

El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México

Recognizing the Indigenous Healthcare System. Implications of Government Healthcare Coverage in Mexico

O reconhecimento do sistema indígena de saúde. Implicações da cobertura de saúde governamental no México

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2018

Fecha de evaluación: 29 de mayo de 2018

Fecha de aceptación: 19 de junio de 2018

Publicación en línea: 21 de junio de 2018

Omar Chávez Victorino*

Claudio Antonio Carpio Ramírez**

Doi: <https://doi.org/10.18359/r/bi.3422>

Cómo citar:

Chávez Victorino, O. y Carpio Ramírez, C. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(35-2), 195-209.

* Laboratorio de Análisis de Procesos Psicológicos Superiores, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Correos electrónicos: <psic.omar@hotmail.com> y <dr.omarchv@gmail.com>.

** Profesor titular "C" T. C., Definitivo, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Licenciado y Maestro en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México y Doctor en Investigación Psicológica, Universidad Iberoamericana. Correo electrónico: <carpio@unam.mx>.

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo analizar la situación que se presenta en la atención a la salud de los pueblos indígenas de México, considerando aspectos sociales y teóricos, así como las implicaciones a nivel bioético. Los pueblos indígenas tienen los peores indicadores de salud, por lo que el gobierno se ha planteado como meta construir instituciones médicas que brinden servicio a estos grupos sociales. Sin embargo, no se ha considerado que las culturas indígenas tienen sistemas médicos distintos, lo cual probabiliza una baja frecuencia de utilización, abandonos y poca adherencia terapéutica; además, se soslaya la preservación del conocimiento tradicional indígena, específicamente, de su medicina. La falta de reconocimiento de las diferencias en las realidades sociales del equipo de salud respecto de los pacientes indígenas es un problema bioético, ya que los programas gubernamentales no han considerado las diferencias culturales. Aunque la inequidad social favorece la falta de justicia en este ámbito, se propone enfocar los análisis a la interacción lingüística equipo médico-paciente indígena, considerando la importancia de promover un discurso que permita la comprensión del sistema médico del otro, más que uno que muestre valoraciones negativas. Esta posición podría aportar conocimiento y soluciones en Bioética.

Palabras clave: bioética; sistemas de salud; pueblos indígenas; adherencia terapéutica; justicia social.

Abstract

This article aims to analyze the situation of healthcare of indigenous peoples in Mexico, considering social and theoretical aspects and bioethical implications. Indigenous peoples have the worst health indicators, so the government has set the goal of building medical institutions that provide services to these social groups. However, it has not considered that indigenous cultures have different medical systems, which entails low frequency of use, desertion and poor adherence to therapy. In addition, the preservation of indigenous traditional knowledge, specifically their medicine, is ignored. The health team's failure to recognize differences in social realities with respect to indigenous patients is a bioethical problem since government programs have not contemplated cultural diversity. Although social inequality favors injustice in this area, we propose to focus analyses on the medical team-indigenous patient linguistic interaction because of the significance of promoting a discourse to understand the other's medical system, rather than one that reflects negative opinions. This stand could provide knowledge and solutions to bioethics.

Keywords: bioethics; healthcare systems; indigenous peoples; social justice; therapeutic adherence.

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a situação que se apresenta na atenção de saúde dos povos indígenas do México, considerando aspectos sociais e teóricos, bem como as implicações no âmbito bioético. Os povos indígenas têm os piores indicadores de saúde, razão pela qual o governo propôs como meta construir instituições médicas que ofereçam serviço a esses grupos sociais. Contudo, não foi considerado que as culturas indígenas têm sistemas médicos diferentes, o que justificaria uma baixa frequência de sua utilização, abandonos e pouca adesão terapêutica; além disso, ignora-se a preservação do conhecimento tradicional indígena, em específico de sua medicina. A falta de reconhecimento das diferenças nas realidades sociais da equipe de saúde a respeito dos pacientes indígenas é um problema bioético, já que os programas governamentais não consideram as diferenças culturais. Embora a inequidade social favoreça a falta de justiça nesse contexto, propõe-se focar as análises na interação lingüística equipe médica-paciente indígena, considerando a importância de promover um discurso que permita a compreensão do sistema médico do outro, mais do que um que mostra avaliações negativas. Essa posição poderia contribuir com conhecimento e soluções em bioética.

Palavras-chave: adesão terapêutica; bioética; justiça social; povos indígenas; sistemas de saúde.

