COSMOVISIÓN INTERCULTURAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL QUE LIMITA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN HIDALGO

LIC. EN ENFERMERIA ROSALBA GONZALEZ GABRIEL
ANTROP. FLORES FLORES GUSTAVO
TRADUCTOR NAHUATL MATIAS HERNANDEZ
PROGRAMA OPERATIVO DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD
HOSPITAL GENERAL PACHUCA EN HIDALGO Huasteca Hidalguense. 2013

RESUMEN

Las palabras muestran las experiencias, el conocimiento y el rumbo que deben tomar los profesionales de la salud al otorgar servicios con sensibilidad cultural, Ya que su hacer debería desarrollar el empoderamiento de los grupos de diversidad cultural en el afán de limitar las brechas de salud asi como erradicar las barreras que impiden el acceso a tales servicios, la pertinencia cultural no es mas que desarrollar estrategias especializadas, diversificadas, y contextualizadas que muestren el verdadero transito a unos servicios de salud inclusivos, que reconozcan la diversidad social, cultural, étnica, lingüística, de capacidades diferentes, preferencias sexuales, que considere que no basta “la Interculturalidad” para dar cauce a mejores servicios de atencion, y cuidado a la salud, sino que propicie el fortalecimiento de los modelos clínico terapéuticos tomando en cuenta el sistema hegemónico de salud, con el sistema medico tradicional indigena, de tal forma que trascienda a la generación de nuevos conocimientos que contribuyan y enriquezcan a la creación de unos servicios de salud plurales culturalmente competentes.

PALABRAS CLAVE: Sensibilidad, diversidad, interculturalidad, Cultura, Cosmovisión.

INTRODUCCIÓN.

¿Por qué lo multi- inter culturalidad?

Desde la mirada del Sistema de salud, siempre ha existido una relación entre el médico y el paciente. Podemos considerar a la Interculturalidad como una estrategia para incorporar a los indígenas en la cultura médica nacional de manera respetuosa y antidiscriminatoria. Esta propuesta revolucionó el campo de la salud[1], contra quienes integran la antropología médica y la antropología social. Con esta postura, el concepto de salud se diversifica al incluir aspectos como espiritualidad, formas de enfermar y curar, como la teoría frio-caliente,[2] donde se menciona "la polaridad caliente – frio existente entre los Nahuas no se reduce al ámbito de la medicina como en Europa sino que se refiere al cosmos entero" La presente teoría sostiene que no es claro como los elementos de lo caliente y lo frio, de la teoría Hipocrática se haya difundido ampliamente en México, Mesoamérica y algunas partes de América del Sur, Al mismo tiempo los otros dos elementos de aquella teoría lo húmedo y lo seco, se perdieron por completo, y los elementos para contribuir a la transformación y equilibrio de estas formas, debe persistir para desarrollar teorías diversificadas e inclusivas que fundamenten el origen de esos elementos, de cualquier forma el debate sobre el origen pudo ver sido europeo o autóctono frio o caliente y puede no estar concluido en Mesoamérica, ya que existen buenos argumentos a favor de ambos puntos de vista.[3,4]
Sin embargo, el médico fue formado para mirar órganos, tejidos y células. No para mirar al paciente con un enfoque integral, desde lo interno, y su relación con lo externo que puede ser el vínculo con la familia, su entorno y su cosmovisión.

Ante estas dos posturas, los servicios de salud hegemónicos, generan una relación basada en el rechazo hacia la medicina tradicional, dada la falta de evidencia científica. Pues la salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura, y el conocimiento, es decir la forma como los seres humanos perciben, entienden y organizan sus respuestas al entorno, está condicionada por la cultura. Entiéndase como Concepto de cultura[5] desde la antropología como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización[6] además de definirse como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad, bajo este contexto en el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones 1.- Corresponde a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos, y creencias adquiridas a través del aprendizaje lo que se llama el mundo de la conceptualización de lo abstracto y 2.- Una Dimensión material, que corresponde a como lo simbólico se manifiesta en conductas, practicas, y artefactos culturales con normas de relación social entre las personas, entonces dentro de la cosmovisión de salud, estas dos dimensiones de la cultura o sea la cognitiva y la material se articulan en un

modelo medico que otorga consistencia a como, pacientes y profesionales se explican el fenómeno salud - enfermedad, practicas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantenimiento de la salud.

