que facilitan que los diferentes grupos indígenas formen nuevos recursos humanos en medicina tradicional, dirigida e impartida por los propios terapeutas de dicho grupo étnico.

Auto-sistematización de la medicina tradicional. Proceso que facilita la recuperación y sistematización del saber tradicional de la salud que poseen los terapeutas tradicionales de una etnia y/o región, que es coordinada y llevada a cabo por los mismos terapeutas tradicionales e intelectuales indígenas de la etnia, con el fin de preservar, fortalecer y transmitir su medicina tradicional en su región y grupo étnico.

Competencia cultural. La habilidad y capacidad de las personas e instituciones (en este caso de salud), para interactuar y negociar la forma y el tipo de servicios que se ofrecen con y para grupos culturalmente diversos.

Competencia intercultural en salud. Habilidad para fomentar actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina alopática y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad.

Cosmovisión. Es el conjunto de ideas ordenadas y clasificadas con los que cada grupo con una cultura específica, interpreta la totalidad del universo y actúa en él. Va a depender de su historia, costumbres y lenguaje y las creencias que una persona o un grupo tienen sobre su realidad. Son un conjunto de presuposiciones que un grupo mantiene sobre cómo funciona el mundo.

Cultura. El marco global de una sociedad en el que todos los comportamientos, las costumbres y las percepciones de la realidad adquieren sentido. Se refiere a todas las actividades propiamente humanas como el arte, la religión, modos de vida, tecnología, valores éticos, educativos y morales.

Derechos humanos. Son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable, para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos, establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado.

Eficacia. Se refiere a un criterio para favorecer la validación de los modelos clínico terapéuticos, que implica el presentar las evidencias científicas de los efectos y resultados producto de la utilización de ese modelo o terapia.

Enfermedades culturalmente transmitidas. Grupo de enfermedades cuyas causas y factores de riesgo, están relacionadas directamente con hábitos y comportamientos sociales derivados de patrones culturales. Como ejemplo se encuentran los estilos de vida que inciden en torno a la alimentación, ejercicio, adicciones, etcétera.

Epidemia cultural. Extensión de una enfermedad a un gran número de individuos de una población, en la que los factores etiológicos están relacionados directamente con patrones, hábitos y comportamientos culturales. Como ejemplos tenemos a la obesidad y la diabetes, que como abarcan varios países, se pueden considerar como pandemias culturales.

Farmacias verdes. Propuesta metodológica que propone el trabajo conjunto con terapeutas tradicionales en una región, para elaborar preparados medicinales herbolarios que puedan significar un aporte para dicha región, las organizaciones de terapeutas tradicionales de la misma y los servicios de salud a nivel institucional.

Fortalecimiento de la salud. Se refiere a la promoción de acciones (“comida, ejercicio y buen humor”) en los servicios de salud y la comunidad, que van más allá de la prevención de enfermedades, y que procuran favorecer cambios de estilo de vida, que impacten directamente en una mejora de la salud de los individuos.

Herbolaria. Utilización de plantas medicinales con fines terapéuticos. Existen diversos sistemas médicos que utilizan la herbolaria: la medicina tradicional indígena mexicana y americana, la medicina tradicional china, la ayurveda de la India, la medicina unani y la medicina convencional occidental, entre muchas otras. Cada una de ellas se ha desarrollado desde visiones de la rea-

lidad diferentes. En el caso de la herbolaria utilizada desde el marco conceptual de la medicina convencional, ésta es conocida como fitoterapia (¿??) y las plantas se estudian y utilizan por sus propiedades químicofarmacobiológicas.