El derecho a la salud, definida como el completo bienestar físico, social y psicológico, se traduce en las comunidades indígenas como el derecho a una relación armónica con la naturaleza, con los demás y con uno mismo; también, como posibilidad de que estas comunidades tengan su propio entendimiento y control sobre su vida, en este caso, en lo que se refiere al ámbito de la salud (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006). En el artículo primero de la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Organización Panamericana de la Salud, 2008) se establece que los pueblos indígenas tienen derecho a mantener los niveles más altos posibles de salud, a practicar su medicina y a mantener sus prácticas sanitarias.

El convenio número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, en sus artículos 21, 24 y 25, establecen las obligaciones de los gobiernos respecto de la seguridad social y salud, lo que incluye la disponibilidad de los servicios de salud para todos los pueblos indígenas y la implementación de estos servicios en las comunidades en que habitan (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015).

En el caso de México, de acuerdo con el artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016) el Estado mexicano tiene la obligación de proveer y dar cobertura en salud a toda la población del país, incluyendo la población indígena. Esto implica instaurar instituciones en las poblaciones indígenas y brindar el servicio de salud, pero respetando los usos y costum-

bres bajo los principios de interculturalidad y de los derechos humanos (OMS, 2007, citado por Pérez, 2015). Por otra parte, el compromiso 35 del Pacto por México elaborado en el año 2012 propuso un aumento considerable del presupuesto para que la salud de calidad llegue a la población indígena, proponiendo como línea de acción asegurar el ejercicio de los derechos de las comunidades indígenas en materia de salud (Singer, 2014).

En el año 2006 se incorpora a la Ley General de Salud el concepto de “medicina tradicional indígena”; en el artículo sexto se menciona que se debe promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas (Campos, Peña y Paulo, 2017).

Por otra parte, esta ley, en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo séptimo, establece que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. El servicio de atención médica es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como su rehabilitación (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015). En el año 2001, como parte de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, varias instituciones establecieron el decálogo sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

A pesar de las modificaciones formales que se han hecho a las leyes gubernamentales, con base en los derechos de los grupos indígenas presentados, la CNDH expresa que la

mayor cantidad de violaciones presentadas en materia de salud son:

1. Negativa o inadecuada prestación de los servicios públicos de salud.
2. Negativa de atención médica.
3. Prestación indebida del servicio público o ejercicio indebido de la función pública.
4. Negligencia médica.
5. Discriminación.
6. Contracepción forzada.
7. Desabasto de medicamentos.
8. Violación de la confidencialidad y atención a los pacientes con VIH/SIDA.
9. Integración irregular de expedientes.
10. No proporcionar información sobre el estado de salud.
11. Falta de la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud.

Para el año 2005 el primer lugar de quejas en este ámbito fue para el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, con 803 escritos en contra, por arriba de las quejas presentadas contra la Procuraduría General de la República (PGR); el sexto lugar de demandas es contra el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con 217 quejas.

En 2008 se dio el primer caso que sentó jurisprudencia sobre el derecho a la salud contemplado en los estándares internacionales de derechos humanos, a través de las denun-

cias y demandas colectivas que desde 2007 realizaron los indígenas Ñu Savi, del municipio de Metlatónoc, ubicado en la región Montaña del Estado de Guerrero. A través de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero, solicitaron al gobierno guerrerense medidas cautelares ante las adversas condiciones de salud y de acceso a los servicios (Amoroz, 2011).

Sin embargo, en México se han desarrollado acciones para mejorar la salud de los pueblos indígenas desde hace varias décadas (Campos, Peña y Paulo, 2017). Uno de ellos es el programa PROSPERA del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual tiene como objetivo atender a la población nacional que no cuenta con seguridad social y que habita en zonas rurales o urbanas marginales en condiciones de extrema pobreza (IMSS-PROSPERA, 2017), los cuales son indígenas en su mayoría. Actualmente da cobertura a más de 12 millones de mexicanos adscritos, que viven en zonas rurales de 20 estados del país. En total, el programa atiende a 20,485 localidades correspondientes a 1,499 municipios. El IMSS PROSPERA, al igual que los programas que se hacen desde las instituciones gubernamentales, tiene una particularidad: al ser desarrollado por el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene su mismo modo de actuar, con el conocimiento científico como base. Es decir, esta institución opera bajo el Modelo de Salud Biomédico, el cual es un sistema distinto al que históricamente está instaurado en las comunidades indígenas a las que brinda el servicio de salud, lo cual tiene implicaciones que son importantes de considerar, y que se intentarán describir en el presente trabajo.

