

Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta

Sergio Lerín Piñón

El presente artículo aborda el tema de la salud intercultural. Para ello se revisan algunos de los principales planteamientos que en nuestro medio dieron origen a acciones que tenían como objetivo disminuir la brecha en los daños a la salud entre la población indígena y la población en general, y que se dieron a partir del indigenismo y, en menor medida, de los programas que privilegiaron la ampliación de la cobertura de los servicios. El trabajo busca construir una propuesta provisoria que pueda ser útil para mejorar la calidad de la atención mediante la capacitación y profesionalización de los recursos humanos que laboran en contextos indígenas, al brindarles contenidos provenientes de la antropología social y particularmente de la antropología médica.

► 111

This article approaches the subject of intercultural health. For this purpose we reviewed some of the main proposals which in our milieu gave rise to actions that aimed at breaching the gap in damage to health among the indigenous population and the general public, and which stemmed from indigenism itself and —to a lesser degree— the programs that focused on expanding the coverage of services. The work seeks to build a provisional proposal that may be useful to improve the quality of the health care by means of training and professionalization of the human resources working in the indigenous contexts, by providing content stemming from social anthropology and especially from medical anthropology.

SERGIO LERÍN PIÑÓN: CIESAS-México.

Desacatos, núm. 15-16, otoño-invierno 2004, pp. 111-125.

La interculturalidad en salud es hoy reconocida como un tema importante por los organismos rectores en salud que han operado fuertemente en América Latina en los últimos 20 años. México, que en la década de 1940 dio impulso y vio nacer importantes aportes antropológicos en este campo, ha quedado a la zaga de las políticas en salud que se aplican a la población india en la región (OPS-OMS, 1998).

El presente trabajo busca dar cuenta del impulso que tiene la antropología aplicada en el campo de la salud-enfermedad indígena, por medio del manejo de algunas referencias sobre el fomento de la interculturalidad en salud en nuestro medio, de los daños a la salud que aquejan a la población más desprotegida y de las grandes acciones que tratan de erradicar la gran brecha de la de-

sigualdad existente en contextos pluriétnicos. Centralmente se aborda el problema, no para establecer la última palabra, sino para enfrentar los aspectos ineludibles que refieren a una toma de posiciones y definiciones respecto a las dificultades teóricas y conceptuales que la interculturalidad impone a los actores involucrados, con el obvio interés de ser partícipes de este gran escenario unas veces técnico, otras político y en las más, ideológico, característico de procesos interculturales. Planteamos nuestros aportes, a través de una propuesta en curso, sobre cómo incorporar el enfoque intercultural en la formación del personal de salud, en donde la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios en contexto indígena.



Década de 1950. Calendario Coriac 2000 / Cortesía de Coriac.

En el caso de México, el enfoque intercultural en salud ha sido apropiado por instancias gubernamentales de salud, como la Secretaría de Salud y el ex Instituto Nacional Indigenista, a través de programas de capacitación a parteras, médicos tradicionales, acciones de salud materno-infantil, así como por las ONG. Su importancia comienza a destacar hacia la década de 1940, cuando surge la antropología médica como campo disciplinar de la antropología social. En esos años, como ahora, se buscaba indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población y mejorar sus condiciones de vida a través de la implementación de programas sociosanitarios. A partir de esos años en nuestro medio se formularon un sinnúmero de experiencias con un enfoque intercultural, sea en la formación del personal de salud o en la aplicación de programas en zonas indígenas. Estas experiencias fueron muy importantes en la década de 1960, cuando se realizaron las grandes acciones del Estado indigenista, pero dejaron de aplicarse hacia la década de 1990 cuando, en pleno apogeo neoliberal, se comenzó a impulsar estrategias selectivas con el objetivo de obtener un alto impacto con poca inversión en materia de salud. Éstas siguen vigentes, más que nunca antes, en el presente sexenio.

En el Programa Nacional de Salud (2001-2006)¹ del presente gobierno se plantean buenos propósitos en pos del respeto a la dignidad de las personas, con la incorporación de los valores de los pueblos indios, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y de la enfermedad. El programa presenta modificaciones trascendentes, convoca a que se tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social, factores todos ellos importantes en el mantenimiento o pérdida de la salud. Sin embargo, más allá de la voluntad formulada con carácter de cruzada nacional, existen barreras lingüísticas y de comunicación intercultural que en muchos casos desempeñan un papel negativo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte

de los usuarios se manifiesta una resistencia al uso de los servicios y pervive una desconfianza hacia la medicina occidental. Con mucha frecuencia las nociones del proceso salud-enfermedad indígena chocan pero también se complementan con los conceptos científicos que constituyen la alopátia moderna, lo que genera permanentemente relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto (Menéndez, 1990).

El lenguaje utilizado por los médicos, uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural, dificulta la relación así como la empatía y confianza con el paciente. La ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional, además de la escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes de gabinete, etc., terminan por distanciar a los actores del proceso terapéutico.

En las zonas más lejanas y rezagadas la atención gineco-obstétrica presenta barreras específicas como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus partos en la casa, ayudada por otras mujeres. Esto ya era planteado por Aguirre Beltrán en su clásico *Programas de salud en la situación intercultural*: “En el campo indígena la atención del enfermo y la parturienta se lleva a cabo en el ambiente cálido del hogar [...] y sólo en el caso de lesiones [...] se ven obligados los indígenas a aceptar, de agrado o a fuerza, la atención impersonal del hospital” (Aguirre Beltrán, 1980).

Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas. La mayoría de las veces no hay puntos de contacto intercultural impulsados por el personal de salud. Éste descalifica muchas de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad. La población indígena lleva, además de esto, el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social.

Evitar este desencuentro entre culturas, en particular en los servicios de salud de primer y segundo nivel que se proporcionan a la población indígena, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud. Actualmente se presenta un déficit muy

¹ Secretaría de Salud, 2001.

importante, que puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud para modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras no sólo en la competencia técnica sino humana del personal institucional; incide en el respeto, en el trato a los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, el combate a la exclusión, la atención y la equidad en salud para los distintos grupos étnicos.

LOS DAÑOS A LA SALUD INDÍGENA EN MÉXICO

En el XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000) se reporta que hay 8.7 millones de indígenas en el país. El Consejo Nacional de Población (Conapo), tras el análisis de la composición de los hogares censados, estimó en más de 12 millones la cifra real de indígenas en el país, cantidad que equivale a poco más de 10% de la población total. Estas cifras ubican a México como el país con la población indígena más numerosa y diversa de América, aunque su peso relativo es de tan sólo 10% del total de la población.

La diversidad evidente entre la población indígena se refleja en la existencia de más de 60 lenguas, agrupadas en familias lingüísticas y enriquecidas con un abanico de variantes dialectales en los diferentes grupos etnolingüísticos. Más de 80% de los indígenas habla una de las 12 lenguas: náhuatl, 1.4 millones (23.9%), maya (13.2%), zapoteco (7.5%), mixteco (7.4%), tzotzil (4.9%), otomí (4.8%), tzeltal (4.7%), totonaca (4.0%), mazateco (3.2%), chol (2.7%), huasteco (2.5%) y mazahua (2.2%) (INEGI, 2000).

Actualmente, las condiciones de salud de los 12 millones de indígenas en México presentan un rezago importante respecto al resto de la población. Existen marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cinco principales causas en el país corres-

ponden a enfermedades no transmisibles, en las zonas indígenas las enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: las infecciones intestinales y la influenza y neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) de la nacional (9%).² Los diferenciales más importantes en cuanto a causas de mortalidad se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional, y las diarreas y la mortalidad materna, tres veces más altas que en el nivel nacional.

La mayor mortalidad de la población indígena se registra en los primeros años de la vida; la tasa de mortalidad infantil, aunque descendió considerablemente entre 1990 y 1995, al pasar de 60.9 a 48.3 defunciones en menores de un año por cada mil nacimientos, aún en esta última fecha duplicaba la tasa nacional. Los factores de riesgo asociados a las elevadas tasas de mortalidad infantil son: mujeres con elevada fecundidad (3.8 hijos en mujeres indígenas vs. 2.8 hijos en el resto de las mujeres),³ inicio temprano de la vida sexual activa y periodos intergenésicos cortos, madres de baja escolaridad, malas condiciones de vivienda, difícil acceso o nulo a los servicios de salud y deficiente infraestructura sanitaria. La mortalidad escolar (6 a 14 años) también es más alta en la población indígena, ya que la proporción de defunciones de este grupo de edad representa 3.3% del total, en contraste con lo observado en el ámbito nacional de 1.8%, es decir, 83% más elevada.⁴

En las comunidades indígenas, donde existen pocos hospitales de segundo nivel y se atiende a la población en mayor medida con unidades móviles de salud y unidades fijas que cuentan algunas con un médico y otras no, y pocos insumos, se presenta una prevalencia elevada de las llamadas enfermedades del rezago, entre las que destacan el cólera, la tuberculosis, el paludismo, el dengue, la lepra, etc. El alcoholismo sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias indígenas (Ávalos Tejeda, 2001). A dichas condiciones negativas en materia de salud

² INEGI-SSA, 1999.

³ Conapo, 1998.

⁴ INEGI-SSA, 1999.

se suma el hecho de que una proporción elevada de la población mayor de 15 años es analfabeta, a expensas principalmente de las mujeres (48.9% de mujeres contra 27.8% de los hombres) (INI, 1999).

A consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en las zonas indígenas, la baja frecuencia de notificación y la baja asistencia a los servicios de salud, existe un marcado subregistro en la información. Además, los sistemas institucionales de información no distinguen si el usuario del servicio es indígena o no. Por ello, no es posible identificar específicamente los daños a la salud que ocurren en esta población. El personal de salud se obstina en considerar que la inclusión de una variable étnica en sus registros desvirtúa la universalidad de los mismos, en tanto los antropólogos no llegan a un acuerdo y argumentan muchas veces que la utilización del registro distinto llega a ser racista. Aún no se ha planteado en nuestro medio un debate serio en torno a la mejor forma de reportar los daños a la salud en contextos pluriétnicos.

No es menor el debate en torno a la discriminación y el racismo. La discriminación fue muy documentada a través de la voz de los propios indígenas en los trabajos de Aguirre Beltrán y Julio de la Fuente, entre otros pilares de la política indigenista. El indigenismo opacó y descalificó gran parte de los trabajos sobre racismo, formulando una igualdad ideologizada que anulaba las obvias diferencias interétnicas en pro de una política integrativa. En 1952 y luego en 1971, Claude Lévi-Strauss, a petición de la UNESCO, explicitó su postura en torno a la no existencia de las razas, cuestión que fomentó paradójicamente entre los antropólogos un cierto acuerdo muy cómodo, así como una falta de reflexión y producción teórica.⁵

Las estadísticas son el mejor medio para reportar las enfermedades diagnosticadas, pero no capturan la percepción indígena del proceso salud-enfermedad-atención, ni tampoco dan cuenta de los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud. Ante esta incongruencia es imprescindible avanzar en esquemas que articulen el dato estadístico y la dimensión sociocultural para contribuir a una auténtica epidemiología sociocul-



Década de 1980. Calendario Coriac 2000 / Cortesía de Coriac.

tural (a través de estudios locales) que incluya tanto a las enfermedades recogidas por el sistema de salud como a las llamadas “tradicionales”.