Homeopatía. Sistema clínico farmacológico distinto a la farmacología alopática, propuesto por el médico Samuel Hahnemann a finales del siglo XVIII, basado en que lo semejante trata lo semejante; es decir, que se utilizan cantidades muy pequeñas de sustancias vegetales, animales y minerales, que en dosis mayores producen los mismos síntomas de lo que se pretende tratar, con lo cual se busca fortalecer al cuerpo para que se cure a sí mismo. Para ello, las sustancias se diluyen en proporciones infinitesimales y se dinamizan agitándolas vigorosamente. La homeopatía le da un peso muy importante a los factores emocionales en la causalidad y tratamiento de las enfermedades. Es reconocida en México por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública, y respaldada por dos escuelas de medicina y un hospital federal.

Instituciones culturalmente competentes. Las instituciones que poseen la capacidad para interactuar y negociar eficazmente con grupos culturalmente diferenciados. La competencia cultural acentúa las ventajas de la diversidad cultural, celebra las contribuciones de cada cultura, anima los resultados positivos de obrar recíprocamente y apoya compartir las responsabilidades y oportunidades.

Interculturalidad. El modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Interculturalidad en salud. Son los procesos que en los servicios de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad: La Interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección.

Medicinas complementarias. Modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud que no se consideran parte de la medicina convencional occidental, ni de las medicinas tradicionales indígenas de cada país. También llamadas alternativas, no convencionales o paralelas.

Medicina tradicional. Conjunto de sistemas médicos que tienen sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad, que los distintos pueblos indígenas de un país han acumulado a través de su historia.

Multiculturalidad. Reconocimiento de la existencia a la diversidad de grupos culturales; sin embargo, la multiculturalidad no propone la interacciones equitativas, por lo que queda como parte una situación descriptiva de una realidad.

Modelo clínico terapéutico. Conjunto de procedimientos clínicos y terapéuticos que parten de una concepción determinada del proceso salud – enfermedad, que identifican determinados problemas de salud, proponiendo estrategias específicas para resolverlos de manera positiva.

Modelo de validación. Mecanismo para facilitar la evidencia de los aportes de diferentes modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, en base a criterios de seguridad, eficacia comprobada, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales, y aceptabilidad social.

Negociación intercultural. Metodología para lograr acuerdos y/o resolver conflictos entre grupos y personas culturalmente diferentes, que parte de facilitar el reconocimiento y respeto a las diferencias en la percepción de la realidad y creencias existentes entre ambos modelos, para la solución de un problema, de manera que ambas partes se escuchen e interaccionen de manera horizontal y sinérgica.

Paradigma. Conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo, en torno a una teoría particular y hegemónica, en un determinado periodo histórico.

Partera tradicional. Las personas que ofrecen algún servicio para atender el embarazo, parto y puerperio, cuya prácticas se encuentran enmarcadas en el modelo tradicional de atención a la salud.

Parto en posición vertical. Es la posición que presenta la mujer en el trabajo de parto en la cual su torso y canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90°, con respecto al plano horizontal. Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser: sentada, semisentada, de rodillas, en cuclillas y parada. Ahora existen diversas versiones de sillones obstétricos diseñados para facilitar su aplicación en clínicas y hospitales de manera que la mujer y el médico se encuentren cómodos. Es una demanda de grupos indígenas de nuestro país y de población en general de diversas naciones. En México cuenta con sustento legal, científico y cultural para favorecer su práctica.

Personal de salud culturalmente competente. La capacidad del personal de los servicios de salud, para fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios de los servicios, promoviendo para sí mismo y para los usuarios de los servicios actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Plan maestro de infraestructura. Instrumento rector para la promoción, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura de los servicios de salud; con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión y operación sustentable.

Seguridad. Se refiere a un criterio para favorecer la validación de los modelos clínico terapéuticos, que implica el presentar las evidencias científicas de su inocuidad o toxicidad.

Servicios de salud culturalmente competentes. Son los Servicios de salud que promueven y otorgan valor a la diversidad, impulsan la participación social y la comunicación asertiva en los asuntos relacionados con la salud de la comunidad y que adecuan sus procesos y espacios a las características sociales y culturales de la población.

Sistema complementario de atención a la salud. Articulación entre dos o más sistemas de recursos, materiales y humanos para la prevención, curación y de rehabilitación en salud que se integran para el beneficio común. Ejemplo Medicina tradicional con la medicina científica.