Sistemas médicos y sus particularidades

La Organización Mundial de la Salud (s.f.) define al sistema médico como una manera ideológica y doctrinaria de las causas de las afecciones de un grupo social, la manera de identificarlas y diagnosticarlas, así como los métodos de cura y prevención de las enfermedades. Es un lugar común pensar en la salud como un ámbito social del que no se puede hablar sin hacer referencia al Modelo Biomédico. Las personas que son usuarios del Sistema Biomédico de Salud tienden a considerar que este es el sistema natural, y que los demás son intentos por describir el ámbito de las afecciones humanas sin tener un resultado favorable: es común que los usuarios del Modelo Biomédico consideren el uso de sistemas distintos como un paso en el camino hacia el sistema que ellos practican, es decir, en el camino hacia el conocimiento y la práctica científica. Pero, ¿este modelo es el único para hablar del proceso de salud-enfermedad? ¿Su manera de proceder es la mejor para alcanzar un nivel de veracidad y efectividad respecto de este ámbito?

El Modelo Biomédico: el Modelo Médico Hegemónico

En la cultura occidental, como es el caso de las zonas urbanas de México, hay una tendencia a considerar que existe un sistema de salud único, como una forma de respuesta social organizada, homogénea ante diversas condiciones humanas relacionadas con la enfermedad, los accidentes, las alteraciones y la muerte. De esta manera, pareciera que cuan-

do se habla del sistema de salud siempre se hace referencia al sistema de salud que tiene como base el Modelo Biomédico (Zolla, 2007).

El Modelo Biomédico (MBM) es conocido como el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y se considera que tiene como base, principalmente, un biologicismo humano y una racionalidad científica (Menéndez, 2016). En ocasiones, desde este modelo se tiende a establecer una relación de hegemonía-subalternidad con los demás modelos médicos. Se ha instaurado de tal manera en las instituciones médicas de la sociedad que pareciera ser el único válido para explicar la salud, sin considerar que es una institución más que regula la vida de los humanos por medio del establecimiento de categorías nosológicas, semiológicas y etiológicas, las cuales son compartidos por las personas que pertenecen a un grupo social específico (Menéndez, 2016).

Zolla (2007) denomina al MMH como la Medicina Académica porque es la que practican las personas que tienen un título universitario de médico, y es la que se enseña en las instituciones de educación formal. Por lo tanto, se asume como universalmente válida en todas las circunstancias sociales posibles, y, derivado de esta postura, se ha hegemonizado como el centro de la organización de los servicios de salud, ubicándose como enfoque rector de las políticas de salud de casi todos los gobiernos, debido, entre otras variables, a sus éxitos científicos y económicos (Organización Panamericana de la Salud, s.f.), ya que ha llevado a avances tecnológicos y al desarrollo de fármacos que han facilitado el bienestar social.

En general, las relaciones que se establecen en este sistema médico dan lugar a:

1. Condiciones específicas para la imposición de criterios médicos (diagnósticos).
2. Criterios médicos que se deben satisfacer ante condiciones específicas (tratamiento).
3. Curso estimado debido a la condición biológica desarrollada (pronósticos).
4. Técnicas y medidas de observación para identificar la correspondencia entre el comportamiento esperado y el comportamiento real del paciente respecto de las prescripciones establecidas (seguimiento).

Estas situaciones son establecidas por las personas (equipo médico) que conforman las instituciones de salud (hospitales o clínicas) de un grupo social específico como parte de su modo de vida (cultura). Es importante considerar que las relaciones entre diagnóstico-tratamiento-pronóstico-seguimiento son consideradas verdaderas y únicas por el grupo social desarrollado en esa cultura; también, que los sistemas médicos que tienen una organización diferente son considerados erróneos porque carecen de rigor científico. Por lo tanto, todo sistema diferente es inválido.

El Modelo de Salud Indígena: el Modelo Subalterno

Sin embargo, el Modelo Biomédico no es el único para explicar y describir la salud en la humanidad. Los sistemas de salud, como otros sistemas que se establecen por convenciones sociales y que regulan el comportamiento de las personas en un ámbito específico, están relacionados con grupos sociales particu-

lares. Por lo tanto, si existen diversos grupos sociales existen sistemas de salud diferentes. La Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2007) menciona que no hay ningún grupo social que no haya desarrollado un sistema de medicina, ya que la medicina es parte de la cultura. En el caso de Latinoamérica, por ejemplo, hay diversas poblaciones indígenas que tienen modelos distintos, con una manera específica de conceptualizar los problemas de salud-enfermedad.

Este sistema indígena se refiere a aquellas prácticas médicas que surgieron en espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas antes de la colonia o en el desarrollo de esta (Organización Panamericana de la Salud, s.f.), lo cual no significa que no se hayan modificado ni que no hayan incorporado prácticas médicas de las diversas sociedades que los han dominado.