Entre las cinco principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional reportadas por el IMSS-Solidaridad se encuentran el mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera y la disentería: nosologías tradicionales que pueden relacionarse a enfermedades infecciosas del aparato digestivo y respiratorio (Zolla *et al.*, 1998). Por otra parte, una encuesta realizada en las zonas cubiertas por el IMSS-Solidaridad puso de manifiesto que las plantas medicinales se utilizan en 38% de los casos para aliviar trastornos digestivos; en 13.6% de padecimientos de tipo respiratorio; en 13.5% para curar lesiones de la piel, infecciones cutáneas, traumatismos, dolor muscular y reumático y picaduras de animal; en 13% para el tratamiento de la fiebre, escalofrío, dolor de cabeza y articulaciones en general, y en 5.5% para el trata-

⁵ UNESCO, “¿De dónde viene el racismo?”, en *El Correo de la UNESCO*, París, marzo de 1996.

miento de síntomas relacionados con el aparato sexual femenino (Sepúlveda, 1993).

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población indígena, 100% de los nacimientos son atendidos por parteras. El principal problema de nutrición de los niños y niñas menores de cinco años es la desnutrición crónica, manifestada por retardo en el crecimiento (baja talla) en casi la mitad (44%) de la población, contra 17.7% en el nivel nacional. Otros importantes problemas de nutrición son la deficiencia de micronutrientes y la anemia, la cual afecta a 36% de los niños y niñas indígenas (27% en los no indígenas).

Las deficiencias de micronutrientes también son muy importantes en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, en las cuales cuatro de cada diez presentan anemia, casi el doble que la población general (INPS, 1999). Esta situación condiciona que las mujeres indígenas tengan una mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, tener hijos e hijas con bajo peso al nacer o prematuros. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena (SSA, 2001). Las mujeres indígenas pertenecen a los sectores del país en donde se concentra uno de los más grandes rezagos en materia de salud, hecho que tiene su origen en la triple marginación que enfrentan por su condición de género, clase y étnica.

LA INTERCULTURALIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD

La salud intercultural puede ser interpretada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, algunas veces es una herramienta útil en los procesos de cambio; en otros momentos resulta ser un campo donde se dirimen los conflictos; y en otros escenarios, es un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados. Desde nuestra posición teórica, la interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias



Calendario Coriac 1998 / Foto: Rafael Colín Morales. Cortesía de Coriac.

económicas y sociales, pero sobre todo de las culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante. En este sentido, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y, a veces, de síntesis con la medicina occidental son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud.

Ubicar la interculturalidad en salud como un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas nos obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención. La capacitación, como una estrategia para el mejoramiento técnico y humano del personal de salud, implica un ejercicio de profesionalización que reconozca y califique el trabajo, las personas, los grupos y las acciones que desarrollan.

Entre las razones y los motivos de por qué es necesario modificar las conductas del personal de salud en contexto indígena sobresalen:

- a) El conocimiento técnico de la salud-enfermedad generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena.
- b) El personal de salud que trabaja en zonas indígenas mayormente desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad así como de sus prácticas de atención.
- c) La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico-paciente en zonas indígenas es muy común.
- d) El personal de salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad.

Las acciones en pos de una salud intercultural se mueven entre una clara descalificación y una forzosa incorporación de los recursos populares en salud en la aplicación de los programas institucionales. Es obligado explicitar cómo aplicamos la orientación intercultural en el campo de la salud y, más aún, desde dónde nos posicionamos ante el manejo de uso corriente de tal terminología, tanto por la antropología como por las ciencias aplicadas a la salud.

Tratar con el concepto de interculturalidad implica partir de una definición sintética, que refiere al contacto, articulación, conflicto, resistencia y tensión que se generan entre dos culturas que se reconocen. En el campo antropológico, el doctor Aguirre Beltrán define la salud intercultural como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena. Por sobre las diferencias existe la complementariedad entre los sistemas de salud para enfrentar los padecimientos que afectan a los grupos indígenas (Aguirre Beltrán, 1996).

Es innegable el papel de liderazgo que los organismos rectores internacionales cumplen en el diseño de las políticas sobre salud en la región. Éste es el caso de la interculturalidad en salud, a la que se le asignan un conjunto de

atributos que, en nuestra opinión, constituyen un aporte importante respecto de los planteamientos que le dieron origen y que impulsan su desarrollo y su actual vigencia; sin embargo, se obvia el proceso conflictivo, antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presenta entre dos o más culturas.

Para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS, 1998), el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa. Definición rectora con la que estamos parcialmente de acuerdo en términos del "deber ser" pero no en los de proceso en donde la interculturalidad contiene aspectos conflictivos y en permanente cambio.

Una propuesta que nos parece sumamente enriquecedora es la que viene impulsando personal que trabaja en el Ministerio de Salud de Chile, según la cual la interculturalidad debe ser reconocida en tres dimensiones distintas:

- a) *Interculturalidad como movilización.* Proceso de acercamiento donde el equipo de salud convoca a las comunidades y moviliza recursos en la perspectiva de dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino que responde activamente a un llamado externo.
- b) *Interculturalidad como gestión.* Representantes de la comunidad participan como facilitadores interculturales en la ejecución de acciones en salud (orientación dentro del hospital, conexión con la familia).
- c) *Interculturalidad como reciprocidad.* La comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común. Requiere de una respuesta activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas (Sáenz, 1999).