Sistemas de salud. Conjunto articulado de representaciones y creencias, con las que se interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano. Lo que determina sus formas de prevenir y/o curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida.

Sistemas ideológicos. Conjunto ordenado y articulado de representaciones, ideas y creencias sobre un particular campo del universo, con las que cada pueblo establece particulares formas de acción. Ejemplos: el campo político, el religioso, el moral, el estético, el filosófico, el mágico, la medicina, el género, el derecho y la producción agrícola y otros más.

Terapeutas tradicionales. Las personas que ofrecen algún servicio para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física o espiritual, colectiva y comunitaria, enmarcados en una forma de interpretar el mundo que nos rodea (cosmovisión), del modelo indígena tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre-Beltrán G., Antropología médica, México, D.F., CIESAS, SEP/Cultura, 1986.

Almaguer Gonzalez José Alejandro, Vicente Vargas Vite y Hernán José García Ramírez: Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Secretaría de salud, México, 2008.

Arroyo J. y Cols., La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. Clin. Invest. Obst. Ginec, 1, 221, 1974.

Arsovska L., Breve historia de la filosofía china, en Primer encuentro académico de acupuntura de la Asociación Mexicana de Asociaciones y Sociedades de Acupuntura (AMASA A.C.), Guadalajara, Jalisco, Enero 23 y 24 de 1993.

Barquin-Calderón M., Historia de la medicina, México, D.F., Méndez Editores; 1995.

Basaglia F., La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud, México, D.F., Editorial Nueva Imagen; 1978.

Berlinguer A., Conti-Massuco C, Misita, Mondilla, Omodeo, Piesanti, Seppilli, Somenzi, Vegetti. Medicina y Sociedad. Barcelona, España, Libros de Confrontación, 1972.

Berlinguer G., Medicina y política, México, D.F., Ediciones Círculo de Estudios, 1977.

Bossy J., Bases neurobiológicas de las reflexoterapias. Monografías de Reflexoterapia aplicada, Barcelona, España, Masson, S.A.; 1985.

Brailowski S, Stein, D. G., Will B., El cerebro averiado. Plasticidad cerebral y recuperación funcional, México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1992.

Burton-Goldverg (compilador), Medicina alternativa. La guía definitiva, California, EUA, Future Medicine Publishing, Inc; 1999.

Carlson, J. Diehl, J., Sachtelben Murray, M., McRae, M, Fenwick, L., Friedman, E. Maternal positioning during parturition in normal labor, *Obstet, Gynecol*, 68:443, 1996.

Caldeyro Barcia R., Noriega-Guerra L., Cibils L.A., Alvarez H., Poseiro J.J., Pose S.V., et. al., Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1960, 80(2):284-290.

Caldeyro Barcia R., The influence of maternal position on time of spontaneous rupture the membranes, progress of labor and fetal head compression, *Birth Fam J.*, 6:7; 1979.

Caldeyro Barcia R. Bases fisiológicas y Psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Simposio sobre recientes adelantos en medicina perinatal, Tokio, Japón, oct 21 y 22, 1979. Publicación científica No 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.

Cavalleri María, El parto a través de la historia, UNICEF, 1992.

Campos R., Relación médico paciente. Una relación de poder y subordinación. En: Lara y Mateos R. M. *Medicina y cultura.*, México, D.F., Ed. Plaza y Valdez; 1994.

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28: 202-207. Publicados en el Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS, No 14 Feb. 2002; 15 (www.clap.ops-oms.org)

Chapman, M., *La evolución del Constructivismo: orígenes y desarrollo del pensamiento de Piaget* Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

Cheng A., *La médecine chinoise*. Paris: Editions du Senil., Traducción de Mariano Orta Manzano. Barcelona, España, Ediciones Martínez Roca, 1975.

Chuaqui J B., *Apuntes de Historia de la Medicina*. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005.