Desde la Interculturalidad como Estrategia de Salud es política o enfoque que tiene al menos dos niveles de expresión: Uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Este proceso requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad. A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. Una segunda estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. Por lo que la validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge[7]. En tanto la validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo. La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico.[8]

Como Multiculturalismo se entiende al término polisémico sujeto a diversas y contradictorias interpretaciones. En su sentido descriptivo, puede designar la coexistencia de diferentes culturas en el seno de una misma entidad política territorial. Asimismo, presenta un sentido prescriptivo o normativo y asigna diferentes políticas voluntaristas. Surgió inicialmente en el mundo angloamericano - como modelo de política pública y filosofía o pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de globalización[9] En tanto es una propuesta de organización social, que se ubica en términos teóricos dentro de la filosofía antisimilacionista del pluralismo cultural.

El adjetivo multicultural alude a la variedad que presentan las culturas en la sociedad humana para resolver las mismas necesidades individuales cuando deberían poseer igualdad de posibilidades para desarrollarse social, económica y políticamente con armonía según sus tradiciones étnicas, religiosas e ideológicas. De acuerdo con el multiculturalismo, los Estados deberían articularse institucionalmente de manera que reflejen la pluralidad de culturas existentes.[10]

El multiculturalismo como teoría busca comprender los fundamentos culturales de cada una de las naciones caracterizadas por su gran diversidad cultural.

La Multiculturalidad: A diferencia del término **"multiculturalismo",** determina la noción de **"multiculturalidad"** y tiende a ser interpretada de una manera descriptiva que evita la carga normativa de aquel. Así, una sociedad puede ser

caracterizada como multicultural cuando en ella conviven grupos portadores de diferentes culturas, entonces dentro de los servicios de salud la atención y el cuidado deberá ser con pertinencia cultural dependiendo del grupo, apegándose a su competencia diversificada donde sea el prestador profesional el que se inserte dentro de su cultura y a la vez adquiera ese cumulo de experiencias y enriquecimiento para ofertar servicios de competencia multicultural y antidiscriminatoria.

PORQUE LA INTERCULTURALIDAD SE RELACIONA A LA SALUD INDIGENA[11]

Es necesario reconocer de inicio que existen barreras lingüísticas y de comunicación que en muchos casos juegan un papel negativo, pero no definitivo, en la relación de los indígenas con las instituciones de salud. De parte de los usuarios (indígenas) se manifiesta una resistencia al uso de los servicios, para cierto tipo de padecimientos o síndromes de filiación cultural, y queramos o no una desconfianza hacia la medicina occidental, producto de las nociones distintas del proceso salud enfermedad, que chocan y paradójicamente se complementan con los conceptos científicos que constituyen la alopatía moderna, lo que genera permanentemente relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto.
El lenguaje utilizado por los médicos, es uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural, dificulta la relación e imposibilita 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 causas de sus enfermedades.

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”[12]
[13] Los 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 etnicidad. 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.

Es por eso que con una comprensión ideológica y social me atrevo a implementar mi propio concepto de interculturalidad y su relación, **Es un enfoque de análisis que nos permite visualizar las áreas de desventaja y áreas de oportunidad, al trabajar con grupos minoritarios culturalmente diversos sujetos a discriminación, subordinación, asimetrías y violencia, a partir de este enfoque hago un análisis de las situaciones que ponen en**

riesgo, la demanda y la atención de la población culturalmente diversa, por lo que se describen algunos factores que determinan rezagos y brechas en el servicio, prestador, usuario y usuaria. R.G.G. 0CTUBRE 2012.