En nuestra opinión (*nuestra definición*), y en el contexto del resurgimiento de la salud intercultural, impulsada por antropólogos y no antropólogos en las instituciones

de salud, en las ONG y en medios académicos, es imprescindible definir la interculturalidad en salud a partir de la recuperación de las propuestas más integrativas y propositivas sin omitir los procesos de choque cultural que se presentan.

Entendemos por *interculturalidad en salud* las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos.

En este sentido, la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en salud para mejorar los perfiles negativos que presenta la población indígena implica la modificación de creencias, conductas y trato del personal institucional. Éste debe estar informado y formado sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso salud-enfermedad tiene la población indígena, respetando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia. También es imprescindible entrenar al personal en acciones interculturales específicas para mejorar la relación médico-paciente, pues el paciente indígena es estigmatizado, rechazado y descalificado con actitudes que conllevan claros tintes racistas.

Si bien para la década de 1940 y 1950 se presentaban dos posturas antagónicas respecto a la existencia o no de las razas y sobre todo respecto de la manera en que podía ser utilizado el concepto racismo, en la actualidad se ha venido replanteando el debate, no concluido, en torno a la existencia o no de un cierto racismo cultural y a la revalorización del estudio de las diferencias interétnicas. En su trabajo "Antropología y racismo", Castellanos nos interroga:

La incógnita persiste. ¿Cuál es la fuente ideológica de esta jerarquía? ¿Sólo los criterios raciales que diferencian constituyen el contenido único del racismo? ¿Es posible un racismo basado en las diferencias culturales y nacionales como criterio de distinción? El tiempo demostrará que éste se nutre de muy diversas ideologías y tradiciones culturales y puede estar basado en la cultura y en los orígenes nacionales, por que en realidad se trata de un asunto relacionado con el poder (2000: 61).

También es imprescindible estrechar los vínculos entre los programas de salud y la comunidad en zonas indígenas, mediante estrategias que aproximen de manera complementaria las acciones sociosanitarias y el saber local a través de una verdadera epidemiología sociocultural. Nosotros partimos de la propuesta enunciada por Menéndez (1990), que propone construir una epidemiología sintética, capaz de incluir tanto a la epidemiología de corte biológico como a la llamada epidemiología sociocultural, de tal suerte que se acerquen la dimensión técnica de la enfermedad y la sociocultural del padecer.

Por su parte, Bibeau (s.f.) propone estudiar la salud en situación intercultural a partir de tres aspectos: a) los discursos de la gente (padecer); b) las causalidades de la enfermedad, y c) la realización de investigaciones acotadas en contextos locales. Todos estos aspectos de una u otra manera se encuentran en el proceso de construir una epidemiología sintética o sociocultural.

Dado que en materia de calidad de la atención se busca incrementar la utilización de los servicios de salud y la satisfacción del usuario, se hace imprescindible la incorporación de la dimensión intercultural en la detección de problemas de salud y en el diseño de las intervenciones, incluyendo la participación de la población indígena.

EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD EN MÉXICO

Las grandes acciones en salud para la población indígena realizadas con la finalidad de dotar de servicios, coadyuvar a la mejora de los niveles de salud y, por supuesto, integrar a las comunidades a la cultura dominante, fueron impulsadas por el indigenismo con el propósito de fomentar la penetración a zonas indígenas a través de la salud y la educación.

En 1938, en el congreso de medicina rural de San Luis Potosí, Othón de Mendizábal llamó la atención respecto de los daños a la salud tan dramáticos de la población indígena y buscó impulsar acciones para abatir tal rezaigo con la formación de médicos rurales (Aguirre Beltrán, 1996). Robert Redfield, en Tepoztlán, impulsó los estudios de comunidad, propuso un diálogo entre la medicina

local y la occidental y creó una clínica de salud ante la ausencia de médicos titulados.

En 1940, a partir del I Congreso Indigenista Interamericano, al reconocerse de manera oficial el surgimiento de la antropología médica, se inician las grandes acciones del enfoque intercultural en salud. Médicos e indigenistas se pronuncian por el respeto y la tolerancia hacia las ideas y prácticas utilizadas por los médicos tradicionales. En 1954, el doctor Aguirre Beltrán inaugura la cátedra de antropología en la Escuela de Salubridad del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y publica su libro *Programas de salud en la situación intercultural*, reimpresso por el IMSS en 1980 como parte del programa IMSS-Coplamar.

La antropología médica se torna propositiva con un profundo sentido aplicativo en los años 1950 y 1970 y surgen trabajos en zonas indígenas que con frecuencia son apoyados por el Instituto Nacional Indigenista. En 1951 se crea en la zona de los Altos de Chiapas el Centro Coordinador Indigenista de la Región Tzeltal-Tzoltzil, para impulsar la educación, la salud y la economía. Aparecen los trabajos de los antropólogos más importantes en nuestro medio como Julio de la Fuente, Alfonso Villa Rojas, Agustín Romano, Cecilia Bonilla, Lorenzo Morales Landyn y los aportes de Foster, Anderson, Holland y Fábrega, entre otros tantos (Aguirre Beltrán, 1996).