Fagetti (2016) menciona que en el Modelo Médico Indígena (MMI) se unen dos tipos de pensamientos, a saber, el empírico-racional-lógico y el simbólico-mitológico-mágico, sin haber contradicción entre estos. Todo el conocimiento acumulado a través de los años ha permitido una sistematización y una complejidad, incluyendo saberes en botánica, zoología, ecología y tecnología.

La Organización Panamericana de la Salud (s.f.) menciona que el Modelo Médico Indígena es un sistema, en tanto tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias, los cuales se estructuran de manera organizada a través de sus agentes: terapeutas, parteras, promotores y sobadores; además, poseen sus propios métodos de diagnóstico (ceremonias en las que participan los

especialistas con una serie de elementos) y tratamientos curativos, que incluyen plantas medicinales (se han utilizado la quinina, la zarzaparrilla, el guayaco y la coca, entre otras), animales y minerales. Pero, lo más importante es que el MMI es un sistema porque *existe una población que confía en él, lo solicita y lo practica*. Zolla, del Bosque, Mellado, Tascón y Maqueo (2016) mencionan que las enfermedades de este modelo son percibidas y vividas por varios millones de mexicanos y latinoamericanos, que habitan en diversas zonas, incluyendo el campo, la ciudad y las zonas conurbadas.

Entonces, hay un grupo social con un modo de vida específico (cultura) que tiene instituciones (lugares en las que se practica la medicina) con personas que conforman el equipo de salud (curanderos, chamanes, médicos tradicionales, entre otros), las cuales establecen criterios específicos (tratamientos) ante condiciones particulares (diagnósticos), con cursos estimados (pronósticos) y técnicas de evaluación para observar la distancia entre el comportamiento esperado y el comportamiento real de los pacientes respecto de las prescripciones establecidas (seguimiento). Estas relaciones establecidas entre diagnóstico-tratamiento-pronóstico-seguimiento se derivan de clasificaciones nosológicas, etiológicas y semiológicas particulares, y son considerados verdaderas y válidas por las personas que viven en las sociedades en las que se practican estos sistemas.

Modos de conocimiento y su veracidad

El hecho de que el MMI no se derive de un método científico no lo hace falso o erróneo,

ya que en la cultura en que este modelo es practicado la ciencia no es el modo de conocimiento que predomina; no se debe olvidar que la ciencia es un modo social de conocimiento (Ribes, 1993), pero no es el único ni el que logra desenvolver los secretos del funcionamiento del universo. La ciencia es un modo de conocimiento que permite organizar el universo de tal manera que pueda ser comprendido y explicado desde un planteamiento teórico (Chalmers, 1982).

Ribes (2013) comenta que cuando se habla de modos de conocimiento se hace referencia al modo específico de entrar en contacto con el mundo, como acto humano; a las instituciones especializadas en distintos tipos de contacto; los productos creados, su registro y acumulación, así como su transmisión a otros; los criterios que regulan dicho acto humano de entrar en contacto con el mundo, y los criterios valorativos de esta actividad. De esta forma, se pueden identificar distintos modos de conocimiento como el cotidiano, el científico, el religioso, el artístico, el tecnológico, el formal y el ético. Cada uno tiene instituciones que guían su actuar y establecen criterios de proceder y criterios de valoración. Es decir, las prácticas de la ciencia son verdaderas dentro de la ciencia misma, pero las prácticas del modo de conocimiento cotidiano son válidas y pertinentes respecto de su actuar. No todos los modos son científicos, y no tienen por qué serlo o pretender serlo; por lo que la forma de proceder del MMI es diferente, pero no inválida o errónea. Más aún, estos sistemas no están en el proceso de llegar a ser científicos, o en una etapa de pseudo-conocimiento.

Por otra parte, las pruebas que se han establecido para demostrar si un conocimiento es

verdadero están construidas desde el modo y con los criterios del conocimiento del cual se hable. Es decir, no se puede comprobar la veracidad del MMI mediante métodos científicos, porque las pruebas están elaboradas con base en los fundamentos de los diferentes tipos de conocimiento. Inclusive la Organización Panamericana de la Salud (s.f.), al hablar de la salud desde los MMI, cae en este error lógico: menciona que la salud consiste en el conjunto de elementos tales como las ideas, las creencias, mitos, ritos y procedimientos, *sean explicables o no*, que se refiere a las enfermedades.

Es evidente que para las personas que practican este tipo de medicina sus procedimientos tienen una explicación, pero no es a nivel científico, ya que el modo de conocimiento que está en la base de estos sistemas no es el científico, y es un error querer explicarlos con base en esa lógica.

