



Universidad del sureste

Interculturalidad medica II

Asesor: Doctora Magali Guadalupe Escarpulli Siu

**Investigación “Principales tradiciones y
circunstancias en salud y herbolaria indígena”**

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

Interculturalidad y multiculturalidad, dos términos, dos posturas, dos formas de hacer política pública y llevar a cabo acciones cuyos resultados resultan controvertidos en cualquiera de los ámbitos disciplinarios en que se aborden. El campo de la salud no es la excepción.

El apoyo al sistema etnomédico y el ajuste que precisa la práctica biomédica son temas hasta la fecha difíciles de concretar, debido a varios escollos claramente identificados, que en su mayoría tienen lugar del lado del gobierno y las instituciones biomédicas, y pueden ser rastreados hasta la formulación misma de las respectivas políticas de salud, con un rango que abarca la falta de decisión en las cúpulas de la política y las instituciones de salud manifiesta, por ejemplo, en las formas en que se dispone del presupuesto en el sector o la escasez de programas encaminados a modificar hábitos históricamente conformados en el personal de salud, los cuales se caracterizan por favorecer relaciones desiguales en relación con los usuarios, sobre todo cuando estos proceden de culturas diferentes a las del trabajador de la salud; también debido a la resistencia de los trabajadores de la salud para asomarse a las guías o normas de atención, así como modificar las formas de formular y llevar a cabo programas y acciones en salud.

Consideraciones esenciales

Multiculturalidad e interculturalidad

Multiculturalidad presupone la presencia de dos o más culturas diferenciadas en un espacio social determinado. El elemento medular de la perspectiva multicultural remite a subrayar las diferencias y propone políticas relativistas de respeto; esto es, se reconocen las diferencias, pero evitando en lo posible la interacción entre las personas pertenecientes a los diferentes grupos socioculturales, lo que llevado a la práctica a menudo favorece la segregación de los que están en situación de minoría o desventaja en términos económicos, educacionales y de poder, tal como ha sido para los pueblos originarios desde la Colonia hasta nuestros días. Por otro lado, interculturalidad “implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos, remite a la confrontación y el , a lo que sucede cuando los grupos entran en relaciones e intercambios”.

Por lo general, las relaciones entre los diferentes grupos socioculturales y, específicamente, de la sociedad mexicana con los grupos originarios, se inscriben en dinámicas de dominación-subordinación.

El trato a los grupos y a la persona se inscribe en una política estatal racista, desplegada mediante la infantilización de la población originaria con la consecuente falta de reconocimiento de personalidad jurídica, minimización, exclusión, satanización y descrédito de sus prácticas socioculturales, etcétera. Lo anterior ha generado para los pueblos originarios un panorama de rezago en general: pobreza en muchas ocasiones extrema y lo que ello conlleva en términos de hambre, perfiles de morbimortalidad con predominio de enfermedades infectocontagiosas, elevada mortalidad materno-infantil, emergencia de enfermedades crónico-degenerativas (entre las que destaca la diabetes, entre otras cosas debido a la alteración de los patrones de consumo alimentario con predominio de alimentos chatarra y a la modificación de los procesos de trabajo, que implica menor gasto calórico por jornada), así como la inequidad, que se manifiesta, entre otras cosas, en baja calidad de la educación con elevados índices de analfabetismo, exclusión social y baja calidad de la atención médica (cuando la hay).

Por otro lado, en el ámbito sociocultural más amplio, se requiere generar estrategias encaminadas a elevar las condiciones de vida de la población, las cuales se quedarán en el discurso y sin vislumbrar un cambio real si no se cuenta con la necesaria inversión y decisión política.

Importancia de los conceptos de procesos de salud enfermedad, atención, cosmovisión y representaciones sociales.

Un concepto de importancia ligado a la interculturalidad en salud, pero también como noción genérica, es el concepto proceso de salud-enfermedad-atención, que desde una perspectiva multidisciplinaria, pero sobre todo antropológica, hace referencia a que en los diferentes complejos socioculturales la visión del mundo que cada grupo en particular tiene occidental, maya, nahua, hindú, taoísta determina la forma particular en que se concebirá, se vivirá o padecerá y se atenderán los problemas de salud-enferme En otras palabras, engloba conceptos relativos a las

prácticas que coadyuvan a la conservación de la salud, a las causas o los fenómenos a los que se atribuye la enfermedad y cómo se manifiesta, así como a la coherencia entre cada elemento del concepto y las formas concretas que adopta la atención o la solución de los diferentes problemas, por ejemplo: el mal de ojo no se cura con aspirinas, la pérdida de la sombra o el alma solo se resuelve recuperándola.

Cabe señalar que los referentes del concepto fueron ampliamente expuestos por la medicina social, y Laurell (1982) y Breilh (2003) los desarrollaron bajo la denominación de concepto salud-enfermedad como proceso social, dando lugar a la epidemiología crítica, postura mediante la cual se buscó delimitar los planteamientos epidemiológicos clásicos de la biomedicina al resaltar que los determinantes socioeconómicos que no los culturales tienen preeminencia sobre los de orden biológico.

