



Antología

PLURALIDAD CULTURAL Y SALUD I

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

PRIMER SEMESTRE

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

PLURALIDAD CULTURAL Y SALUD I

Objetivo de la materia:

El estudiante será capaz de reconocer la importancia de la atención primaria de salud como medio para el desarrollo comunitario, aplicándose esta, bajo un enfoque integral e intercultural.

Contenido temático:

UNIDAD I

- I. Introducción al tema de interculturalidad.
- I.2 Interculturalidad y derechos humanos.
- I.3 Bioética intercultural.
- I.4. Interculturalidad en salud. La nueva frontera de la medicina.
- I.5. Interculturalidad y empoderamiento.
- I.6. Interculturalidad en el proceso salud-atención.
- I.7. Interculturalidad, género.
- I.8. Complementariedad y respeto.

UNIDAD II

2. La promoción a la salud. Eje de desarrollo comunitario.
- 2.1. El diagnóstico comunitario y su relación con la salud comunitaria.
- 2.2. Factores determinantes de salud en la comunidad.
- 2.3. Atención primaria de salud: herramienta para el desarrollo comunitario.
- 2.4. La interculturalidad como política de salud.
- 2.5. Educación para la salud.

UNIDAD III

3. Sistemas de atención a la salud en américa latina
- 3.1. Sistemas de atención a la salud.
- 3.2. Teoría de sistemas, (medicina occidental europea, Oriental-China, etc.)
- 3.3. Sistema médico convencional.
- 3.4. Sistema médico tradicional.

UNIDAD IV

4. Salud (Niveles de salud según la OMS/OPS.).
- 4.1 Áreas de aplicación de la promoción a la salud.
- 4.1 Historia Natural de la Enfermedad (Niveles de Atención y Promoción)
- 4.3. Niveles de atención y Prevención.
- 4.5. Áreas problemas por ciclo de vida, grupos de riesgo y medio ambiente.
- 4.6 Paradigmas de los sistemas de salud

ÍNDICE

INTERCULTURALIDAD	12
La interculturalidad y derechos humanos	12
Interculturalidad y género	17
INTERCULTURALIDAD Y SALUD	19
México, sociedad multicultural	19
El enfoque intercultural	20
La interculturalidad en la salud	25
Las barreras culturales	26
La competencia cultural	28
Educación para la salud	31
Resolución de conflictos y negociación intercultural	37
EDUCACIÓN INTERCULTURAL EN LA SALUD: RETOS PARA LAS UNIVERSIDADES INTERCULTURALES	45
Interculturalidad y participación comunitaria	59
HACIA UN MODELO DE BIOÉTICA INTERCULTURAL	62
Pluralidad, multiculturalidad e interculturalidad en México	63
Bioética: concepción y desarrollo	68
Evolución y actualidad del concepto bioética	70
INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES	80
La salud en los pueblos indígenas	80
Problemática intercultural	81
LA INTERCULTURALIDAD COMO POLÍTICA DE SALUD	87
El Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018	87
Hacia una política intercultural en salud	89
La Secretaría de Salud y el marco institucional de la política intercultural	90
Plan Nacional de Desarrollo y Programas Nacional y Sectorial de Salud 2007-2012 y 2013-2018	92
El enfoque intercultural en los programas salud	94

Lineamientos interculturales para el personal de salud	96
CONCEPTO DE MEDICINA TRADICIONAL EN LAS AMERICAS	99
DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD TRADICIONALES EN MEXICO	101
LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA MEXICANA	104
La medicina tradicional indígena	104
Diagnóstico situacional	105
Medicina tradicional e identidad cultural	110
Marco legal de la medicina tradicional	112
El sistema médico tradicional	115
La cosmovisión	117
Principales causas de enfermedad en los modelos de salud indígenas	119
Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro	127
LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS	131
Desarrollo en el mundo	131
Aportes del enfoque sistémico	133
Prácticas derivadas del sistema médico occidental	135
El sistema médico tradicional chino	137
El sistema médico tradicional ayurveda	141
Situación en México	145
Marco legal	149
Fortalecimiento de los servicios de salud con otros modelos médicos	161
EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD Y SUS APORTES PARA UNA REVISIÓN DE LOS PARADIGMAS EN EL CAMPO DE LA SALUD	164
Los paradigmas	165
Los paradigmas en el desarrollo de la medicina occidental	169
Los paradigmas de la medicina occidental en la actualidad	186
Etapas de la historia natural de la enfermedad	192

INTERCULTURALIDAD

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.

INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos son aquellos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Estos derechos son universales, indivisibles, interdependientes y están interrelacionados.

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a

fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

El respeto hacia los derechos humanos de cada persona es un deber de todos. Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos consignados en favor del individuo.

Algunos ejemplos de derechos humanos fundamentales son:

Derecho a la vida: Toda persona tiene derecho a la vida y a la seguridad de su persona.

Derecho a la libertad: Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, y tiene derecho a la libertad y seguridad de su persona.

Derecho a la vivienda: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar.

Derecho al trabajo: Toda persona tiene derecho al trabajo, a una remuneración equitativa y a la protección contra el desempleo.

Derecho a la libertad de reunión y asociación: Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.

Derecho a la identidad: Todo niño tiene derecho a tener nombre y apellido, nacionalidad y a saber quiénes son sus padres.

Derecho a la libertad de expresión: Toda persona tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión.

Derecho a la educación: Toda persona tiene derecho a la educación

Derecho a la igualdad y a no ser discriminado: Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a la misma protección legal sin discriminación.

La no discriminación es un derecho humano fundamental que protege a todas las personas de ser tratadas de manera desigual o injusta, basado en características como raza, género, edad, religión, entre otras. Este derecho implica que todos los individuos deben tener las mismas oportunidades y ser tratados con dignidad y respeto, sin importar sus diferencias.

El derecho a la no discriminación en México:

Base legal: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el principio de no discriminación en su artículo 1º, prohibiendo cualquier forma de discriminación que atente contra la dignidad humana y menoscabe los derechos y libertades de las personas.

Derecho a la salud: El derecho a la salud es un derecho humano fundamental que implica que todas las personas tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Este derecho no solo se refiere a la ausencia de enfermedad, sino también al acceso a servicios de salud de calidad, a entornos seguros y saludables, y a la información y educación necesaria para tomar decisiones informadas sobre la propia salud.

Todas las personas deben tener acceso a servicios de salud esenciales, incluyendo prevención, tratamiento y rehabilitación, sin discriminación.

Participación:

Las personas tienen derecho a participar en la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud que les afectan.

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.”

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...”

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:

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.

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.”

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 Fragoso, 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”.

...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 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:

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.

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. 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.

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

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, 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 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 cultural

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 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.

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.

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:

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.
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.

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, 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. 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. Son determinantes las teorías desarrolladas por Iván Illich, 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, 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 la mestiza), unificando el idioma y la cultura.

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*” 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 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 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 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. Desafortunadamente 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.

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

“culturas” 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

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

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 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.

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.

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 derivada de Paulo Freire, Piaget, Illich y Vygotsky.

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. 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.

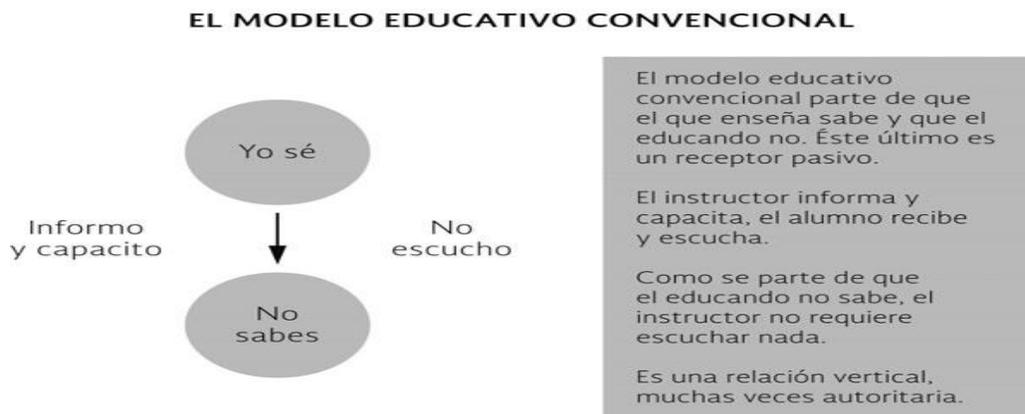
Para ello son importantes tres elementos:

- I. 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.
3. 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.