Es necesario tomar en cuenta que para la aplicación de este enfoque se toma las siguientes Herramientas: Respeto, corresponsabilidad, Pertinencia, competencia, responsabilidad, humildad, equidad, calidad, calidez, efectividad, eficiencia, eficacia, alto sentido humano, Por lo tanto es necesario desarrollar un modo de convivencia en el que el prestador de servicios, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; convivan y se relacionen de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica pertinente, eficiente, efectiva, cálida y eficaz en un contexto compartido, de enriquecimiento mutuo.

[14]En este sentido El diálogo intercultural, puede ser posible en tanto que se de construyan algunas categorías del pensamiento moderno como el desarrollo y la ciudadanía, y las perspectivas de pedagogía, exclusión y diversidad cultural con las cuales se ha orientado la construcción de lo social en las ciudades modernas, donde la salud es el resultado de la unión de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad/educación. Actualmente existen estudios sobre salud, que han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales.

[15]Es entonces como éste ensayo empírico muestra las experiencias de que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo para alcanzar la salud. De hecho, en algunos países, con sus indicadores de salud, muestran brechas de la población indígena, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios de salud. Frente a ellos, se desarrollan también iniciativas estatales y no estatales para revertir la exclusión y desigualdad, partiendo de visibilizar las brechas de salud de los pueblos indígenas.

La democratización, es uno de los rasgos definitorios de la modernidad, y en Hidalgo no se ha logrado democratizar servicios públicos de salud para toda la población, particularmente los de salud sexual y reproductiva. La persistencia de brechas entre el acceso de la población indígena y no indígena a servicios muestra el carácter excluyente de las políticas de salud. Frente a esta situación, las mujeres indígenas, especialmente las más jóvenes, demandan su derecho a usar servicios públicos.

Por lo tanto esta demanda por servicios del hospital no significa el abandono a sus costumbres y tradiciones relacionadas con la salud. Por el contrario, junto a sus expectativas de acceder a servicios de salud de buena calidad, persisten sus creencias, usos y costumbres como practicas propias para mantener su salud y cuidar de su familia,

PORQUE INTEGRARLO AL SISTEMA DE SALUD Para saber e identificar los puntos de encuentro y desencuentro entre las cosmovisiones de salud, del personal del hospital y la cosmovisión de las y los pacientes indígenas, partiendo de que se trata el encuentro y desencuentro de dos culturas que tienen cosmovisiones y prácticas diferentes sobre salud/enfermedad y formas de cura, pero que finalmente se trata de facilitar una internalización y reconocimiento entre la medicina occidental y la medicina tradicional indígena. Los estudios sobre población pueden enriquecerse con análisis cualitativos que den cuenta de factores sociales y culturales que incidan en la comprensión de sus comportamientos y expectativas frente a las políticas públicas, y coadyuven en el fortalecimiento y enriquecimiento de ambos sistemas de salud.
Las diferencias en la percepción y en el conocimiento, en la cultura occidental fueron consideradas desviaciones, incapacidad y argumento de inferioridad de las "otras culturas". Sin embargo, esta dicotomía entre una lógica primitiva atrasada, "subdesarrollada" y una lógica moderna "desarrollada" ha estado presente a lo largo de los últimos 60 años en el discurso del desarrollo. El argumento que se ha realizado en un tipo de "colonización de la realidad", por la cual, "ciertas representaciones se vuelven dominantes y dan forma indeleble a los modos de imaginar la realidad e interactuar con ella".[16] El discurso del desarrollo construye al sujeto colonial/tercermundista y niega las diferencias raciales/culturales e históricas.[17]Basadolo en el rechazo y competencia, sin profundizar en sus fundamentos y aportes, Se ha considerado a la medicina tradicional como un elemento primitivo que entorpece el progreso y predispone riesgos a la salud. Supone una competencia con los servicios modernos de salud, por lo que hay que detenerla y, de ser posible, eliminarla, consideramos que este punto de vista y este tipo de relación aun sigue vivo en regiones del estado y del país dentro de los programas de salud.[18,19]