El problema del establecimiento de instituciones biomédicas en comunidades indígenas

En la actualidad se considera que se brinda atención a la población indígena cuando se establecen instituciones biomédicas en sus comunidades, sin identificar las problemáticas que surgen a partir de este modo de cubrir las necesidades de salud del grupo social indígena (Parra y Pacheco, 2006). Alarcón, Vidal y Neira (2003) mencionan que, aunque la lógica que subyace a los dos sistemas de salud es igual (ambos buscan causas, diagnósticos y curas), ambos difieren en las premisas culturales y las pruebas de validación, por lo que el

actuar de unos les parece extraño, inválido e inverosímil a los otros.

Por ejemplo, entre las enfermedades con más prevalencia dentro de los MMI, se encuentran el susto, el daño por brujería, el aire, el mal de ojo, el empacho, la caída de la molle-
ra, la bilis, entre otras. Cada una de estas enfermedades tiene diagnósticos específicos y tratamientos pertinentes (Fagetti, 2016). Desde el Modelo Biomédico estas enfermedades no existen, ya que no forman parte de su cuerpo teórico. En las ocasiones en las que se ha aceptado la existencia de estas enfermedades, se han identificado como propias de culturas específicas y de sistemas médicos diferentes, y se les ha denominado “síndromes de filiación cultural” (Fagetti, 2016), como si existieran enfermedades o síndromes sin una filiación cultural (Zolla, Del Bosque, Mellado, Tascón y Maqueo, 2016), es decir, como si las enfermedades propuestas por el MBM fueran naturales y todas las demás fueran sociales y construidas culturalmente.

Ningún diagnóstico establecido por el equipo médico ni su tratamiento correspondiente son naturales (Menéndez, 2016). El actuar del equipo médico que conforman las instituciones de salud siempre está en función de un modelo teórico y de un modo de vivir específico de un grupo social (Ribes y López, 1985).

Implicaciones sociales de la superposición del MBM en comunidades indígenas

En un caso típico de una situación de salud, un paciente acude a una institución con la que, históricamente, ya ha estado en contacto,

es decir, ha asistido anteriormente, ha escuchado sobre esas enfermedades y los criterios necesarios para cumplir con el tratamiento, ha llevado a cabo actividades similares ante situaciones parecidas, etcétera.

Ahora bien, cuando un paciente de una comunidad indígena acude a una Institución Biomédica de Salud (IBMS), instalada en su comunidad o fuera de esta, el diagnóstico que lleva a cabo el médico, así como el tratamiento que prescribe resultan inverosímiles y desconocidos para él. Los tratamientos prescritos por el equipo de salud son distintos a los que existen en su cultura, en la que las instituciones de salud tienen otro sistema médico que regula su actuar respecto de la salud y la enfermedad de los miembros de su comunidad.

Los médicos de las IBMS los diagnostican con enfermedades desconocidas, les prescriben tratamientos no existentes en su modelo médico y les exigen que adecuen su comportamiento a tales prescripciones. Sin embargo, el hecho de que el paciente pertenezca a una cultura distinta a aquella de la que se deriva el MBM le impide entrar en contacto funcional (Ribes y López, 1985) con las especificaciones que los médicos de esa institución establecen; esta situación resulta en incumplimiento de asistencia a las citas, abandono de los tratamientos, falta de adhesión terapéutica y resistencia al uso de clínicas y hospitales (Secretaría de Salud, 2007; Secretaría de Salud, 2012).

Esta manera de actuar pone en evidencia que en el afán de posibilitar que todos los ciudadanos tengan derecho a recibir servicios de salud, se están ignorando las diferencias de las realidades sociales de los pacientes in-

dígenas, lo cual debe ser el punto de partida de todas las políticas y de los programas médicos que tengan como objetivo brindar el servicio a diferentes grupos sociales (Mendieta-Izquierdo y Cuevas-Silva, 2017). Esta situación permite identificar una problemática a nivel bioético, en la que se observa que hay una discrepancia entre prácticas locales de un grupo social y la salud pública del estado mexicano. Esta falta de reconocimiento de la realidad social de los grupos indígenas resulta en dificultades en la interacción equipo médico-paciente indígena, trayendo como consecuencia que el servicio de salud no sea funcional y que no se respeten los derechos de los pueblos indígenas. Por lo que en población indígena se observa, no solo tienen poco acceso a las instituciones sociales, también, cuando las tienen, los resultados para ellos son inferiores al resto de la población, lo cual lleva a una marginación permanente de esta población al suponer que no quieren modificar sus condiciones de salud (Singer, 2014).