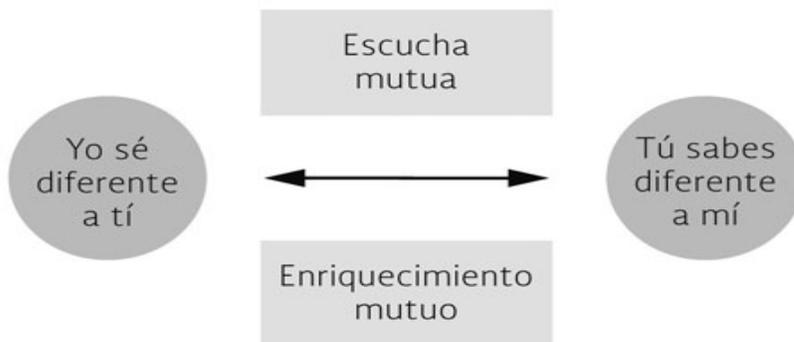




Y si no escucho estos elementos se producen las siguientes consecuencias:

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.

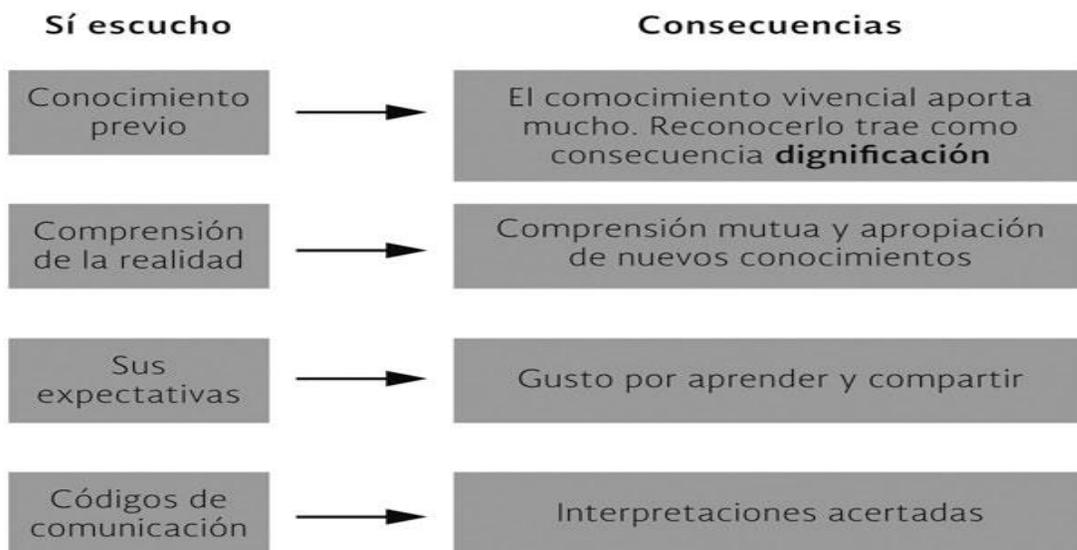


En este modelo se parte del supuesto, “que yo sé diferente a ti, y que tú sabes diferente a mí”, y que es fundamental escucharnos mutuamente para enriquecernos los dos. Se reconoce que el conocimiento del otro es valioso precisamente porque es diferente. Esto puede ampliar mi visión de la realidad, así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

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

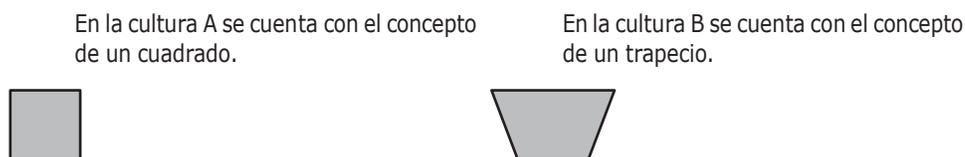
Cuando se tiene arraigado fuertemente un modelo conceptual, resulta difícil entender y aceptar nuevas ideas que partan de un marco de conceptos diferentes, con sentidos distintos. Más aún si no existe algo con lo cual comparar y confrontar. En el caso de las poblaciones indígenas esto se complica porque 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.

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. 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 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”.

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.

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:



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 o institución, para facilitar la comprensión de las necesidades, estrategias y percepciones de 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 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.

EDUCACIÓN INTERCULTURAL EN LA SALUD:

RETOS PARA LAS UNIVERSIDADES INTERCULTURALES

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; ciudaniza 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.

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”

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.

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 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.

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.

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 las 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)
- 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. 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 proporcionalidad de los conocimientos, saberes, haceres, reflexiones, vivencias y cosmovisiones. 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.

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. 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 corresponsable 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), 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?

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-José-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, 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.
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.” De acuerdo con estos autores, es imprescindible desarrollar dos grupos de estrategias:

1) “las estrategias de comunicación intercultural” que 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”.

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) 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) 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.

En otros países se ha insistido también en la necesidad de formar a los profesionales de la salud con un enfoque intercultural. 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.

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.

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. 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 elicitación del modelo explicativo del paciente, o la conceptualización de la enfermedad que este tiene, métodos para evaluar su contexto social y estrategias de negociación 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.

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.

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.

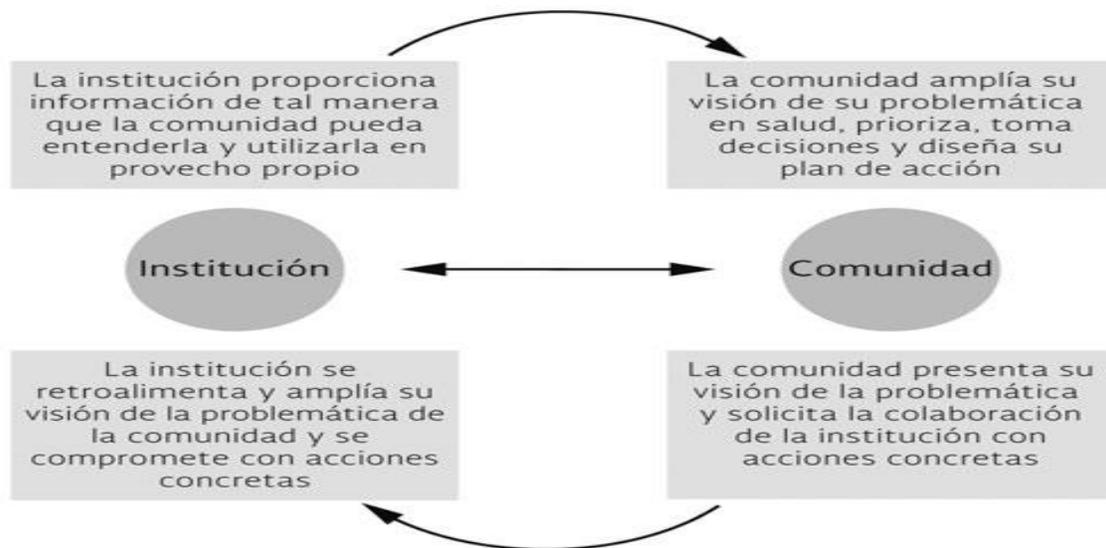
Al reconocer su cultura en este marco de igualdad y respeto, se genera como consecuencia la elevación de la autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de fortalecer la capacidad de interlocución y el ejercicio del principio de horizontalidad del enfoque intercultural.

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.