Durante las décadas de 1970 y 1980 se realizaron grandes acciones en salud dirigidas a las comunidades indígenas y rurales, en las que la orientación intercultural fue apropiada parcialmente y no siempre de la mejor manera por el personal de salud, tales son los casos de los programas: INI-Coplamar (1977-1982), Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) (1996-2000) y Programa de Salud, Educación y Alimentación (Progesa) (2000). Estos programas, que tenían como propósito incorporar al desarrollo a las comunidades indígenas y acercarles los servicios de salud de que carecían, no contaron con antropólogos que manejaran la interculturalidad en salud.

Aunque uno de sus cometidos más importantes fue ampliar la infraestructura en salud para la población indígena, por medio del aumento del número de unidades médicas, todavía en la actualidad existe un déficit en cuanto a disponibilidad de camas censables en áreas in-



Década de 1940. Calendario Coriac 2000 / Cortesía de Coriac.

dígenas, ya que éstas sólo representan 1.3% de las camas censables disponibles en el ámbito nacional.⁶ Si bien estos programas mejoraron la situación de salud en zonas marginadas no han cubierto todas las necesidades de la población indígena.

A partir del año 2000 se pretenden llevar a cabo cambios aparentemente importantes en las políticas que el Estado mexicano dirige a los pueblos indígenas y, en consecuencia, en la forma de operar de sus instituciones. Las demandas de la población indígena en materia de salud son retomadas para diseñar una nueva política de salud orientada específicamente hacia estos grupos. Como respuesta se crea la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas y la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Presidencia

⁶ En 1991 existían 537 unidades médicas de primer nivel y cuatro de segundo nivel; en 1997 se elevó la cifra a 2 095 unidades de primer nivel y a 31 hospitales de segundo nivel. Secretaría de Salud, *Boletín de Información Estadística*, vol. 1 "Recursos y servicios", núm. 17, SSA-Dirección General de Estadística e Informática, México, 1997.

de la República. Sin embargo, a tres años de trabajo estas instancias cambian de nombre, la primera se transforma en Dirección de Proyectos Estratégicos para la Población Marginal e Indígena y la segunda se funde con el ex Instituto Nacional Indigenista (desaparecido en 2003) para dar paso a la Comisión Nacional de Desarrollo para los Pueblos Indígenas. Estos cambios auguran un perfil bajo en las acciones que se venían impulsando en zonas pluriétnicas y tal vez lo más grave es que representan incongruencias con sus propios planteamientos.

En la ex Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas impulsamos la incorporación del *enfoque intercultural* en salud bajo los siguientes propósitos (SSA, 2001):

a) Proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de salud y nutrición para la población indígena y llevar a cabo las

acciones que en la materia correspondan a la Secretaría de Salud.

b) Garantizar que las acciones que realizan las instituciones del sector salud en favor de los pueblos indígenas estén integradas a los programas y servicios de salud que se otorgan permanentemente a la población.

Bajo estas grandes premisas se trabajó en la construcción del Programa de Salud para Pueblos Indígenas (Prosani), que consta de diez estrategias con sus respectivas líneas de acción. Siete de éstas son acciones innovadoras diseñadas a partir de la problemática específica de la población indígena:

1. Administrar suplementos con vitaminas y minerales a niños y niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia;



Calendario Coriac 1998 / Foto: Rafael Colín Morales. Cortesía de Coriac.

2. Promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural;
3. Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación del personal de salud;
4. Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo;
5. Promover las relaciones entre la medicina institucional y la medicina tradicional;
6. Fortalecer los programas de salud de la mujer indígena;
7. Dar mayor presencia a la población indígena en el sistema de información en salud.

LA INTERCULTURALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para llevar a la práctica acciones que contribuyan a abatir los grandes rezagos entre la población indígena proponemos la profesionalización del personal de salud a través de la capacitación intercultural, con la que se pretende modificar la percepción y hábitos negativos de los prestadores de servicios. Este proceso es particularmente contradictorio ya que trabajar en torno al cambio de conductas del personal de salud no es muy aceptado entre los antropólogos y otros especialistas. Para quienes trabajan en los servicios es tal vez el único medio con el que cuentan para brindar una atención con mejor calidad. Tenemos muy claro que ninguna capacitación puede ser vista como causa-efecto de un buen trato a la población indígena, sino más bien como el inicio de un conjunto de acciones que se deben gestar en el interior de los servicios, con el principal objetivo de fomentar mejoras en la calidad de la atención y las condiciones sanitarias.

Los grandes retos de la capacitación intercultural en un nivel de generalidad son:

- a) Que el enfoque intercultural sea incorporado en los programas normales de capacitación del personal de salud destacado en zonas indígenas para el mejoramiento cualitativo de la relación médico-paciente.
- b) Impulsar la adecuación intercultural de la gestión de los servicios, en lo físico y técnico.
- c) Que los valores sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención en contextos pluriétnicos sean reconocidos como potencialmente útiles por el personal de salud.
- d) Sentar las bases para brindar servicios de salud según las necesidades de los pueblos indígenas para abatir la inequidad en salud y combatir la discriminación.
- e) Lograr que el enfoque intercultural adquiera el rango de política de salud.
- f) Formar recursos humanos de excelencia que aspiren al logro de la equidad en salud.

Nuestra propuesta considera la creación de dos figuras centrales en este entramado intercultural. La primera sería la del *facilitador intercultural* (personal institucional) que mediante estudios sucesivos se transforme en *capacitador intercultural* en salud, para impulsar lo aprendido en el interior de las acciones del personal de salud.