La Bioética se ha enfocado en que, en el ámbito de la salud, haya un quehacer gubernamental basado en el respeto de las diferencias culturales, sociales y étnicas de las personas partícipes, en este caso, de los pacientes indígenas y del equipo médico de salud. Para que haya un respeto por los pacientes indígenas, manteniendo una postura ética en el campo médico, el quehacer de las instituciones gubernamentales tendría que estar construido a partir del entendimiento de las diferencias en los modos de conocimiento, las instituciones y el modo de vida de los pacientes indígenas respecto del equipo médico, lo cual no se ha observado. Por otra parte, la explicación que se ha dado al comportamiento de los

pacientes indígenas también ha ignorado estas diferencias, estableciendo un estigma y una serie de valorizaciones negativas por tener prácticas médicas distintas, lo cual se describirá a continuación.

Interpretaciones desde el área de la salud

La Medicina Conductual es un área de la psicología que surgió en 1977 con el objetivo de desarrollar conocimiento y técnicas en las ciencias del comportamiento para utilizarlos en el entendimiento de la salud física y las enfermedades, incidiendo en las esferas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978).

Desde su surgimiento, una de las líneas de investigación ha sido la identificación de factores que probabilizan el ajuste del comportamiento de los pacientes a las prescripciones establecidas por el equipo médico. Respecto del ajuste conductual en poblaciones originarias, Reynoso (2014) comenta que en torno a las enfermedades crónicas existen ciertas creencias mitificadas con respecto a la causa, al curso y al tratamiento; menciona como ejemplo de creencias mitificadas el hecho de que un susto puede desarrollar diabetes; o que hay ciertas expectativas de curación si se cumplen rituales religiosos y mandas. Muñoz (2014) menciona que los pacientes indígenas no ajustan su comportamiento al tratamiento médico debido a la creencia errónea que tienen en los curanderos. Bravo (2014) también menciona que las creencias son un factor importante para explicar la conducta de los pacientes respecto de las enfermedades, ya que las diferencias culturales llevan a creencias

mitificadas que distorsionan la manera en que afrontan las enfermedades.

Es decir, es común que el actuar de personas que practican el sistema médico indígena, tanto pacientes como curanderos, sean catalogados de errados, con un comportamiento equívoco que tiene como causa creencias distorsionadas o mitificadas.

La estrategia para modificar esta situación, por parte de médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos, ha sido intentar sustituir o alterar tales creencias que son consideradas erróneas con el fin de modificar su conducta, ajustándola a las prácticas propias del sistema biomédico. Esta estrategia de intervención para mejorar la salud de los pacientes indígenas no considera dos aspectos importantes:

1. Que hay otros modelos diferentes al biomédico, y que no hay un entendimiento entre ambos porque establecen relaciones diagnóstico-tratamiento-pronóstico-seguimiento diversas que solo son entendidas en su modo de vida particular.
2. Que se está incumpliendo con los derechos de los pueblos indígenas al no respetar y preservar sus conocimientos tradicionales, incluyendo su medicina (CDI, 2014).

Es decir, el actuar de los profesionales en el área de la salud ha sido erróneo en dos dimensiones: a) a nivel teórico, las diferencias en los modelos de salud hacen que no sea posible un contacto funcional entre el paciente indígena y las prescripciones que el equipo médico establece desde el MBM, y b) a nivel social, hay una violación de los derechos de los indígenas al imponer modelos ajenos a los

suyos sin considerar las problemáticas que esta situación genera.

Conclusiones

La instauración de instituciones de salud en las poblaciones indígenas no es suficiente. En aquellos casos en que se logra brindar el servicio de salud desde las instituciones instauradas por el Estado en las comunidades indígenas hay dificultades para que esta sea efectiva (Singer, 2014), ya que existen modos de vida diferentes entre población no indígena y población indígena, los cuales implican modelos médicos distintos. Las problemáticas no se deben, únicamente, a las diferencias lingüísticas; del total de población indígena presente en México, calculada en 15 millones, solamente 6.6 millones de personas conservan su idioma materno (Pérez, 2015). Esta problemática se relaciona con la cultura en general y no solo con el idioma, el cual es una expresión del modo de vivir, pero no se agota en este.

Calificar a los pacientes indígenas de equivocados en su comportamiento y portadores de creencias o pensamientos distorsionados es un error social y teórico, ya que cada persona actúa de acuerdo con los criterios institucionales que están instaurados en su sociedad y que conforman su modo de vivir, es decir, su cultura. Por lo tanto, es de esperarse que los indígenas se comporten de conformidad con su modelo de salud, así como se espera que el paciente no indígena haga lo mismo respecto de su modelo de salud.