HACIA UN MODELO DE BIOÉTICA INTERCULTURAL.

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

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 continúa 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 multi-cultural, 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 inter- disciplinario y plural, así como un núcleo de problemas sociales que tienen enorme relevancia ético-filosófica, que se debaten en controversias sociales.

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.

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.

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.

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.

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.

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 la 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”. 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”.

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 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 anti religión, pero sí anti dogmatismos y anti absolutismos 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.

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”.

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. 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.

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 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 do- nación 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

explotación 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. 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.

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, ecosistémico 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.

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. 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.

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 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 con-texto 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.

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.

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.

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 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.

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

La salud en los pueblos indígenas

En el caso de la salud, los indígenas eran visibles indirectamente para las estadísticas; a partir del año 2010 se integran tres variables 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 2.- Infecciones Intestinales por otros organismos y las mal definidas 3.- Infecciones de vías urinarias 4.- Ulceras, gastritis y Duodenitis 5.- Amibiasis Intestinal 6.- Gingivitis y Enfermedades Periodontales 7.- Otitis Media Aguda 8.- Conjuntivitis 9.- Candidiasis Urogenital 10.- Ascariasis	1.- Enfermedades de Corazón 2.- Tumores Malignos 3.- Diabetes Mellitus 4.- Enfermedades del Hígado 5.- Accidentes 6.- Enfermedades Cerebrovasculares 7.- Desnutrición y otras deficiencias nutricionales 8.- Neumonía e Influenza, EPOC 9.- Bronquiectasia, enfisema y asma 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.	

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%). 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, en los municipios indígenas, la tasa se manifestó en 55 por cada 1000 nacidos vivos; 5 en las regiones de la población de las etnias Nayeri (Cora), Rarámuri (Tarahumara) y Wixárica (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, 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. Otros importantes problemas de nutrición son la deficiencia de micro nutrientes (vitaminas y minerales) y la anemia.

Problemática intercultural

De acuerdo con las estadísticas del INEGI, 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.

Esto confirma las consecuencias de los procesos de desculturación y transculturación 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, incompreensión, 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, 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, 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.

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, 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 enfermando 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 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:

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.

LA INTERCULTURALIDAD COMO POLÍTICA DE SALUD

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”.

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.

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. 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. 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 los más visibles es el de la migración de un importante contingente de población hacia los Estados Unidos 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.
- 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.

- 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.

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:

- 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 médico-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; esto era una necesidad urgente para el sistema de salud, que requería una propuesta viable para abordar 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. 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 o 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:

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.
- Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas.
- 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. 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. En el México incluyente, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud, estableciendo estrategias y líneas de acción.

Estrategia. 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.

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.
- 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 las causas 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.

EL CONCEPTO DE MEDICINA TRADICIONAL EN LAS AMERICAS

Considerar a la medicina tradicional como un recurso para la salud lleva a comprender y entender el sentido que ésta tiene en diferentes ámbitos culturales en la Región. La conformación del concepto de medicina tradicional basado a partir de diversas posiciones, permite enriquecer nuestra visión y ubicarnos en un plano más cercano a la realidad de la salud y a las prácticas médicas. En éste sentido, la amplia variedad de ideas y referencias sobre la medicina tradicional opera como marco para exponer algunos de los conceptos que se manejan regionalmente.

A continuación, se resume las respuestas obtenidas.

Bolivia

En cuanto al sentido y concepto de la medicina tradicional, los integrantes de la Sociedad Boliviana de la Medicina Tradicional SOBOMETRA señalaron, "actualmente la medicina tradicional es la práctica médica "mestiza" del área andina, con fuerte influencia religiosa, basada en la cosmovisión que la caracteriza como tal. Los terapeutas de esta práctica médica nativa son principalmente los Kallawayas, Jampiris, Yatiris, Parteros, e Ipayes. Las denominaciones para nombrar a los terapeutas indígenas son conocidas y empleadas de acuerdo a cada área geográfica específica".

Chile

En el caso de los participantes de Chile, su idea en torno a la medicina tradicional es la siguiente: la medicina tradicional, es la utilización de otras prácticas médicas alternativas en la curación de enfermedades y males del ser humano. Además, la medicina tradicional es la forma de actuar en el proceso salud/enfermedad/atención que deriva de la tradición del país o Región por lo cual incluye raíces aborígenes, española, y de otras diversas formas culturales.

Costa Rica

En cuanto al concepto de medicina tradicional, los participantes de Costa Rica señalaron lo siguiente: la medicina tradicional es "la actividad que tienen los grupos nativos relacionada

con los recursos naturales propios de la región”. “La medicina tradicional es la relación entre la medicina y prácticas mágico-religiosas y las especies propias de su hábitat”.

También señalaron que la medicina tradicional es la práctica donde se utilizan medicamentos naturales y que se transmite principalmente en forma oral dentro del país.

Ecuador

Los participantes de la institución Jambi Huasi, Área de Salud de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (INRUJTA - FICI) señalaron: "la medicina tradicional es el conjunto de prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y valorativas en las que confluyen y se expresan los conocimientos, saberes y valores que reconocen en las tradiciones y en el proceso cultural de los pueblos no occidentales sus referentes racionales y simbólicos. Estas prácticas están diversamente articuladas con los saberes procedentes de la medicina occidental y constituyen respuestas que buscan el equilibrio del ser como totalidad".

México

En México, el concepto de medicina tradicional ha sido trabajado y discutido desde diversos ámbitos y marcos de referencia, los aquí expuestos son tan sólo una muestra de la amplia variedad. Se entiende por medicina tradicional a un conjunto de prácticas médicas con base ritual, mística y mágica, con fuertes elementos de la medicina prehispánica, a pesar de estar a veces sincretizada con elementos de la religión católica y/o de la medicina alópata. Se transmite a través de una enseñanza oral, de sueños, de predestinaciones y es el reflejo de una cosmovisión propia del grupo.

La siguiente definición ha sido extraída del documento de trabajo No. 7, "La medicina tradicional en Chiapas" y en el marco del IMSS-COPLAMAR del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), publicado en el año de 1987, la cual fue trabajada por diversos especialistas y médicos tradicionales:

“La medicina tradicional es un conjunto de conocimientos y prácticas generados en el seno de la comunidad, transmitidos de generación en generación y que, basada en un saber fundamentalmente empírico, ofrece soluciones a las diversas manifestaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud de la comunidad”.

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD TRADICIONALES EN MEXICO

En México existe un registro de terapeutas tradicionales, pero se desconoce el volumen.

Se puede documentar esta información mediante los registros del Instituto Nacional Indigenista (INI), o el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Las principales especialidades de los terapeutas y el porcentaje de participación femenina es el siguiente:

Especialidades Participación femenina

Parteras 80%

Yerbateros 50%

Hueseros 50%

Curanderos 50%

Culebreros 20%

Chamanes 50%

Rezadores 20%

Sobadores 40%

En México existen asociaciones que agrupan a los terapeutas tradicionales. Estas asociaciones operan a nivel nacional, estatal y regional.

Los objetivos de estas asociaciones son: a) legalizar la medicina tradicional; b) promover la medicina tradicional y crear interrelación con la medicina institucional; c) buscar espacios de trabajo, combatir la marginación y la sospecha hacia las prácticas médicas tradicionales; d) mejorar la capacidad de negociación que tienen estas asociaciones ante las autoridades ya que no es representativa.

El país cuenta con instituciones públicas y privadas que promueven el desarrollo de la medicina tradicional, como, por ejemplo: Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT); IMSS-Solidaridad; Instituto Nacional Indigenista (INI).