Coll A N., Proposals for intercultural cultural diversity in the era of globalisation. Contribution to the world assembly of the alliance for a responsible, plural and united world to be held in Lille (France), in december, 2002, Barcelona, July 2001.

Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria. *Declaración para la Salud de los Pueblos*. Guatemala; Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria; 2001.

Cosminsky S., *La atención del parto y la antropología médica*. En: Campos R. *Antropología médica en México*, México, D.F., Instituto Mora/UAM, 1986.

Crevenna P. *Medicina y sociedad*, México, D.F., Ediciones de Cultura Popular, 1978.

Cunningham Myrna, Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua, Washington, D.C., 2002.

De Miguel J., Introducción al campo de la antropología médica, En: Llobera J R. Antropología médica, Barcelona, España, Anagrama, 1980.

Delarue F., Salud e infección. Auge y decadencia de las vacunas, México, D.F., Editorial Nueva Imagen, 1980.

Devereux G., De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento, México, D.F., Siglo XXI Editores, 1989.

Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R., Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1980, 11(1):1-7.

Diseño de espacios y objetos para el parto Integral, Gobierno de Chile, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Ministerio de Planificación. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Diseño, Santiago, 2006.

Dubos R., El espejismo de la salud. México, D.F., FCE, 1981.

Espinosa-Damián G., Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas, México, D.F., UAM-X, 2003.

Estrada-Lugo E., Escuela para diabéticos. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Natural y Tradicional. SOLAMENAT. Memorias del congreso 2005. SOLAMENAT, Universidad Autónoma de Chapingo, México, D.F., Fórmulas Herbolarias Ediciones, 2005.

Foucault M., El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, México, D.F., Siglo XXI editores, 1980.

García-Ramírez H, Sierra A, Balam G., Medicina maya tradicional. Confrontación con el sistema conceptual chino, México, D.F., EDUCE, FAM, VEMMES, PRODUSSEP, Huelasz G, 1996.

García-Ramírez H, Zarco M, Munguía M T, Gómez I, Moya J, Calleja A, Munguía M A. Enfoque interdimensional. Documento de trabajo, Campeche: Educación Cultura y Ecología, 1996.

García-Ramírez H., Introducción a la discusión en torno a la salud y enfermedad. En: Revista CRISTUS. Salud y enfermedad. Alternativas. Revista de Teología y Ciencias Humanas, No. 566. México, Junio 1983, 14-20.

García-Ramírez H., Salud, conciencia y organización. México, D.F., CRT y Fomento Cultural Educativo, 1990.

González R., Historia de la medicina tradicional china. Primer encuentro académico de acupuntura de la Asociación Mexicana de Asociaciones y Sociedades de Acupuntura (AMASA A.C.) Guadalajara, Jalisco, enero 23 y 24 de 1993.

Grajales-Valdespino C, García-Ramírez H, Agenda Social sobre Salud. Documento de trabajo. México, D.F., Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular, A.C., 1999.

Grajales-Valdespino C, García-Ramírez H., Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular, A.C. Agenda Social sobre Salud. Documento de trabajo, México, D.F., Agenda Social sobre Salud, 1999.

Gupta JK, Hofmeyr GJ., Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Gutiérrez-Baroni C., Montejo-León L., Almaguer González J., Vargas Vite V., García Ramírez H., Medicina Tradicional y Herbolaria en Campeche. Secretaría de Salud del Estado de Campeche, México, 2008.

Hall E T., El lenguaje silencioso, México, D.F., Alianza Editorial Mexicana – CNCA, 1990.

Harris M., Antropología cultural, Madrid, Alianza Editorial, 1996.

Harris M., Nuestra especie, Madrid, Alianza Editorial, 1997.

Herreman R., Historia de la medicina, México, D.F., Ed. Trillas, 1991.

Institute of Development Studies. University of Sussex, Reino Unido, El Uso de Herramientas participativas en la promoción de la salud sexual, Colección de Experiencias en Metodologías Participativas, 1998.