La presente exposición es parte del reflejo en el sentir de la sociedad de originaria de la Huasteca en Hidalgo respecto de las actividades en la vida diaria de los grupos diversos que interactúan y tienen los mismos derechos, pero ese sentir no puede ser manifestado ya que las competencias adquiridas por el profesional prestador de servicios de salud son tan superficiales y fuera del contexto comunitario, y la insensibilidad se hace evidente en el ser humano y se permite por no vivir de cerca las experiencias que prevalecen en las comunidades principalmente de los vulnerables especificando la Multiculturalidad étnica pues conocer las fracturas psicosociales, biológicas y organizacionales requiere de un análisis y un enfoque de conocimiento cultural en usos y costumbres de manera que los seres humanos perciban su entorno físico, social, e ideológico, desde la forma de cómo lo viven y se relacionan con él, y como lo determinan en su cultura. Sin olvidar que sus Derechos como personas no subestimen estos, y no sean vulnerados retomando a la cultura como la manera de codificar la realidad, y a la salud como producto físico y social responde también a códigos culturales, lo que son conductas saludables, higiénicas en una cultura, no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas.

Hegemonía del médico alópata

En los servicios de salud se expresa un modelo mono cultural alópata que corresponde a la visión etno céntrica biologisista de la salud y de la medicina, que tiende a percibir esta desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como la indígena, en la medicina tradicional, teniéndola predominantemente subordinada donde la afirmación identitaria de las comunidades se expresa actualmente en el gobierno local, y el Municipio que ha emprendido políticas para preservar y afirmar las tradiciones culturales en un intento de no cerrarse al diálogo con los "otros" los mestizos, pero manteniendo ciertas reservas con los pueblos originarios, manteniéndolo solo en el discurso político, El orgullo de ser "Hidalguense" de valorar su lengua, vestido, tradiciones, fiestas, su cultura es una fuerza que está cambiando también la actitud frente a los servicios del Estado. El contar con una autoridad que piense en la comunidad indígena[20] 11 que ha incorporado la interculturalidad en su discurso y su gestión[21] 8 el médico tradicional y la partera, es un grupo sentido, diferenciado e identificado por el Hospital general Pachuca y Primer Nivel de Atención en el que los agentes comunitarios son percibidos como líderes comunitarios, que requieren de oferta y demanda de servicios con pertinencia y sensibilidad cultural, que a partir de del 2005 Hospital General Pachuca tiene como iniciativa ofrecer alternativas de acceso a la salud Culturalmente Competente que se ha dado a la tarea de acercar la atención y los servicios de salud con las caravanas de alta especialidad a la población indígena excluida de los servicios públicos de salud.[22]9

Experiencia a la que se enfrenta un paciente en la consulta

Una es la perspectiva del médico occidental y el personal de salud y otra la de las mujeres indígenas que acuden a los servicios. Sin embargo y pese a las diferencias entre estas dos visiones, no se trata de dos mundos contrapuestos, porque la cultura no es una estructura rígida e impermeable, tanto el personal de salud como la población indígena se influyen recíprocamente, ya que una sociedad no existe en el vacío sino en medio de relaciones entre seres humanos, atravesadas por **el poder. ¿**Qué es el poder?[23] Es una fuerza y una relación de fuerzas.[24] Situación estratégica en una sociedad en un momento determinado. Las relaciones de poder atraviesan todos los espacios, los públicos y privados, la política y la vida cotidiana, las relaciones de pareja, las instituciones, la educación, la generación de conocimientos y por supuesto la salud. El poder se relaciona con las jerarquías que se establecen entre aquellos que poseen un conocimiento legitimado sobre aquellos que tienen otro tipo de conocimiento, no reconocido como legítimo. El sujeto está atravesado por relaciones de poder, y no puede ser considerado independientemente de ellas. El poder, no sólo reprime, sino que también produce: efectos de verdad, y saber, en el sentido de conocimiento.