La respuesta de toda sociedad, ante las formas que adoptan la salud y la enfermedad, se traduce en actividades de atención, basadas en la constante emergencia y recurrencia de diferentes formas del estar sano y del padecer que guardan coherencia conceptual con los criterios de causalidad y más generales de la cosmovisión particular, sean de orden natural, energético, religioso o mágico.

Las interpretaciones a las que alude la cita anterior remiten a las formas, en particular, en que los conjuntos socioculturales conciben la salud-enfermedad: en el caso de la salud, cómo se vive y disfruta; en el caso de la enfermedad, cómo se experimenta, se sufre o se muere a consecuencia de la misma; y la atención en términos preventivos y de tratamiento que según las representaciones propias de las cosmovisiones particulares se tengan sobre dichos fenómenos.

La cosmovisión constituye pues, “el macrosistema conceptual que engloba todos los demás sistemas, los ordena y los ubica”. Asimismo, “pone en primer plano y generaliza algunos de los principios básicos pertenecientes a uno o varios sistemas y extiende el valor de las taxonomías”.

Dado que al trabajar con grupos o personas no es común hacer referencia a sus cosmovisiones, sino a sus representaciones sobre la realidad y fenómenos específicos, aquí se precisa y delimita qué se entiende por representaciones sociales, un concepto de uso frecuente en antropología.

La representación social y la cosmovisión no son entes estáticos, sino determinados en su estructura por el devenir sociocultural, en un ámbito sociocultural matizado por los discursos y por las acciones de los diferentes grupos, las cuales a su vez están enmarcadas por relaciones disparejas de hegemonía y subordinación, en medio de la disputa de los diferentes capitales (social, cultural, económico, político, etcétera).

Las medicinas originarias y las organizaciones de médicos indígenas tradicionales en el contexto de la producción académica.

La pretensión de que la población maya o zoque del estado sea uniforme en sus concepciones y prácticas médicas limita de manera severa la visión de conjunto y sobre todo las distinciones que se precisan para diseñar programas y acciones en salud intercultural acordes con las distintas formas de concebir y de vivir en el mundo.

En las diferentes regiones del estado y entre los diferentes pueblos originarios, diversos aspectos ejercen un impacto diferencial en el largo y mediano plazo, por ejemplo: la incidencia de factores de orden ideológico, en el sentido de lo político, lo cultural y lo religioso; los acontecimientos socioculturales particulares de cada región; la vocación productiva de la tierra y con ello la conformación de sistemas económicos específicos matizados por disputas en cuanto a los recursos.

Por otro lado, entre los tseltales de Oxchuc no existe la presencia de animal compañero, mientras que esta (lo mismo que otras criaturas) sí es observada entre los tseltales de Yajalón; la noción no se asemeja a la del quibal de los tsotsiles mencionados, ya que se le concibe como una entidad que reside en el corazón de las personas y que, al abandonar el cuerpo humano por las noches, se torna gaseiforme y puede adoptar incluso formas humanoides para sembrar el terror,

enfermar y matar a sus congéneres. La noción de ch'ulel es común a todos estos pueblos y constituye la fuente para una gama enorme de enfermedades por las que la gente sufre intensamente y puede morir. Cómo se concibe (cosmovisión) y se vive, se sufre y se muere es fundamental para entender las variantes en el proceso de salud-enfermedad-atención entre los diferentes grupos, lo cual incide, incluso, en cómo se padecen aquellas enfermedades que pueden ser identificadas por las taxonomías biomédicas. Conviene considerar todos estos aspectos en primera instancia en los modelos de epidemiología sociocultural que se diseñen.

En ese sentido, las dinámicas y problemáticas que surgen de las organizaciones de etnomédicos originarios son una vertiente importante, a partir de la cual se ha suscitado una buena parte de la producción antes señalada, y en torno a la cual algunos investigadores han hecho trabajo puntual y otros prácticamente hemos permanecido ligados durante toda nuestra trayectoria académica y de servicio; hoy, aunque en declive debido a problemas de financiamiento y deterioro en sus características propias, constituyeron un fenómeno de importancia a nivel nacional, motivo por el cual se incluye un apartado en este trabajo.

En 1983, bajo el mismo formato y denominación y con Solís como una de las cabezas, se retomó el proyecto a través de un convenio celebrado entre la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (unicef). Desde su primera conformación, el objetivo del proyecto fue favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias entre etnomédicos de la región y tal vez de otros estados de la República, con objeto de recuperar y fortalecer dichas medicinas.

En Chiapas se conformaron 21 organizaciones enucleadas en el Consejo Estatal de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas, Compitch, que a la fecha enuclea a las 11 organizaciones que han persistido. Otro hito de interés fue la inclusión en 1982 de la medicina indígena tradicional en el programa imss-Coplamar [Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados]. En ese año, se realizó un estudio preliminar con el propósito de “establecer un lazo de unión entre la medicina institucional y la medicina tradicional

local". Con base en los resultados del mencionado estudio, en 1983 el imss instrumentó a nivel nacional el Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional, el cual priorizaba la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y el aprovechamiento de los recursos de la medicina tradicional como parte de las estrategias de atención primaria de salud.