Illich I., Némesis médica. La expropiación de la salud, México, D.F., Editorial Joaquín Moritz, 1978.

Inzunza-Castro J. R., La medicina está enferma. El médico graduado debe saber también lo que no sabe, Mimeo, México.

La Atención Intercultural a las Mujeres: El Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaría de Salud, México, 2008.

Lara y Mateos R. M., Medicina y cultura, México, D.F., Plaza y Valdez, 1989.

Lamadrid Alvarez Silvia, Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino, *Cad. Saúde Pública* vol.14 suppl.1 Rio de Janeiro, 1998. Print ISSN 0102-311X.

Lévi-Strauss C., *Antropología estructural*, Buenos Aires, EUDEBA, 1977.

Ley de derechos de los padres y de la persona recién nacida. República Argentina. Ley N° 25.929. SANCIÓN: 25/08/2004. Promulgación: 17/09/2004 -Decreto N° 1231/2004. Publicación: B.O.N. N° 30489 -21 de septiembre de 2004; p.1-2. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, Caracas, lunes 23 de abril de 2007, N°38.668.

Lezaeta-Acharan M., *La medicina natural al alcance de todos*, México, D.F., Editorial PAX, 1991.

Liu Guo Hua, *Dietoterapia. La ciencia china de la cura por los alimentos*, Barcelona, España, Ed. Plaza E .Janés, 1999.

Locke S., Colligan D., *El médico interior. La nueva medicina que revela la incidencia de la mente en nuestra salud y en el tratamiento de las enfermedades*, México, D.F., Editorial Sudamericana-Hermes, 1991.

López-Austin A., *Cuerpo humano e ideología*, México, D.F., UNAM, 1989.

Lovelock J. Gaia, *Una nueva visión de la vida*, Barcelona, España, Editorial Orbis, Biblioteca de divulgación científica, 1986.

Lyons A., *Historia de la medicina*, Ed. Doyma, S.A.; 1980.

Mambretti G, Jean S., *La medicina patas arriba*, España, Ediciones Obelisco, 2002.

Martina Marco A.; Victor Fernández, Luis Escate, Antonio Sánchez y Hugo Villa, Parto en posición sentada en la Oroya (3780 m), *Acta Andina. Asociación de Estudios de Biopatología Andina*. ISSN. 1994. 3(2): 151-154.

Matamala M. I., Berlagoscki F., Salazar G., Nuñez L., *Calidad de la atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?*, Santiago de Chile, Ed. COMUSAMS-ACHNU, 1995.

Menéndez E. L., *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, México, D.F., Editorial Nueva Imagen, 1979.

Menéndez E. L. ,*Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. En: Campos-Navarro R. *Antropología médica en México*, México, D.F., Instituto Mora/UAM, 1986.

Menéndez E. L., Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán, México, D.F., Ediciones de la Casa Chata 13, 1981.

Mendez Bauer C., Arroyo J., Garcia Ramos C., Menendez A., Lavilla M., Izquierdo F., Villa Elizaga I., Zamarriego J., Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor, *J Perinat Med* 1975, 3(2):89-100.

Méndez Gutiérrez Rosa María y María Dolores Cervera Montejano, Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Rev. Salud Pública de México/vol. 44, No 2, marzo-abril de 2002.*

Mercado F., Troncoso R., Sanginés A., Escudero J. C., Bernal V. M., Gomezjara F., *Medicina ¿Para quién?* México, D.F., Ediciones Nueva Sociología; 1980.

Mora F., Hersch P. W., *Introducción a la medicina social y salud pública.* México, D.F., Terra Nova, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco; 1984.

Morin E., *El paradigma perdido,* Barcelona, España, Kairos; 1998.

Nacer en el Siglo XXI. De vuelta a lo humano. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Universidad de Chile. Humanización del proceso reproductivo mujer-niño-familia. Santiago de Chile, enero 2001.

Naciones Unidas, México. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006* Gabinete de Desarrollo Humano y Social / Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social México 2006.