La otra figura que consideramos importante es la del *enlace intercultural*, personal comunitario generalmente hablante de lengua indígena, que recibe capacitación intercultural en salud para trabajar con el personal operativo, ser acompañante del enfermo en su tránsito por las unidades médicas y reportar los padecimientos de filiación cultural a la unidad médica. Esta figura, sin duda, está en el centro de toda la problemática de salud en contexto étnico; ya Aguirre Beltrán nos decía que una vez superado el problema de la lengua en el proceso terapéutico es importante implementar "en las regiones indígenas más significativas, programas de desarrollo integral que permitan el entrenamiento de personal nativo que tenga a su cargo el registro de datos de estadística vital bajo la continua vigilancia del personal técnico del programa" (Aguirre Beltrán, 1996).

Esta pretendida vinculación entre la medicina oficial y la popular, como la denominan otros autores, entre ellos Kalinsky y Arrué, pasa necesariamente por la generación de una figura capaz de operar en situación intercultural:

Parece, más bien, que habría ciertos operadores todavía no bien reconstruidos que intermedian entre campos semánticos heterogéneos. Uno de ellos es el articulador intercultural, representado en nuestro medio por el agente sanitario. Estos articuladores permiten un uso más o menos fluido

de los distintos sistemas médicos regionalmente accesibles (Kalinsky y Arrué, 1996).

Otras experiencias más contemporáneas, como la de M. Pedrero, nos invitan a reflexionar sobre la incorporación del enfoque intercultural en salud en el contexto de unos servicios de salud de carácter supuestamente universal. En Chile, donde es más patente la diferencia, como en la región aymara, por iniciativa gubernamental se ha impulsado la *oficina de gestión intercultural*. Sin embargo, será necesaria la participación activa de la población indígena, o se correrá el riesgo de fracasar (Pedrero, 1996).

Desde nuestra perspectiva es fundamental crear en el cuerpo sanitario distintos referentes que permitan trabajar en la adecuación intercultural. Respecto del personal es importante reconocer la *figura del facilitador intercultural* (aquel que reciba capacitación), el *multiplicador intercultural* (el habilitado para capacitar con enfoque intercultural) y el *enlace intercultural*, que es el vínculo entre servicios y pacientes. También es necesario tener presente a la oficina intercultural, instalada en el segundo nivel de atención, que es una unidad compuesta por personal capacitado que ayuda desde el ingreso hasta el seguimiento de los pacientes y, finalmente, considerar la red de servicios de salud intercultural con certificación intercultural.

122 ◀

DE CÓMO INCORPORAR CONTENIDOS DE SALUD INTERCULTURAL EN EL EQUIPO DE SALUD

Desde tiempo atrás la OPS viene enunciando, a través de reuniones de grupos de expertos, la necesidad de impulsar procesos de sensibilización intercultural a nivel regional, como una forma de enfrentar la discriminación institucionalizada y el maltrato:

La difusión de información tanto técnica, que encauce el trabajo directo en los niveles de decisión, como de la información accesible a la población en general, la difusión de los principios y líneas de trabajo que rigen el quehacer de la salud indígena en el marco de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, y su evolución, presenta la oportunidad de conocer y contribuir [...] al proceso de sensibilización de la región (OPS-OMS, 1997).

La sensibilización en salud intercultural de los cuadros directivos en México está rezagada respecto a los otros países de la región en por lo menos 20 años. Hay carencia de personal institucional capacitado con enfoque intercultural capaz de sensibilizar a sus pares. Por ello es tan importante la formación de un perfil de *capacitador intercultural*, que hasta el momento no ha contado en su educación formal con la mínima aproximación a los aspectos socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención. Es necesario dotarlo de un conjunto de contenidos, entre los que se mencionan:

- a) Concepción de cultura, pluriculturalidad e interculturalidad. La cultura del paciente y del personal de salud: identidad, alteridad y diversidad cultural;
- b) Modelos y saberes médicos. La interrelación de los diferentes modelos;
- c) El personal de salud ante los procesos bioculturales (embarazo, parto, puerperio, alimentación, muerte en contextos indígenas);
- d) Las enfermedades desde un enfoque antropológico;
- e) La salud mental en contexto intercultural;
- f) La problemática del alcoholismo en comunidades indígenas;
- g) Investigación-acción en la medicina intercultural;
- h) Pautas para la construcción de una epidemiología intercultural, que permita saber de qué enferma y muere la población indígena y, sobre todo, comprender las condiciones en que ello acontece.

Consideramos indispensable invertir en los recursos humanos para sentar las bases de un *servicio de salud con sensibilidad intercultural*, que brinde atención según las necesidades de los pueblos indígenas, contribuya con acciones específicas al combate de la inequidad y signifique un aporte decisivo en contra de la discriminación.

Acercar al personal de salud que trabaja en zonas indígenas en nuestro medio al desarrollo que el enfoque intercultural está teniendo en América Latina es una tarea impostergable. Sin embargo, nos enfrentamos, por un lado, con el menosprecio de los tomadores de decisiones y, por el otro, con una tendencia de capacitación en cascada. Este modelo lleva muchos años aplicándose en todos

los programas de salud, pero no se crean expertos, dentro de la institución, reconocidos por su dominio en ciertas áreas prioritarias. Romper con este esquema de capacitar a quien capacita para reproducir conocimientos que lleguen hasta los operadores es nuestro gran reto.

La propuesta que estamos impulsando en la formación de recursos humanos se ha generado a contracorriente dentro de la reforma neoliberal del sector salud. Aun con resistencias institucionales se han desarrollado cursos y talleres que tienen como propósito *sensibilizar a los cuadros directivos de nivel estatal y jurisdiccional de la Secretaría de Salud* para que se familiaricen, se informen y reconozcan la relevancia que tiene el manejo de contenidos interculturales en salud, y consideren su utilidad para mejorar la prestación de servicios que se brinda a la población indígena.