Cosmovisión Indigena como Competencia del Prestador de servicios de salud

Por otra parte la Cosmovisión es el conocimiento propio y percibido en el entorno con los propios y entre los mismos, El dominio del cuerpo de las mujeres se expresa en la identidad "cuerpo que vive para otros/as"[25] El sentido

de la existencia de las mujeres está atado a normas que regulan su sexualidad, capacidad reproductora, erotismo, salud[26].
Entendemos a la cosmovisión como la visión estructurada en la cual los miembros de una comunidad combinan de manera coherente sus nociones sobre el medio ambiente en que viven y sobre el cosmos en que sitúan la vida del hombre[27] La cosmovisión, como concepto integrador, articula diversos planos de la existencia, que dan un sentido y coherencia a una forma de vivir, de pensar, aunque también algunas pautas culturales no son uniformes ni exentas de contradicciones, pues el conocimiento no opera en el vacío, por el contrario, está inserto en contextos históricos precisos y en instituciones concretas que se encargan de dar legitimidad, y propagar el conocimiento elevado al estatus de verdad.
La cosmovisión tiene en la cosmogonía uno de sus soportes, ya que trata de las creencias sobre el origen del cosmos, de la vida y de los grupos humanos, Y dado que entre los pueblos indígenas existe un cuerpo de creencias relativas al origen del universo, de la vida, del hombre y la sociedad, de los animales, de la naturaleza, de las cosas, de las normas de convivencia, de los seres malignos y benignos. Esos cuerpos de creencias, llamados mitos, fundamentan y acompañan a los cultos religiosos y a la diversa variedad de ritos asi mismo y dentro de esa cosmogonía cada grupo social construye nociones de cuerpo y sexualidad.[28] En las sociedades indígenas de tipo comunitario rural, el cuerpo no existe como elemento individualizado. El cuerpo no está separado del universo ni de los dioses, sino que conforman una unidad.

Por ello la salud debe considerarse desde los dos ámbitos, uno el enfoque socio-antropológico y otro la etnología de la salud, ya que no solo se refiere únicamente al estado físico sino al conjunto de factores sociales, afectivos, ambientales, espirituales y naturales que determinan la armonía interna y externa, individual y comunitaria, es por eso que no debe sujetarse a la Interculturalidad como una relación incluyente de los grupos culturalmente diversos sino mas bien como “Un e*nfoque de análisis que nos permite visualizar las desventajas y áreas de oportunidad, al trabajar con grupos minoritarios culturalmente diversos”*[29] *y que a la* cosmovisión indígena hay que entenderla como producto cultural, y por tanto debe recibir influencias culturales de distinto origen.*[30]* García Canclini insiste en la dificultad de reconocer lo que es propio de lo ajeno[31]. En este punto es necesario remitirnos a los procesos de aculturación en que vivimos y que se aceleran en el contexto de la rápida urbanización y las migraciones.[32]
[33] El carácter uniformizante del progreso conlleva relaciones de dominación y de colonización de unos grupos, de unos pueblos, de unos individuos sobre otros, (15)entonces el modelo intercultural considera: a la (promoción-prevención-protección, atención curación y cuidado, cultura, entorno, formas, y cosmovisión salud- enfermedad, recursos, organización, creencias, costumbres, equidad, calidad, calidez, trato digno, respeto a sus derechos el enfoque intercultural, y conservación de sus propios recursos y conocimientos para conservar su entorno y evitar la aculturación tomando como centro de importancia para la atención y cuidado de protección al individuo, familia, comunidad, desde el derecho a ser consultados para lo que respectan todos sus asuntos, incluyendo la salud, la salud sexual y reproductiva así como la investigación, y desarrollo como grupo social de alta a muy alta marginación)