Nathan Bravo Elia, *Territorios del mal. Un estudio sobre la persecución europea de brujas,* Instituto de Investigaciones Filológicas / Instituto de Investigaciones Filosóficas -UNAM, México, 2002, 225 pp.

Navarro V., *La medicina bajo el capitalismo. Crítica,* Barcelona, España, Grupo Editorial Grijalbo; 1979.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. República del Perú, 2005.

Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización. República del Ecuador. 2008

Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Ginebra, Suiza, OMS.

Organización Mundial de la Salud. Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 56ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA56.31. Punto 14.10 del orden del día 28 de mayo de 2003.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud “Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud” Saavedra -Región de la Araucanía, Chile, Noviembre 1996. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, Febrero 1998 Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. “Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua” Cunningham Myrna , 2002 Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud. Resolución IV Conferencia Interparlamentaria sobre “El papel de los parlamentos en las metas de salud desde una perspectiva étnico racial: Desafíos y avances.” Brasil, 2005.

Organización Panamericana de la Salud, Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas Informe de Progreso Junio, 1998, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informe de Proceso. OPS. Washington D. C. Junio, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La Salud de los pueblos Indígenas de las Américas. Tema 4.6 del orden del día provisional. 47º Consejo Directivo. 38ª sesión del Comité Regional. Washington D. C., 25 al 29 de Septiembre de 2006. OPS. CD47/13 Esp. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Resolución CD37.R5. OPS Sep-oct 1993 DO 260, 50.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Resolución CD40. R6, OPS. Septiembre 1997. DO 285.

Pérez-Tamayo R., El concepto de enfermedad, su evolución a través de la historia. Tomo II. México, D.F., UNAM, CONACYT, FCE; 1989.

Pacto del Pedregal. UNAM. Proyecto: México Nación Multicultural. Informe de Evaluación del Primer Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo 1995-2004, México, Mayo de 2006.

Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Medicina Tradicional –Necesidades Crecientes y Potencial. No. 2 –Organización Mundial de la Salud Ginebra, Mayo de 2002.

Piaget J., La equilibración de las estructuras cognitivas. Problema central del desarrollo. Madrid: Siglo XXI, 1978. 1975.

Plan Nacional de Salud, 2007 – 2012. Secretaría de Salud. México. 2007.

Plan Sectorial de Salud, 2007 – 2012. Secretaría de Salud. México. 2007.

Richerz A. Las otras medicinas. Barcelona, España: Editorial Parramón; 1983.

Rodríguez-Rivera L., La entidad nosológica: un paradigma. Revista Cubana de Administración de la Salud 1998; No 8. Julio-septiembre: 253 -257.

Rogers F B. Compendio de historia de la medicina. México, DF: La Prensa Médica Mexicana; 1965.

Rogers F B. Compendio de historia de la salud pública. México, DF: Siglo XXI Editores; 1981.

Rojas-Soriano R. Sociología médica. México, DF: Folios Ediciones; 1983.

Rosenfeld I. Guía de la medicina alternativa del Dr. Rosenfeld. México, DF: Ed Diana; 1999.

Salas-Cuevas A. Acerca de las terapéuticas alternativas. México, DF: Grupo Fractus A.C; 2003.

Salas-Cuevas A. La homeopatía como terapéutica alternativa. Foro Nacional de Homeopatía,

Hospital Nacional Homeopático, 15 jul 2003. México, DF: Grupo Fractus A.C; 2003. Salas-Cuevas A. Las terapéuticas alternativas. Documento de trabajo. México, DF: Grupo

Fractus A.C; 2003. Salzman Z. Antropología: panorama general. México, DF: Publicaciones Cultural; 2001.

Salazar Antúnez Gilda: Un cuerpo propio. Prepared for delivery at the 2001 meeting of the Latin American Studies Association, Washington DC, September 6-8, 2001. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C, Hermosillo, Sonora, México. Sam-Martín H. Salud y enfermedad. 3ª edición. México, DF: La Prensa Médica Mexicana. ; 1980.