Luego del impulso inicial, dicho programa no estableció, al menos en Chiapas, una estrategia para interrelacionarse con las etnomedicinas. Tan solo planteó generar un cambio de actitud en el personal de la institución que estaba en constante contacto con las comunidades indígenas, contabilizar los recursos de la medicina indígena tradicional que había alrededor de las Unidades Médicas Rurales (umr), facilitar la investigación de algunas plantas medicinales y poner a disposición de los terapeutas indígenas los recursos de la institución, como sueros, vacunas, etcétera.

Interrelación entre la biomedicina y las etnomedicinas

Otro problema relevante es la dificultad para lograr una relación armónica entre el sistema biomédico oficial y los sistemas etnomédicos. El mayor obstáculo, hasta la fecha insalvable, para alcanzar una convivencia armónica y respetuosa entre ambos es atribuible a las posturas inflexibles sostenidas por el Estado y las instituciones de salud. A partir de la incorporación de la noción de interculturalidad en salud como parte de la política social de la Secretaría de Salud en 2002, se han readecuado y fundado centros hospitalarios interculturales de segundo nivel en diversas regiones originarias del país. En Chiapas, destacan tres (uno en el municipio de Oxchuc para la atención de población tseltal, otro en San Andrés Larráinzar; y uno más en San Cristóbal de Las Casas, bautizado como Hospital de la Culturas), cuyas características en términos interculturales es que una parte del personal en salud es hablante de la lengua que predomina en la región, y el trato que se brinda a la población, al menos en San Andrés Larráinzar, donde nos ha sido posible observarlo, es amable y considerado. Pero toda actividad es llevada dentro del tenor de los puntos de vista de la biomedicina sobre la salud, la enfermedad y la atención.

En mayo de 1979, la Federación firmó un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social (imss-Solidaridad, 1985: 7) que dio pie a la creación del Programa

imss-Coplamar, hoy imss-Oportunidades, que perdura hasta la fecha aunque con algunas modificaciones, sobre todo de apellido. Desde sus inicios, el programa imss-Coplamar ha estado imbuido del estilo rígido y vertical del imss, la institución que lo cobija. A través de la creación del modelo de Unidades Médicas Rurales y Clínicas Hospitales de Campo, se pretendió imponer un incisivo moderno modelo de atención tendiente, en un principio, a impactar a las comunidades rurales, para lo cual se hizo un gran despliegue de recursos y personal. En lo que toca al sector salud, estos hechos marcan el inicio de la falta progresiva de financiamiento, lastre que se arrastra hasta nuestros días, pero que en su momento significó el despoblamiento de un número considerable de Unidades Médicas Rurales y la merma en el cuadro básico de medicamentos y otros recursos necesarios para su operación.

Cabe señalar que dicho apartado fue emitido cuando en la Federación aún se discutía con qué características se haría la adición de un primer párrafo al Artículo Cuarto de la Constitución Mexicana respecto de los derechos culturales de los pueblos originarios, cuya propuesta se presentó al H. Congreso de la Unión el 7 de diciembre de 1990 y se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 1992. Es decir, el capítulo referido se adoptó un mes y medio antes de la propuesta de adición al Artículo Cuarto Constitucional y dos años antes de su promulgación. Sin embargo, para entonces México ya había suscrito el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (oit), que como establece la Constitución Federal, posee el mismo nivel jerárquico que las leyes reglamentarias, y que no tomaron en consideración aquellos que hicieron la propuesta de ley o que la avalaron en el H. Congreso del Estado de Chiapas.

Para su elaboración, no se realizó ningún tipo de acción tendiente a que los diferentes grupos originarios y organizaciones de médicos originarios tradicionales del estado participaran en consultas previas o en el diseño del documento, como sí lo indica el Convenio 169. Por otro lado, en su diseño no fueron contempladas las costumbres de las comunidades, ni se evaluó si la aplicación de dicho instrumento

sería relevante para ellas, por lo que dicha ley entró, en principio, en contradicción con el Convenio 169.

La estructura medicalizadora del párrafo precedente nos permite notar, por un lado, que no se reconocían destrezas a los practicantes de las etnomedicinas, ni efectividad alguna a estas; y, por otro, nos muestra el desconocimiento existente en los círculos sanitarios y legislativos acerca de la estructura, carácter e importancia de las comunidades originarias en sus formas médicas. Además, se procedió como si las comunidades y los médicos originarios estuvieran esperando la primera oportunidad para deshacerse de su medicina, y unos recibir los parabienes de la atención biomédica, y otros el conocimiento. Así, se dejaba de lado, en primer lugar, que la mayoría de esos grupos participaban de una visión de la realidad y de una Salud y medicina tradicional cosmovisión distinta de la sociedad global; y, en segundo lugar, la importancia histórica que para ellos han tenido sus tradiciones etnomédicas, por constituir conocimientos y prácticas que en gran medida han coadyuvado a su sobrevivencia física y sociocultural ante el constante embate de la sociedad colonial.