De igual manera, se trabaja en la formación de los responsables de la capacitación: *personal de enseñanza y promoción y educación a la salud* que trabajan en las jurisdicciones sanitarias, para que se transformen en capacitadores interculturales y sean capaces de reproducir los contenidos recibidos e impulsar trabajos específicos para los grupos étnicos que están en sus áreas de influencia. Bregamos por que se construya un gran movimiento de *facilitadores interculturales dentro de los servicios*, que favorezca la inclusión del enfoque intercultural en todos los cursos y programas de capacitación dirigidos al personal de salud que atiende población indígena.

Al *personal operativo, médicos, enfermeras, auxiliares de salud de equipos itinerantes, unidades fijas, técnicos en*

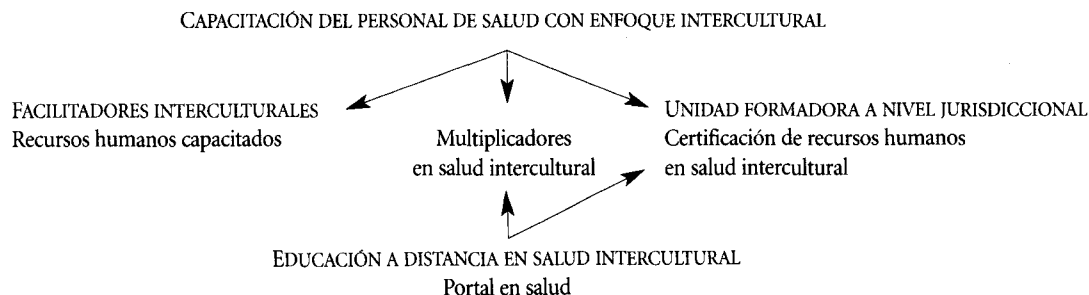
atención primaria, etc., que son parte de la cobertura de servicios que llega a la población más dispersa, que menos tiene y que reporta los niveles más negativos de salud, también se les está capacitando con este enfoque, ya que son los encargados y los responsables directos del trato digno a esta población.

La profesionalización del personal que trabaja en zonas indígenas debe partir de la institucionalización de la capacitación del personal de salud con enfoque intercultural. Esta formación se debe apoyar en primer lugar por especialistas externos que capaciten de forma presencial y también a distancia, para que la capacitación continua permita una certificación de los profesionales sensibilizados con enfoque intercultural en salud. Impulsar la formación de grupos de expertos en los tres núcleos sustantivos del sistema implica, en el nivel de la enseñanza, formar multiplicadores en salud intercultural (los encargados de la capacitación) que sean capaces de sensibilizar a sus pares que trabajan en el nivel operativo y transformarlos en facilitadores interculturales, y fomentar la certificación de sus conocimientos, rutinas, prácticas interculturales en salud, a cargo del nivel de las jurisdicciones sanitarias. Estos tres núcleos forman parte de un proceso que tiene como cometido crear la figura de recursos humanos con sensibilidad intercultural (véase figura 1).

Entre las propuestas que se vienen manejando en otros países se ubica de forma central el proceso de capacitación o formación de los llamados recursos populares en salud. La OPS impulsa, como propósito más amplio, la construcción de un sistema de salud con participación

▶ 123

FIGURA 1
Profesionalización del personal de salud



institucional y comunitaria en zonas pluriétnicas. En su reunión de expertos sobre la Incorporación del Enfoque Intercultural en la Formación y de Recursos Humanos, explicita la concepción de un modelo que llega a las instituciones, las organizaciones indias y la sociedad civil. Destaca entre sus propuestas, tal y como lo que venimos planteando, mejorar

la formación integral de los recursos humanos de la salud para que respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural de la comunidad, mediante la capacitación formal e informal, poniendo en práctica el paradigma de "aprender-haciendo" a través del intercambio de experiencias y el aprovechamiento de las capacidades teóricas y técnicas en el enfoque intercultural en salud. En este punto cabe remarcar la importancia que tiene la identificación de instituciones académicas que acompañarán el proceso que viven los pueblos indígenas en el área de la salud (OPS-OMS, 1997).

124 ◀

Si bien la capacitación con enfoque intercultural en salud puede y de hecho está impulsando un gran movimiento social en otros contextos muy similares al nuestro, no es menos cierto que todo propósito por contribuir a un gran movimiento intercultural, en y con el personal de salud, busca la mejora de la calidad de la atención, se sustenta en acciones específicas de adecuación intercultural en los recursos físicos y humanos y busca abatir la desigualdad en salud. La capacitación, si se quiere que impacte positivamente, deberá incidir en cambios importantes en la prestación de los servicios, mejorando la relación médico-paciente y paciente-institución de salud, o lo que denominamos brindar atención con sensibilidad intercultural (véase figura 2).

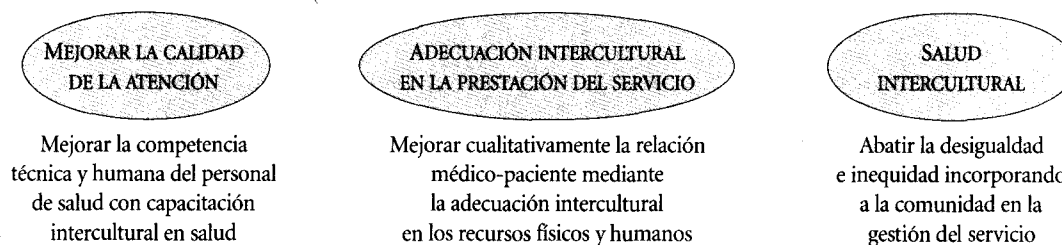
COMENTARIOS FINALES

Del planteamiento y acciones que hemos descrito es muy difícil, si no imposible, pretender alguna conclusión por pequeña que ésta sea, dado que venimos impulsando todo un proceso que recién inicia en el 2002 y que abarca desde el diseño de la incorporación del enfoque intercultural entre el personal de salud hasta la aplicación de acciones que pasan por la capacitación y profesionalización del equipo de salud.