Sanginés A. Medicina liberadora, teoría, método y práctica. México, DF: Praxis; 1989. Sayavedra G. ¿Qué enseñan los médicos? (Una visión de su ideología). Revista CRISTUS, Salud y enfermedad. Alternativas. Revista de Teología y Ciencias Humanas. No 566. México. Junio 1983: 25-28.

Sayavedra Herrerías Gloria y Eugenia Flores Hernández (Compiladoras) Ser Mujer: Un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud. Red de Mujeres, A.C. México 1997. Sazón-Lombardo Y. El alma y los síndromes patológicos populares actuales. Michoacán: Dirección General de Culturas Populares. Unidad Regional Michoacán, SEP, Cuadernos 41, Mayo de 1983.

Schwarzc y Col. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. Clin. Invest. Obstet. Ginecol. 7. 135. 1980.

Secretaría de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Sistemas complementarios de atención a la salud. Diagnóstico situacional. México, DF: SSA; 2005.

Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. México, DF: Siglo XXI Editores; 1981.

SSA-INI (Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista), La Salud de los Pueblos Indígenas en México. México D.F. 1992.

Sistematización del parto humanizado en población Aymara. Sistematización de un modelo de parto humanizado introducido en la maternidad del Hospital de Iquique. Gobierno de Chile. Hospital de Iquique, 2006.

Stanway A. El médico en casa. Guía práctica de medicina natural para toda la familia. Barcelona, España: Integral; 1987.

Teegarden I. El Masaje Japonés Jin Shin Do-la acupuntura con los dedos-el poder mágico del tacto. España: Ed Martínez Roca; 1981.

Rysosyke U. La medicina agradable. México, DF: Ed. Herbal; 1996.

Vigotsky. L. Pensamiento y Lenguaje: Teoría del Desarrollo Cultural de las Funciones Psíquicas. Mexico, 2004. Edit. Quinto Sol.

Werner D, Bower B. Aprendiendo a promover la salud. México, DF: Ed. Centro de Estudios Educativos y Fundación Hesperian; 1991.

Werner D, Sanders D. Cuestionando la solución. Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil. México, DF: PRODUSSEP, A.C. Centro de Estudios Educativos, A.C. Centro de Educativos Ecuménicos, A.C; 2002.

Werner D. Nada de nosotros sin nosotros. Desarrollando tecnologías innovadoras para, por y con personas discapacitadas. México, DF: Editorial PAX-México; 1999.

Zolla C, del Bosque S, Tascón A, Mellado V. Medicina tradicional y enfermedad. México, DF: Centro interamericano de estudios de seguridad social. (CIESS); 1988.

Comentarios, preguntas y aportaciones:
marakame07@outlook.com

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Dr. Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Alberto Jonguitud Falcón
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dra. Carmen G. Rodríguez Dehaibes
Directora General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud

Dr. José Alejandro Almaguer González
Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Enf. Vicente Vargas Vite
Subdirector de Interculturalidad en los Servicios de Salud

Dr. Hernán J. García Ramírez
Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención

Dr. Francisco Pimienta Luna
Subdirector de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas



INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud

Se terminó de imprimir y encuadernar en el mes de diciembre de 2014
Imprenta: *Impresión y Diseño*

La edición consta de 3000 ejemplares y estuvo al cuidado de la
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Cuidado de edición: *Dr. José Alejandro Almaguer González, Enf. Vicente Vargas Vite,
Dr. Hernán García Ramírez, Lic. Zulema Lara Isidro, Lic. Ismael Blanco Hernández,
Q.F.B. Noemí Lugo Maldonado y Raquel Mondragón Cáceres*

Diseño de portada: *Mtra. Araceli Edith Vázquez Ibáñez*
Diseño editorial: *Mtra. Araceli Edith Vázquez Ibáñez*
Formación: *Mtro. Carlos O. Castell Sánchez*