Los objetivos específicos que persiguen estos organismos son:

- CONAMIT: Promover la legislación en materia de medicina tradicional.
- IMSS-Solidaridad: Impulsar la salud y el bienestar social de la población rural con el apoyo de los médicos institucionales y la colaboración de médicos indígenas, terapeutas tradicionales y parteras rurales; crear huertas medicinales; recuperar técnicas médicas tradicionales para curar y prevenir enfermedades.
- INI: Apoyar el trabajo de IMSS-Solidaridad y se preocupa de rescatar la medicina tradicional. Instituciones de investigación

También existen instituciones de investigación encargadas del tema de la medicina tradicional desde distintas perspectivas como:

- Instituto Nacional Indigenista (INI)
- IMSS-COPLAMAR
- Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR)
- Instituto de Estudios Indígenas (IEI)
- Organización de Médicos Tradicionales del Estado de Chiapas (OMIECH).

Además, existen instituciones que cuentan con un programa de investigación de medicina tradicional, como, por ejemplo:

Programa IMSS-SOLIDARIDAD de interrelación con la medicina tradicional. Las principales líneas de investigación son: estudiar las características de la medicina tradicional, de los

terapeutas tradicionales y de las parteras rurales; estudiar las hortalizas medicinales; la recuperación de prácticas médicas tradicionales; el intercambio entre médicos institucionales y médicos tradicionales a través de talleres y de trabajo comunitario conjunto. El participante señaló que con relación al impacto (económico, político, científico, de planeación etc.) de tales estudios o programas es, teóricamente, un fuerte impacto en los usuarios por la aceptación y el uso de las estructuras médicas del IMSS. Las consultas tendrían que ser gratuitas debido a un intercambio entre población/centro de salud, teóricamente el programa se lleva a cabo en muy pocas comunidades y se queda como propuesta “en el papel” debido a la falta de preparación de los médicos y la falta de tiempo y empeño.

El carácter de estos programas es más político que de aplicación y combate a la pobreza.

Las actividades que se tienen contempladas para futuras investigaciones son: más talleres de intercambio, de apoyo y de formación para médicos sobre cuestiones antropológicas, de medicina tradicional y de métodos.

Las expectativas de estudios a mediano y largo plazo son lograr disminuir el personal médico en áreas indígenas y marginadas, “reforzando” las prácticas médicas tradicionales y su aceptabilidad y dejando estas áreas todavía más marginadas que ahora.

Apoyos nacionales y extranjeros

En el país, la medicina tradicional cuenta con algún presupuesto asignado para su desarrollo o investigación de parte de la Organización de Médicos del Estado de Chiapas

(OMIECH); de la INI; y de la IMSS COPLAMAR.

Dentro de las instituciones que otorgan apoyo se encuentran: el Estado; la Fundación Mac Arthur; SOLIDARIDAD, la ONU; la FAO y la OPS/OMS.

El presupuesto que se asigna se canaliza a la investigación, difusión, y realización de talleres de capacitación e intercambio de conocimientos.

Los terapeutas tradicionales reciben apoyo económico cuando están involucrados en proyectos y si pertenecen a algunas organizaciones de médicos indígenas, pero no para

realizar su actividad de médicos, sino para organizar encuentros, talleres e intercambios.

LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA MEXICANA

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, 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.

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 terapeutas. 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 las 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. 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; 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 nohoch man, en maya (la madre de todos) o huinajiu, 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 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 14.10 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 (I), 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 proceda.

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 Salud 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 Ixtlán, 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. 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:

- 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.

- 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.

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).
- 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:

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 saje 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 micro-biológico. 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 vital

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 soplo 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 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.

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 limpias.

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 caber, 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.

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 cómo, dónde y con quién 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, sobre todo, 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 OMS, 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.

LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS

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, el 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.”

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.

Desarrollo en el mundo

Veinticinco de los 191 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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, 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 investigación.

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.).

CLASIFICACIÓN LA DIFERENCIA EN:

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.

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.

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.

Consideramos que este modelo de análisis innovador facilita la comprensión de diversas prácticas médicas como sistemas, a partir de su cosmovisión.

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

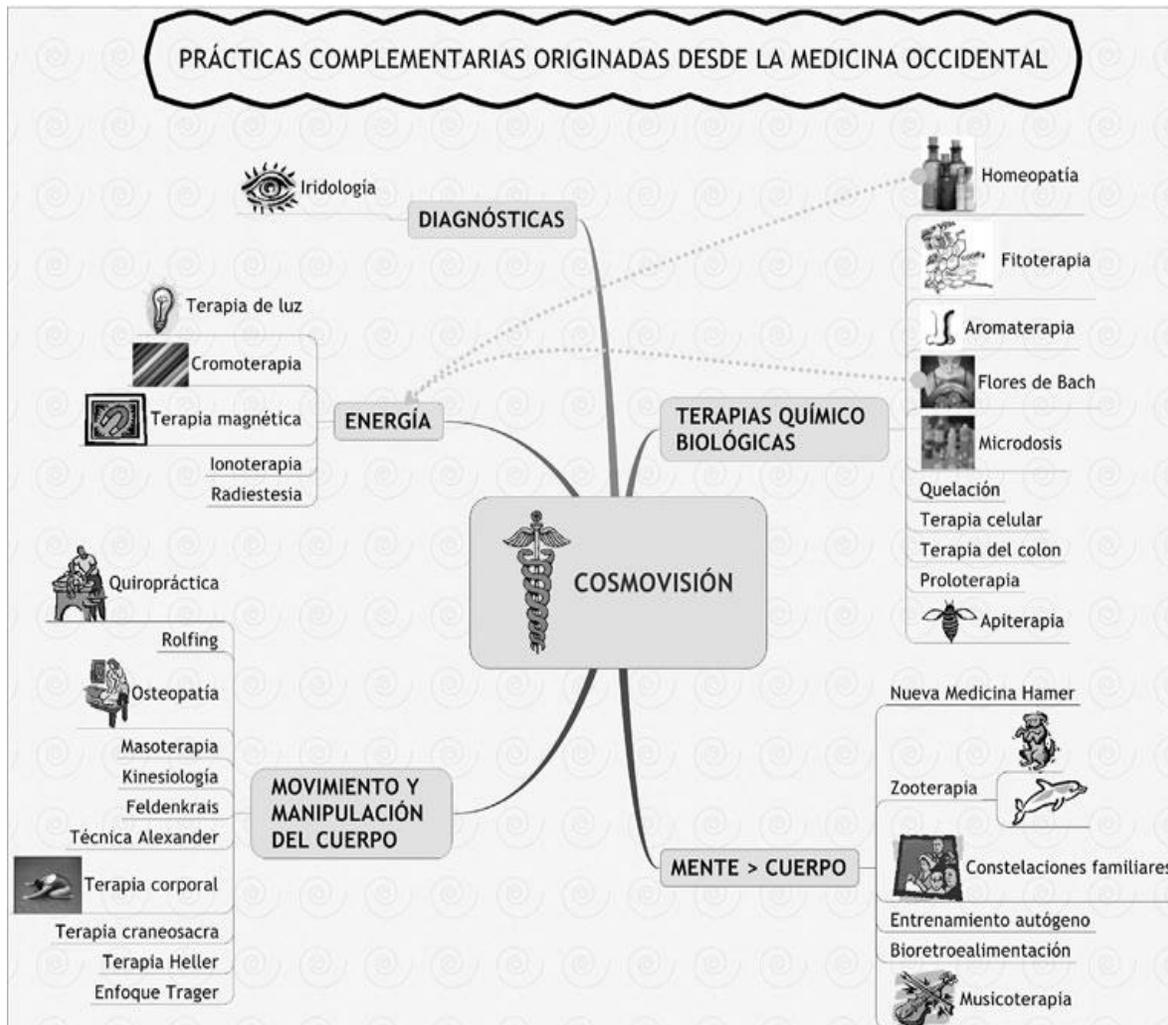
Durante los siglos XVIII al XX, un gran número de médicos, investigadores y profesionales formados en el sistema médico y la cosmovisión y cultura occidental, fueron proponiendo y adicionando prácticas innovadoras de carácter preventivo y terapéutico. En muchos casos comparten la misma cosmovisión médico-occidental, 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 holísticos que desde otras culturas han impregnado también las propuestas occidentales.