Esta situación no se presentaría si no existieran desigualdades sociales entre la po-

blación mestiza y la población indígena; la problemática en el ámbito de la salud que se ha expuesto en este trabajo es consecuencia de que las personas que se encargan de establecer las políticas en salud y de decidir el modelo médico que estará instaurado en las instituciones de salud no consideran a la población indígena, lo cual no permite que exista justicia (Venkatapuram y Marmot, 2009). Esto, en ocasiones adopta la forma de dos bandos (el bien y el mal), en el que el Estado y sus instituciones de salud justifican y legitiman sus reglas y normas en este ámbito, descalificando modos de vida discordantes con los valores hegemónicos de la sociedad; lo anterior es resultado de una tradición moderna que otorga a la ciencia y a sus productos profesionales el poder absoluto de todas las variables y modos de vida presentes en nuestra realidad (Enria y Staffolani, 2010). Además, son muestra de las prácticas integracionistas del país, mediante las cuales se busca que todos los grupos sociales adopten costumbres de la vida occidental, con la ciencia como modo de conocimiento y la tecnología como muestra de progreso (Castillo, 2015), sin considerar que la homogeneización de la población no implica la descalificación de prácticas distintas; el desarrollo tampoco implica la modernización de un modo de vida para homogeneizarla con la vida occidental (Singer, 2014). Aunque, en la actualidad se plantea sustituir el Integracionismo Indígena por un Indigenismo Participativo, parece que el cambio se presenta solamente a nivel discursivo, ya que en la práctica sigue habiendo una falta de reconocimiento de sus modos de vida y una exclusión de su participación en la creación y desarrollo de los programas

gubernamentales que serán aplicados a ellos mismos (Campos, Peña y Paulo, 2017).

De acuerdo con Riggs (2005), en este modo de actuar también se identifica una Ideología Hegemónica de Comunicación, la cual se puede observar en las interacciones lingüísticas que se establecen en el ámbito de la salud. Siguiendo a Riggs, el conocimiento médico es producido por los epidemiólogos, científicos de laboratorio e investigadores clínicos; este conocimiento se traduce al lenguaje coloquial por clínicos y profesionales del área; se transmite a la población a través de revistas y medios de divulgación científica; por último, la gente adopta el conocimiento y lo valida como el único verdadero. Todo discurso distinto creado fuera de esta cadena es erróneo y carece de veracidad. Es decir, el Modelo Médico Hegemónico se traduce en una Ideología Hegemónica de Comunicación, expresada en la interacción equipo médico-paciente. Como la población indígena utiliza un discurso distinto, son señalados como incapaces de entender la ideología oficial.

Si el estado mexicano se ha establecido como metas la posibilitación de acceso a la población indígena a los centros y clínicas de salud para poder brindar el servicio, y al mismo tiempo se ha propuesto preservar y fortalecer la cultura de los pueblos indígenas por medio de la difusión de sus conocimientos tradicionales (CDI, 2014), debe buscar maneras de poder lograr los objetivos planteados en materia de salud, a la par que es congruente con los derechos de los pueblos indígenas, lo cual requiere de estrategias diferentes a las que se han establecido.

Algunos investigadores han propuesto dirigir la atención al estudio de las interacciones lingüísticas que se establecen entre el equipo de salud y los pacientes, especialmente en aquellos componentes verbales que permiten que cada uno de los miembros de la diada comprenda el modelo médico del otro, así como de aquellos que posibilitan un entendimiento de los sistemas como complementarios y no como mutuamente excluyentes (componentes verbales transcriptivos); por otra parte, también es importante observar los componentes verbales que contienen valoraciones respecto de la cultura, el sistema médico y el comportamiento del otro (Kolsstrup y Mosquera, 2016; Muñoz, 2014; Pérez, 2015; Vargas, Campos-Navarro y Casillas, 2016), es decir, aquellas verbalizaciones negativas o positivas respecto del actuar del otro, ya sea paciente indígena o equipo médico (componentes verbales valorativos).

Considerar a las interacciones lingüísticas valorativas y transcriptivas en la problemática que se presenta en el ámbito de la salud al dar cobertura gubernamental a las comunidades indígenas, implica poner en práctica acciones interculturales. Se entiende por Interculturalidad al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido (Secretaría de Salud, s.f.). Se sustenta en cuatro principios básicos: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo. Murillo (2015) menciona que la sa-

lud intercultural es la capacidad de entender, respetar y tomar decisiones en un contexto particular, ya sea individual o colectivo, de conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad. Es decir, lo que se propone en este escrito es una puesta en práctica de propuestas que han sido desarrolladas desde hace algunas décadas, y que, en la actualidad, son necesarias para resolver problemas teóricos y sociales; también se requieren para conseguir prácticas bioéticas en el ámbito de la salud.

El estudio del tipo de interacciones lingüísticas podría ser un factor disposicional, facilitador o dificultador, que permita a las instituciones de salud cumplir con los objetivos propuestos por el estado mexicano (Secretaría de Salud, 2012; Muñoz, 2014), respetando los usos y costumbres y mejorando la calidad de vida de los pacientes indígenas.