A manera de resumen consideramos a la capacitación intercultural en salud como una de las acciones más importantes para mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo y, *a posteriori*, como impulso en los cambios necesarios en la gestión de los servicios, indispensable en las zonas indígenas. Mejorar la relación médico-paciente en contexto indígena, impulsar la adecuación de los servicios de salud según las necesidades culturales e incorporar a indígenas en la gestión de los servicios son un conjunto de modificaciones imprescindibles y de acompañamiento a la capacitación intercultural en salud, es decir, a la mejora en la competencia técnica y humana.

En el año 2003 se desarrollaron acciones de capacitación, con expertos en salud intercultural, dirigidas a los jefes de programa de 21 estados en donde existe presencia indígena. Los talleres de sensibilización a directivos estatales y jurisdiccionales se realizaron en cinco sedes y contaron con la participación de 180 personas. Respecto de los talleres de capacitación intercultural para formar capacitadores interculturales en salud se realizaron dos con la presencia de 150 responsables de los departamentos de en-

FIGURA 2
Brindar atención con sensibilidad intercultural a la población indígena



señanza, responsables de programa, de educación para la salud y de coordinadores de salud en población indígena.

En el nivel operativo se inició la capacitación a personal del equipo de salud itinerante; se trabajó en cinco estados y se realizaron siete talleres para capacitar a 100 personas, entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales y técnicos en atención primaria que trabajan con población indígena en zonas de alta marginación. También se capacitó a 100 enlaces interculturales, personal comunitario o personal que venía apoyando a las brigadas móviles y unidades fijas en labores de traducción y difusión de acciones de promoción a la salud.

Respecto a los capacitadores externos a los servicios que participaron en este proceso formativo, se trabajó con distintos grupos de especialistas, destacando por número, en primer lugar, los antropólogos con orientación en antropología médica, de los cuales algunos son médicos y, en segundo lugar, los médicos, psicólogos, educadores y comunicadores. Todos ellos pertenecientes a instituciones oficiales, académicas y a ONG.

Con capacitaciones dirigidas por especialistas en enfoque intercultural en los servicios de salud, se busca formar un grupo sólido y numeroso de facilitadores dentro de los servicios capaz de incidir en la modificación de las rutinas negativas, de las malas prácticas y de los prejuicios que el personal de salud tiene hacia la población indígena. Al integrar los programas regulares de capacitación del personal que labora en zonas indígenas contenidos de salud intercultural, se está en pro de reformas del trato, tiempos de espera, información clara y adecuada a las necesidades culturales, para impactar positivamente en los perfiles de salud de la población indígena.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, G., 1980, *Programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- , 1996, *Antropología médica*, CIESAS, México.
- Avalos Tejeda, A., 2001, *Los pueblos indígenas de México*, Dirección General de Servicios de Bibliotecas-División de Política Social, México.
- Bibeau, G., s.f., “¿Hay una enfermedad en las Américas?”, en C. E. Pinzón et al., *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, Instituto Colombiano de Cultura-Instituto Colombiano de Antropología-Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, Bogotá, pp. 42-69.
- Castellanos, A., 2000, “Antropología y racismo en México”, *Desacatos*, núm. 4, CIESAS, México, pp. 53-79.
- Consejo Nacional de Población (Conapo), 1998, *La situación demográfica de México*, México.
- INEGI-SSA, 1999, *Cinta de mortalidad promedio, 1998-1999*, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2000, *XII Censo general de población y vivienda*, México. Página electrónica: www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional Indigenista (INI), 1999, *Información básica sobre los pueblos indígenas de México*, México. Página electrónica de la Sedesol: www.sedesol.gob.mx.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 1999, *Encuesta nacional de nutrición*, México.
- Kalinsky B. y W. Arrué, 1996, *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*, Niño y Dávila Editores, Buenos Aires.
- Menéndez, E., 1990, *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS (Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179), México.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), 1997, *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*, Washington.
- , 1998, *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, Washington.
- Pedrero, M., 1996, “Interculturalidad en salud. Reflexiones en torno a la situación en el norte de Chile”, en Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, Saavedra (Chile).
- Sáenz, M., 1999, Programa “Salud y pueblos indígenas”, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- Secretaría de Salud (SSA), 1997, *Boletín de Información Estadística*, vol. 1 “Recursos y servicios”, núm. 17, SSA-Dirección General de Estadística e Informática, México.
- , 2001, *Programa Nacional de Salud, 2001-2006*, México.
- , 2001, *Programa de acción: Salud reproductiva*, México.
- , 2001, *Programa de acción: Salud y nutrición para los pueblos indígenas*, México.
- Sepúlveda, J. (ed.), 1993, *La salud de los pueblos indígenas en México*, Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista, México.
- UNESCO, 1996, “¿De dónde viene el racismo?”, *El Correo de la UNESCO*, marzo, París.
- Zolla, C. et al., 1998, *Medicina tradicional y enfermedad*, CIESAS, México.