En el siguiente diagrama, señalamos una serie de prácticas terapéuticas propuestas por médicos e investigadores occidentales, ordenadas desde las categorías propuestas para su clasificación:

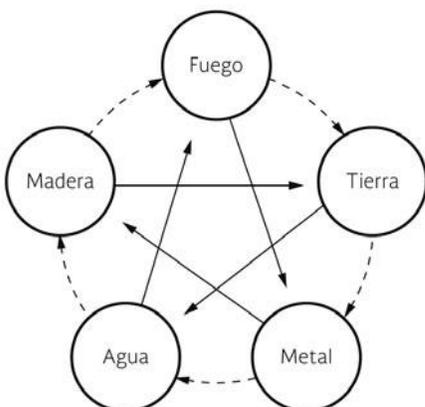


El sistema médico tradicional chino



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 “meridianos”. 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, utilizan la estimulación de puntos corporales que seña-

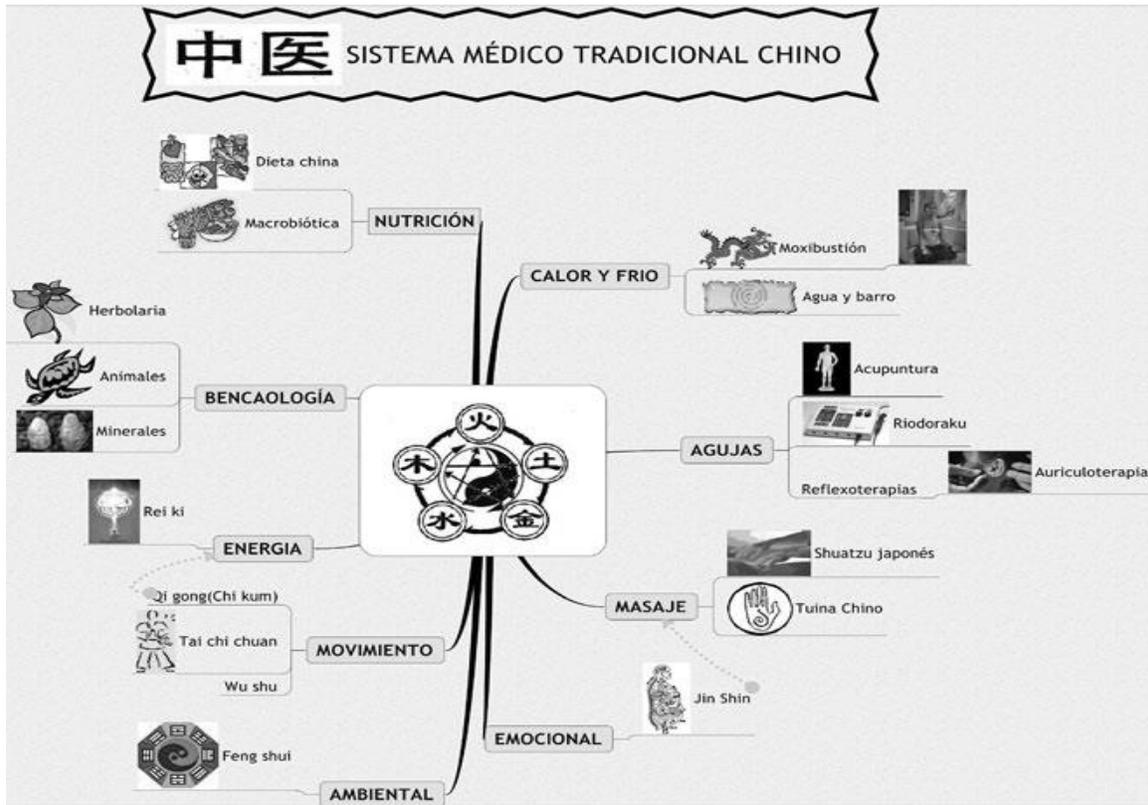
la, enlazan con todo el sistema cuerpo-mente, que se utilizan para despertar obstrucciones emocionales, reorganizar energéticamente a ese sistema y resolver gradualmente el trauma, al cual se le puede dar posteriormente un abordaje psicoterapéutico (enfoque tara).

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 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 ayurvédico, 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 (pakriti) compuesta de cantidades variables de tres doshas o fuerzas: vata simbolizada por el aire o el espacio; pitta por el fuego; y kapha 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.

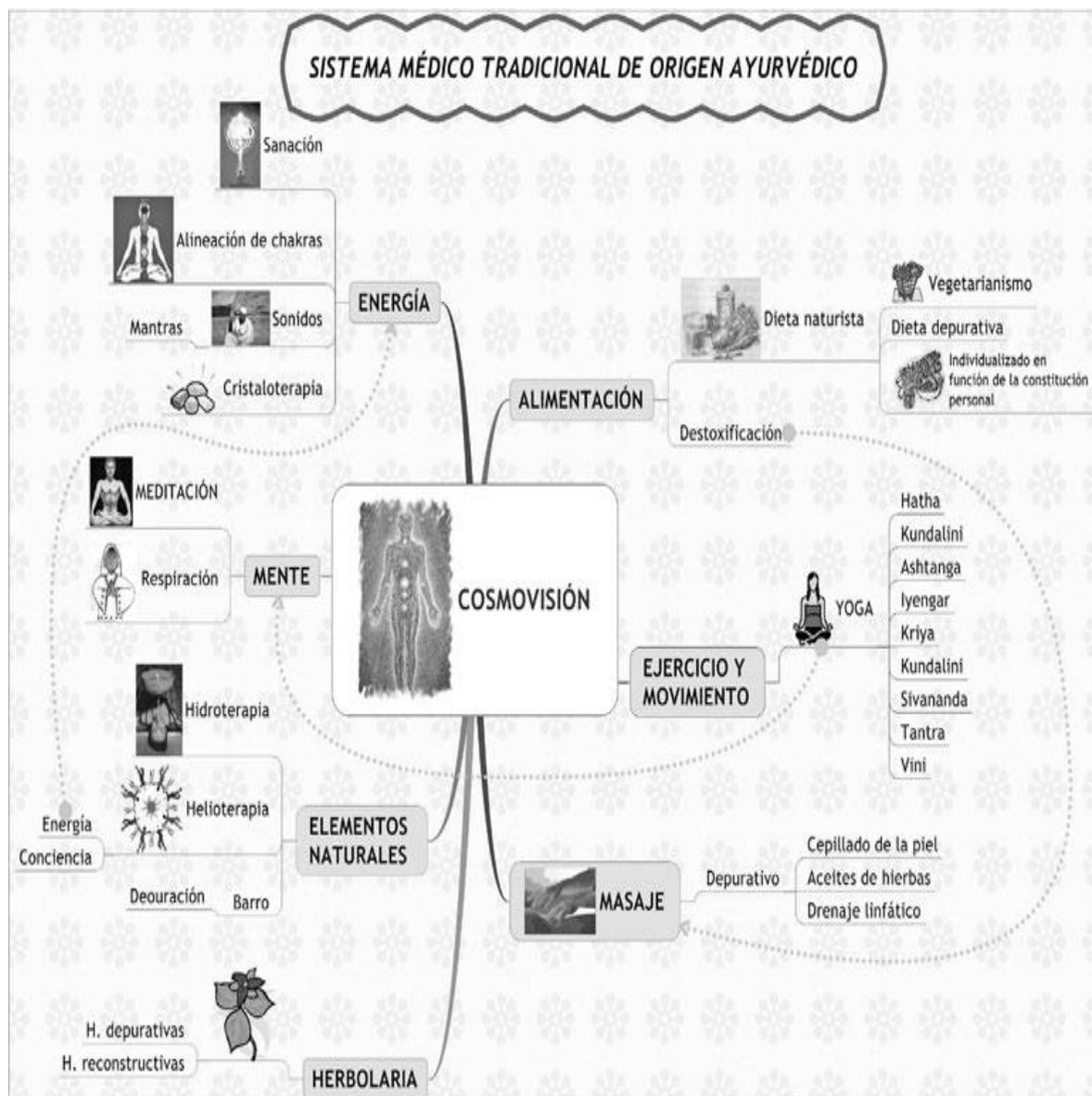
Esta cosmovisión, a lo largo de los siglos, ha dado origen a una serie de prácticas, preventivas y terapéuticas, dirigidas a conservar y restituir el equilibrio energético del cuerpo, mente, emociones y espíritu a nivel interno y con el medio ambiente.