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizan entrevistas y encuesta sobre la experiencia y formas de cura tradicional del cual se elaboran testimonios a usuarias de servicios y al personal de salud realizada por un Antropólogo y una Licenciada en enfermería equipo, especializados en levantamiento de información intercultural, se aborda a grupos focales, observación participante, entrevistas, a médicos tradicionales, parteras, hombres y mujeres que accedan a ambos servicios y los demandan, por lo que al identificar a dichos personajes se les explica en su lengua el objetivo de la encuesta y se solicita su consentimiento para tal efecto, informando que si desean omitir informacion estan en su derecho asi como a no contestar, recibimos el apoyo del trabajador social Matías Hernández enlace comunitario y traductor Náhuatl, para la identificación de los Terapeutas tradicionales como líderes comunitarios, y la propia comunidad, omitiendo asi su identidad.

OBJETIVO: Compartir la experiencia que he tenido al involucrar el concepto de interculturalidad y hacerlo operativo a los servicios de salud.

Conocer las expectativas y cosmovisión de hombres y mujeres indígenas frente a los servicios de salud reproductiva ofrecidos por el Hospital, y los centros de salud en el primero y segundo nivel de atención, en particular en relación a la posición durante el parto asi como el uso de la herbolaria tradicional durante esas etapas.

RESULTADOS

Una vez procesadas las entrevistas en torno a las experiencias y los testimonios, se elabora un cuadro de las barreras y brechas en la cosmovisión respecto a la atención y cuidado de la salud sexual y reproductiva en los grupos de indígenas y médicos tradicionales, se elabora igualmente un cuadro de la herbolaria mas utilizada y se realiza una reunión de devolución de los resultados del diagnóstico el día 14 de Noviembre 2012 en la oficinas de COESPO, con participación del grupo técnico, y el equipo de consultores a partir de los resultados, se da continuidad a plan de trabajo para avanzar con la implementación del manual Intercultural de salud para las localidades en estudio fortaleciendo las actividades previstas con el grupo técnico para analizar la información.

DISCUSIÓN.

“La verdad no está por fuera del poder, la verdad es una cosa de este mundo, y es producida solo en virtud de múltiples formas de construcción, e induce efectos para regular el poder. Cada sociedad tiene sus regímenes de verdad, sus políticas generales de verdad”[34]

Al analizar la relación entre conocimiento, poder y la forma como éste opera dentro de las instituciones, en sus regulaciones, leyes, medidas administrativas, organización de servicios, disposiciones y más entramado institucional. Nos damos cuenta que la construcción del modelo biomédico, y el discurso cumple un papel central como legitimador de una determinada practica institucional. El conocimiento no es solo una forma de poder sino también hay que analizarlo en la forma de su aplicación y efectividad. "El discurso produce objetos de conocimiento" y nada existe fuera del discurso. Es éste el que da sentido a las cosas. De allí que temas como salud, sexualidad, reproducción, salud de las mujeres, existen en el contexto de los discursos sobre ellos, es decir, existen y se entienden en su contexto histórico e institucional que los produce.
"El personal de salud consultado sobre su competencia de conocimiento de la cultura indígena y de las prácticas de las mujeres en su proceso reproductivo, indicaron un mayor desconocimiento con las costumbres durante el parto. Los conocimientos del personal de salud sobre la cultura indígena no solo son limitados sino que están imbuidos de prejuicios".[35]