Referencias

- Alarcón, A. M., Vidal, A. y Neira, R. J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Méd. Chile*, 131. 1061-1065.
- Amoróz, S. I. (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (11), 8-37.
- Bravo, G. M. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En Reynoso, E. L. & Becerra, G. A. (Coord.). *Medicina Conductual: Teoría y práctica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 29-01-2016*. Recuperado el 6 de junio de 2016 de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf
- Campos, N. R., Peña, S. E. & Paulo, M. A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*, 13 (3), 443-445.
- Castillo, R. G. (2015). Política, cultura e indígenas en el México de inicios del siglo XX. El integracionismo de Gamio como proyecto de homogeneización nacional. *En-claves del Pensamiento*, 9 (18).
- Chalmers, F. A. (1982). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* México: Siglo veintiuno.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2015). *El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades*. Recuperado el 29 de enero de 2018 de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2014). *Programa especial de los pueblos indígenas 2014-2018*. Recuperado el 29 de enero de 2018 de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
- Enria, G. & Staffolani, C. (2010). Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de salud. *Hacia la promoción de la salud*, 15 (1), 167-178.

- Fagetti, A. (2016). Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla. En Campos-Navarro, R. (Coord.). *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill.
- IMSS-PROSPERA (2017). *Misión IMSS-PROSPERA*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2006). *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Manual de contenido*. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>
- Kolstrup, N. y Mosquera, M. T. (2016). Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario. En Campos-Navarro, R. (Coord.). *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill.
- Mendieta-Izquierdo, G. y Cuevas-Silva, J. M. (2017). Bioética de la salud pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n2/1657-4702-rlb-17-02-00001.pdf>
- Menéndez, E. L. (2016). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos. En Campos-Navarro, R. (Coord.). *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill.
- Muñoz, M. R. (2014). Atención médica, adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral y discriminación. *Revista pueblos y fronteras digital*, 9 (17). Pp. 95-115.
- Murillo, J. P. (2015). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos del primer año de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina.*, 76, 77-87.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *La salud de los pueblos indígenas*. Recuperado de: www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs326/es/-34k
- OMS. (s.f.). *Medicina tradicional: definiciones*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Derechos humanos y salud. Pueblos indígenas*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/tool%20box%2010069_pueblos.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional*. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>
- Ribes, E. (2003). La práctica de la investigación científica y la noción de juego de lenguaje. *Acta Comportamental*, 1 (1), 63-82.
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- Parra, B. L. y Pacheco, C. A. M. (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 4.

- Pérez, R. P. (2015). *Las desigualdades en los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes estudiantes de bachillerato, que viven en comunidades indígenas del Estado de México, 2006-2012*. México: Tesis de licenciatura en Sociología. UNAM, Facultad de Ciencias Políticas.
- Reynoso, E. L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En Reynoso, E. L. & Becerra, G. L. (Coord.). *Medicina Conductual: Teoría y práctica*. México: UNAM.
- Ribes-Iñesta, E. (2013). Una revisión sobre los modos generales de conocer y los objetos de conocimiento de las diversas ciencias empíricas, incluida la Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 3 (2), 89-95.
- Ribes, I. E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Riggs, L. C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124.
- Schwartz, E. G. & Weiss, M. S. (1978). Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1).
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- Secretaría de Salud. (2012). *Perfil epidemiológico de los municipios indígenas de México*. Recuperado el 24 de mayo de 2017. Disponible en internet: SINAVE/DGE/SALUD/PerfilEpidemiologicodelosMunicipiosIndigenasenMexico.
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Modelo intercultural para su implantación en los servicios de salud*. Recuperado el 25 de junio de 2017. Disponible en: dgplades.salud.gob.mx.
- Singer, S. M. (2014). ¿Exclusión o inclusión indígena? *Estudios Políticos*, 31. Recuperado el 6 de junio de 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttex&pid=SO185-16162014000100004
- Vargas, L. A., Campos-Navarro, R. y Casillas, L. (2016). Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas. En Campos-Navarro, R. (Coord.). *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill.
- Venkatapuram, S. y Marmot, M. (2009). Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*, 23 (2), 79-89.
- Zolla, C. (2007). *La salud de los pueblos indígenas de México* [en línea]. [citado 2017-05-24]. Disponible en internet: www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/pdf/.../salud_pueblos_indigenas.pdf
- Zolla, C., del Bosque, S., Mellado, V., Tascón, A. & Maqueo, C. (2016). Medicina tradicional y enfermedad. En Campos-Navarro, R. (Coord.). *Antropología Médica e Interculturalidad*. México: McGraw Hill.