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:

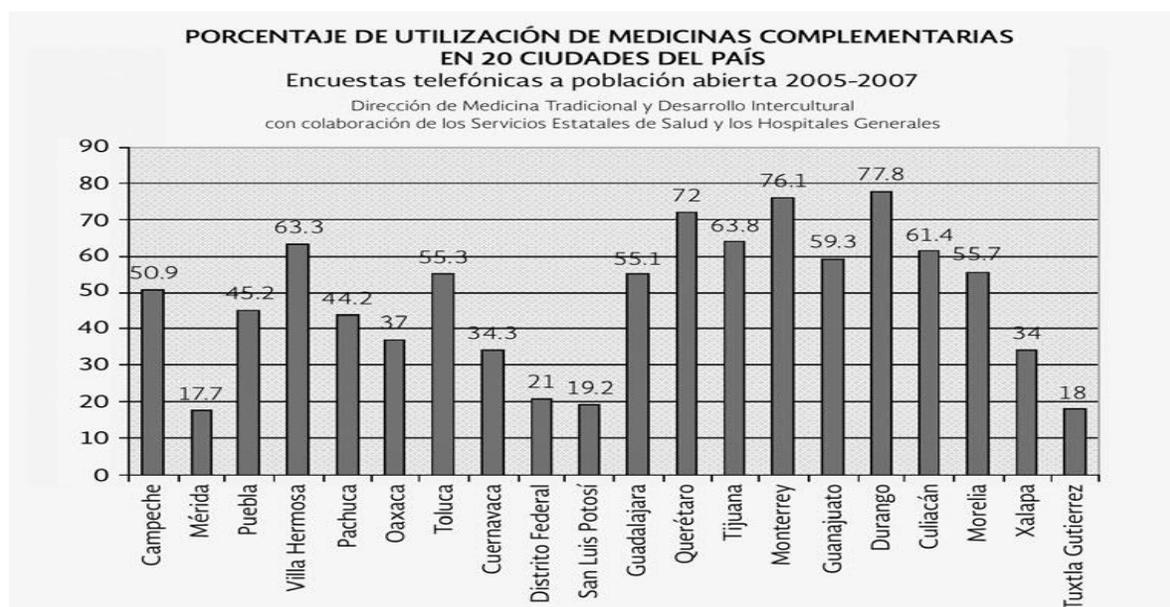


Situación en México

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.

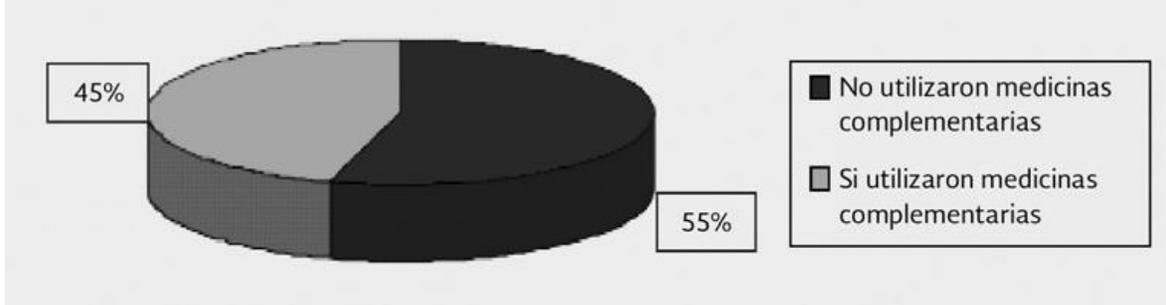
Los datos encontrados a través de las entrevistas telefónicas a población abierta, mostraron que en el último año había acudido a consulta con medicinas complementarias y alternativas: en la ciudad de Campeche 51% de la población, en Mérida 18%, en Oaxaca 37%, en Puebla 45%, en Villa Hermosa, 63%, en 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%.

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%.



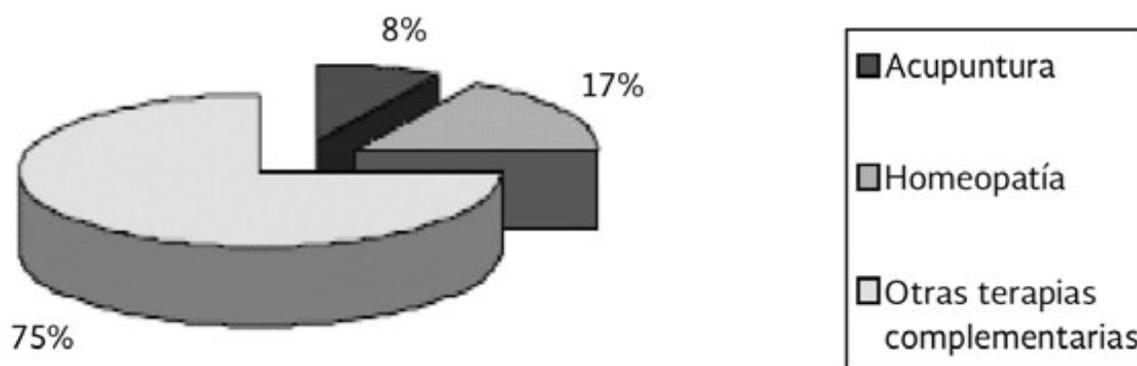
PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS EN EL ÚLTIMO AÑO EN 20 CIUDADES DEL PAÍS, 2005-2007

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural
con la colaboración de los Servicios Estatales de Salud



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.

PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE ACUPUNTURA Y HOMEOPATÍA EN 20 CIUDADES DEL PAÍS, 2005-2007



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 OMS y del UNICEF. 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

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) alopáticos, b) homeopáticos y c) herbolarios. 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.

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 Mexicanos 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 las quiroprácticas 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).

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) alopáticos, b) homeopáticos y c) herbolarios. (Artículo 224; Fracción B). (Artículos 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 129, 130, 140, 173, 174, 175).

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.

En 2005, en el marco de una profunda reforma con el Sistema de Protección Social en Salud, 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.

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”.

La actualización de la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003, en su artículo 77 Bis I 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 medico 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.

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.

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.

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 Secretaría 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, cuenta 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 Cuitláhuac, 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 Geriátrica 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 aportes 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.

- La cantidad creciente de población que utiliza y demanda estas prácticas.

La relación costo-beneficio que presentan modelos como la acupuntura y homeopatía.

- El reconocimiento y recomendaciones que la OMS ha emitido al respecto.

- 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).

P. Fisher, La medicina alternativa en Europa. BMJ 1994.

En Estados Unidos de América 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).

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005. OMS. Ginebra, 2002.

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.

Consensus development panel. Acupuncture. J Am Med Assoc. National Institutes of Health. 1998; 280: 1518-1524 pp.

S. Birch An overview of acupuncture in the treatment of stroke, addiction, and other health problems. Clinical Acupuncture, Scientific Basis. G Stux, R. Hammerschlag Eds. Springer, 2000; 8: 131-150 pp.

RH. Bannerman, Viewpoint on acupuncture world health. The World Health Organization; 1979. Revista Salud Mundial de la OMS, dic., 1979

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.

Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine. World Health Organization. Ginebra, 2004.

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, y como modulador del dolor.

En México se han realizado también aportes respecto a la comprensión de los mecanismos de acción sobre la acupuntura y la homeopatía.

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.

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

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.

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. 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 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. 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, 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 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.

EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD Y SUS APORTES PARA UNA REVISIÓN DE LOS PARADIGMAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

*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. 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 alopátia? ¿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?
- ¿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 preconcepto.
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. 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 Kuhn: “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.

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 cho- que 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, Vygotsky 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, 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.

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 enfermedad 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 eras vagas; 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 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 catarros 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 catedráticas.

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 “sucia,” 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 Erasítrato, 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. 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 enfermen 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 biologista 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.

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 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 suficientes 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 Iván Illich. 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 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.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Es decir, para estar “completa”, la salud debe estar presente en tres niveles de salud: el nivel biológico o físico; el nivel psicológico o mental y el nivel social o relacional.

Aunque esta definición es clara y lleva usándose bastante tiempo -la OMS la publicó en 1948- no ha sido una idea que siempre haya estado vigente. A lo largo de la historia, la concepción de la salud ha ido evolucionando hasta llegar a lo que entendemos hoy día.

De manera muy resumida, podría decirse que hemos pasado por varias fases. Entre algunas de ellas se encuentra el llamado reduccionismo biológico, en el que lo único a tener en cuenta para considerar si una persona estaba sana o no era su estado físico. Más tarde pasamos al dualismo, en el que cuerpo y mente (o alma) estaban presentes e interactuaban entre sí. Finalmente, llegamos al modelo bio-psico-social que establece la OMS.

Actualmente sabemos que los tres niveles de salud interactúan entre ellos y que esa influencia mutua puede afectar al estado de bienestar de la persona.

Salud física

Es la primera de los tres niveles de salud que nos viene a la mente cuando pensamos en salud. Examinamos cómo está nuestro cuerpo, si tenemos alguna enfermedad física, si nos duele la espalda o nos hemos resfriado.

La preocupación por el estado de nuestro cuerpo ha estado muy presente a lo largo de la historia. Con el paso de los años hemos visto cómo, cada vez más, el cuidado a nuestro cuerpo ha ido ganando importancia.

El desarrollo de la medicina ha proporcionado avances y descubrimientos que afectan a la forma en la que ahora entendemos los hábitos diarios. Por ejemplo, seguro que, si preguntáis a vuestros abuelos o personas mayores, muchos de ellos dirán que empezaron a fumar cuando tenían 7 u 8 años, a modo de juego. Sin embargo, en la actualidad en España, está prohibido fumar dentro del ambiente laboral e, incluso, en bares y restaurantes. Además, las cajetillas se llenan de imágenes desagradables sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo.

salud psicológica

También hay que decir que se ha puesto de moda llevar hábitos de vida saludables, cada día que pasa tenemos una nueva palabra para denominar estas tendencias saludables o “healthy”, los batidos y zumos “détox”, hacer deporte y ser un “runner”, entre otras muchas.

Está genial cuidar de nuestro cuerpo, por eso que dicen que es nuestro templo, pero... ¿qué pasa con el resto de niveles?

Salud social

A la hora de evaluar nuestra salud también se tiene muy en cuenta la importancia de tener una red social fuerte que sirva de apoyo en la vida diaria. ¿En qué consiste la salud social?

Tener buenos amigos y buenas relaciones familiares está siendo cada vez más importante. Si pensamos en cómo eran las cosas hace unos años quizá se nos vengan a la cabeza esos

matrimonios que, una vez que se casaban, dejaban un lado la vida social, los amigos o la comunicación con otros familiares.

Sin embargo, a día de hoy, se promueve el mantenimiento de las amistades, se tenga pareja o no. También si eres madre o padre y quieres quedar con tus amigos: hazlo porque te va sentar muy bien. Es cierto, el apoyo social se considera uno de los factores predictores más potentes cuando se investiga sobre salud y longevidad.

¿Qué ocurre cuando tenemos en cuenta los tres niveles de salud?

Todos los niveles son necesarios para mantener nuestra salud en equilibrio. Es importante cuidar nuestro cuerpo, nuestra red social y nuestro estado psicológico. Si uno de los niveles está débil, acabará afectando a los otros dos y nuestro estado general dejará de ser saludable.

Un ejemplo muy gráfico es el de la conocida pirámide de Maslow. En la base de la pirámide estarían las necesidades fisiológicas, las de nuestro cuerpo (alimentación, respiración, sexo...); seguida de estas, estarían las necesidades de seguridad (vivienda, empleo, protección...); a continuación, encontramos las necesidades de afiliación y después las de reconocimiento (aquí se incluyen relaciones sociales, amistad, afecto y, por otro lado, confianza, respeto...). Por último, una vez cubiertas todas las anteriores, estaría la necesidad de autorrealización (aquí hay cuestiones tan importantes como la aceptación de los hechos y la resolución de problemas).

Aunque Maslow las organiza como una pirámide y, por lo tanto, con un orden que indica que sin que se satisfagan unas no se pueden satisfacer las siguientes, la concepción de la salud en la actualidad es más dinámica.

No se trataría de ir subiendo escalones y completando fases, sino que cada una de estas fases interactúa y modifica a las otras. De esta manera, si estoy completamente sano -a nivel físico- pero me siento solo y soy incapaz de trabajar en mi autoestima, probablemente esto afecte a mi calidad del sueño, mi vitalidad -o sea que estaría afectando a mi estado físico- pero también a cómo me relaciono con mis amistades, es decir, también afectaría a mi nivel social.

También puede ser que tenga una muy buena capacidad de aceptar las situaciones tal y como se dan, que tenga una gran red de apoyo social y sea muy buena en la resolución de problemas, pero que, a la vez, sufra alguna enfermedad que me produzca dolor crónico. Aunque esta enfermedad seguirá presente, mi estado físico mejorará y la percepción del dolor será menor si a nivel social y psicológico me encuentro bien.

Por eso, aunque nos resulte muy sencillo centrarnos en lo observable, es decir, en cómo está mi cuerpo y si tengo amigos o no, no podemos olvidarnos de lo que sentimos y pensamos y de cómo esto nos afecta.

La salud es una carrera de fondo

Después de revisar todos los aspectos que tenemos que cuidar y de los que tenemos que estar alerta, alcanzar un estado de salud completo suena como una tarea casi imposible. Pues bien, no se trata de conseguir tener cada uno de los aspectos presentes en los tres niveles (bio-psico-social) perfectos, eso es algo que está fuera de nuestro alcance.

Se trata de mantener un equilibrio entre varias cuestiones para que, si alguna nos falla, no caigamos en picado.

La salud es un continuo, de hecho, imagínatela como una línea recta: en un extremo estaría la enfermedad y en el otro la salud. Puede que no lo tengas todo bajo control y, aun así, te encuentres más cerca del extremo saludable. Puede que estés resfriado o te duela la cabeza, eso no significa que estés sumido en una enfermedad que abarque toda tu vida. Esto significará que, aun estando saludable, habrá en tu vida cuestiones relacionadas con la enfermedad o el malestar, ya que eso forma parte de la vida tal y como la entendemos.

Cuida cada nivel de tu salud

Cuídate a nivel físico, no olvides que comer sano y hacer ejercicio físico es muy importante. Disminuir o eliminar el consumo de sustancias nocivas también tiene grandes beneficios en nuestro estado físico.

Además, cuando empieces a hacer ejercicio en un gimnasio, por ejemplo, tienes la oportunidad de conocer gente nueva y tu red social se amplía. Por otro lado, estarás

liberando sustancias químicas en tu cerebro que harán que te sientas más animada, más contenta.

Como ves, cada pequeña cosa que hagas por cuidar de ti estará beneficiando otros aspectos de tu salud.

Cuida de tus redes sociales. No, no nos referimos a Facebook, nos referimos a tus amistades, pareja o familia. Aprender a relacionarnos de una manera sana y recíproca puede evitarnos muchos baches del camino. No tengas miedo de conocer a gente nueva, sea como sea estarán aportando algo a tu vida.

Cuida de tu bienestar emocional. No des por hecho que sentirse desmotivado es algo normal en estos días. No des por hecho que porque te alimentes bien y tengas amigos “no puedes quejarte”. Si no te encuentras bien a nivel emocional -o no todo lo bien que te gustaría estar- no dudes en pedir ayuda y trabajar también sobre estas cuestiones.

La terapia psicológica, el hablar con alguien sobre lo que te preocupa y pensar en ti también es un entrenamiento a largo plazo, igual que comenzar a hacer un deporte. De primeras quizá cuesta ver los cambios, pero una vez que los has alcanzado, son visibles para todos los que te rodean. Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención La historia natural de la enfermedad corresponde a la evolución de un proceso patológico o enfermedad, sin la intervención médica. Representa lo que sucede con la enfermedad desde las causas (etiología) que permiten que se inicie, el desarrollo del curso de la enfermedad, hasta los diferentes posibles desenlaces (curación, cronicidad o muerte).

La necesidad de conocer la historia natural de la enfermedad es para descubrir sus causas para poder actuar sobre ellas, el desarrollo de la enfermedad para un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, cambiando con ello el curso de la enfermedad, para evitar las complicaciones y la cronicidad o el desenlace fatal. No sólo interesa al médico clínico conocer la evolución natural de la enfermedad para el manejo de sus pacientes, o sea con una mirada individualizada, también interesa al epidemiólogo, con una visión poblacional, para realizar intervenciones a nivel de poblaciones, como, por ejemplo, hacer ver la necesidad de políticas públicas para disminuir factores de riesgo y causas de enfermedad.

Etapas de la historia natural de la enfermedad

Reconocemos en la historia natural de la enfermedad 2 etapas:

1. Período prepatogénico

Corresponde a la fase previa a la enfermedad, el individuo aún está sano, y el inicio de la enfermedad depende del equilibrio de la tríada ecológica huésped – agente - medio ambiente. se inicia la enfermedad, pero el ser vivo no presenta manifestaciones clínicas, ni cambios celulares, tisulares u orgánicos.

2. Período patogénico

Es la etapa en que se desarrolla la enfermedad, ingresó el agente y se producen cambios en las células, los tejidos y órganos.

Esta etapa a su vez tiene 2 etapas:

Se subdivide en dos etapas:

- **Período subclínico**

Corresponde al período en que la persona presenta cambios celulares, tisulares y de órganos, pero aún no tiene síntomas (molestias ocasionadas por la enfermedad) ni signos (cambios observables al examen físico).

Período de incubación: corresponde al nombre dado de este período subclínico a las enfermedades transmisibles, en que los agentes infecciosos se multiplican en el organismo y producen toxinas y daño tisular, como en la influenza, el covid 19, el sarampión.

Período de latencia: corresponde al nombre dado de este período subclínico a las enfermedades degenerativas, como la artrosis, diabetes mellitus, demencia senil.

Período clínico

En este período la persona enferma ya presenta síntomas y signos, o sea la enfermedad se manifiesta clínicamente. Dejando la enfermedad evolucionar sin intervención médica, el desenlace de esta etapa puede ser la curación, la cronicidad o incapacidad (secuelas), o la muerte.

Para el médico clínico la etapa clínica tiene 3 períodos:

- Período prodrómico: corresponde al inicio clínico de la enfermedad, cuando aparecen los primeros síntomas y signos
- Período Clínico propiamente tal: cuando ya aparecen los síntomas y signos propios de la enfermedad, permitiendo hacer el diagnóstico y tratar a la persona enferma, cuando existe tratamiento, para lograr curar y evitar las secuelas o muerte.
- Período de resolución: corresponde a la etapa final, cuando la enfermedad ya desaparece, o se vuelve crónica o la persona fallece.

Niveles de prevención

A cada una de las etapas de la historia natural de la enfermedad corresponde un nivel de prevención, o sea de actuación sanitaria para evitar el desarrollo de esa etapa de la historia natural de la enfermedad, desde prevenir las causas que llevan a la enfermedad, hasta prevenir las secuelas y muerte. Así, a través de medidas preventivas, la medicina previene la ocurrencia de la enfermedad, y una vez ocurrida, la diagnostica lo más precozmente, la trata y si es necesario, rehabilita a la persona que resulta con alguna discapacidad. De esta forma interviene el curso natural de la enfermedad para evitar el daño, curar, rehabilitar y evitar la muerte de la persona enferma.

Los niveles de prevención son cuatro:

I. Prevención primaria:

Corresponde a actividades sanitarias que se realizan en las personas sanas, antes que aparezca la enfermedad, evitando que ocurra.

Comprende:

a) La promoción de la salud: consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de

riqueza de la vida cotidiana (carta de Ottawa 1986). Corresponde a las actividades de fomento y defensa de la salud de la población.

b) La protección específica de la salud: corresponde a actividades realizadas para proteger problemas específicos de salud, como por ejemplo la vacunación contra un agente específico.

2. Prevención secundaria

Corresponde a dos actividades, según nos encontramos en el período subclínico de la enfermedad, o en el clínico propiamente tal.

a) Diagnóstico precoz: se realiza para pesquisar, diagnosticar precozmente la población antes de presentar síntomas y signos, en especial en enfermedades graves. A nivel poblacional se realiza a través del screening o cribado, como el Papanicolau para diagnosticar precozmente el cáncer cervicouterino en la mujer, la mamografía para el cáncer de mama. Se realiza el examen para detectar precozmente cuando la enfermedad tiene un tratamiento eficaz, ojalá curativo.

b) Tratamiento oportuno: se realiza una vez establecida la enfermedad, con síntomas y signos, y corresponde al tratamiento para evitar complicaciones, secuelas y la muerte.

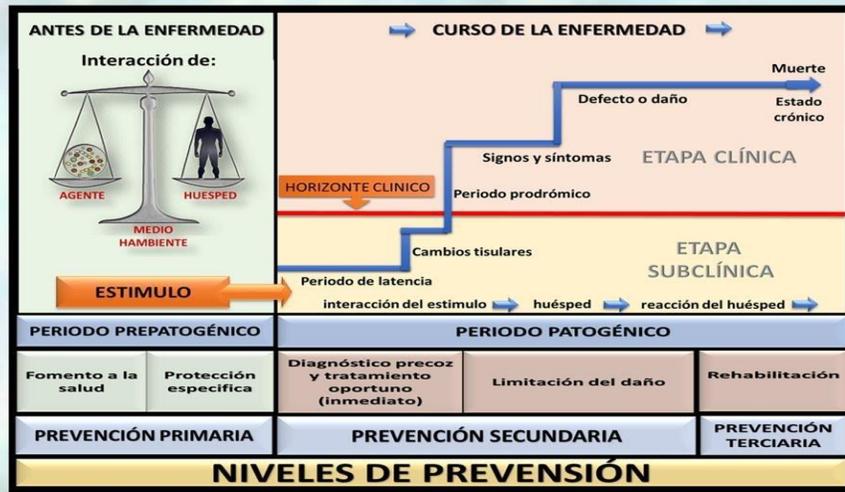
3. Prevención terciaria

Corresponde a las actividades que se realizan para rehabilitar a la persona que ha quedado con secuelas o complicaciones, para que pueda insertarse nuevamente a la vida cotidiana y logre el mayor desarrollo posible.

4. Prevención cuaternaria

Son las actividades sanitarias que se realizan para disminuir o evitar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del propio sistema sanitario evitar la iatrogenia.

Historia Natural de la Enfermedad (Leavell y Clark)



BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre-Beltrán G., Antropología médica, México, D.F., CIESAS, SEP/Cultura, 1986.
- Almaguer González José Alejandro, Vicente Vargas Vite y Hernán José García Ramírez: Inter- culturalidad 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 position 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 feta 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 édica*, 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., *Doscientos 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, Huelsz 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

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 Álvarez 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, E. 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 d 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.; Víctor 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., Núñez 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., García Ramos C., Menéndez 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., Sanjinés A., Escudero J. C., Bernal V. M., Gómez jara 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 sept-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.

Sanjinés 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.

Teeguarden 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. México, 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.