En el campo de la salud se expresan no solo diferencias culturales sino relaciones de poder y desigualdad entre prestadores y los usuarios. El sistema de salud está representado por el personal, en su mayoría mestizos, que tienen su propia cultura y que desconocen la cultura y cosmovisión indígena, en torno a sus necesidades reales de salud, tanto como de sus elementos interculturales para obtener un desarrollo comunitario y pese a que un alto porcentaje de indígenas es bilingüe Náhuatl /Castellano, ellos resienten que la comunicación en el hospital no sea en su propia lengua. Por su parte, el personal de salud desconoce en su gran mayoría el idioma Náhuatl así como la variedad que de ello existe y cuando el personal atiende a un indígena, en su colectividad le dan instrucciones orales en idioma castellano. La entrega de instrucciones escritas en Náhuatl es inexistente dentro del sistema de salud institucional, y es resultado al desconocimiento y alto índice de analfabetismo en las comunidades, e inadvertido por el personal de hospitales y jurisdicciones quien en su mayoría migrante formado como médico en la medicina occidental y con desconocimiento de la práctica de medicina indígena, dado que en su plan de estudios no se enfoca la enseñanza sobre antropología social comunitaria, elementos interculturales, o etnología de la salud mucho menos conocen el contexto cultural en el que trabajan, regularmente los profesionales acuden a traductores voluntarios que pueden ayudar eventualmente, y que han detectado que el uso de la lengua limita el acceso y el otorgamiento de servicios culturalmente pertinentes y que forma parte importante en las brechas de comunicación, Estas brechas no son sino la expresión del desencuentro entre dos visiones sobre la salud, que corresponden a diferentes culturas, en el que cada pueblo construye un concepto de salud y bienestar, por lo que en un Estado multicultural como Hidalgo se necesita reconocer las prácticas culturales de los diferentes grupos culturalmente diversos con relación a la cosmovisión sobre salud-enfermedad, y formas de proteger, curar así como los elementos que se usan para tal efecto, intrínsecamente de la relación espiritual o con la naturaleza, en el presente anexo puedo comparar este cuadro que identifica algunas brechas para permitir el acceso a servicios de salud y vemos la necesidad de la comunidad y las limitantes que nos reducen la posibilidad de

limitar barreras en el sistema de salud lo cual es urgente atender para desarrollar las competencias en el prestador de servicios de tal forma que prometa atención y cuidado de calidad y con sensibilidad cultural, y que a priori tenga acceso a la participación y a la vida cultural sin discriminación determinando la construcción de la identidad cultural y su afirmación que a la vez debe llevar a la realización de la adecuación cultural de sus derechos a la salud como persona haciendo énfasis en que la participación en la vida cultural y el acceso a los productos culturales no deben ser obstaculizados, negados, ni ridiculizados. Sin embargo en el marco del desarrollo mediante estilos de vida saludable, esta participación efectiva incidirá en las políticas y la cooperación intercultural para lograr lo cotidiano de las personas a quienes conciernen en campos tan diversos como la educación, la salud, la agricultura, el comercio, la seguridad, el acceso al agua potable, y el defecto de no visualizar tales consecuencias constituye no solamente una violación de los derechos culturales, sino también de otros de sus derechos humanos.

CONCLUSION

Es justo decir que los servicios de salud y el derecho a ellos constituyen el objetivo directo para el desarrollo como un proceso sobre los intereses de los más fuertes **"poderosos"** por lo que se hacen necesarias las revisiones y las reformas en las políticas públicas de los programas de salud, y educación y generar investigación en campo sometiéndolos a debates político-comunitario a fin de que se reconozca ese derecho y adecuarlo al contexto cultural de los grupos de diversidad cultural no solo de los indígenas, existe actualmente una encrucijada en la que debe efectuarse el encuentro necesario entre el reconocimiento de las identidades culturales cargadas de exigencias y el derecho al acceso de los servicios de salud culturalmente pertinentes que influyan fuertemente en el alcance del derecho de desarrollo en salud.

Las mujeres indígenas entrevistadas señalaron sus temores y recelos para el uso del hospital, especialmente relacionadas con prácticas como el baño, la no entrada de familiares, la realización de tactos, la posición ginecológica durante el parto, entre otros aspectos. La evidencia muestra dos formas de entender y atender la salud reproductiva. Las diferencias se resumen a continuación: consulte anexos.

Por tal motivo estimo que es acertada la afirmación del preámbulo de la declaración de Friburgo que dice "el respeto mutuo a las diferentes identidades culturales es la condición de la lucha contra la intolerancia, el racismo, y la xenofobia y el fundamento de toda cultura democrática esencial al desarrollo.[36]

La mayoría de los entrevistados del personal de salud reconoce que sí existen barreras culturales para que las mujeres indígenas accedan a los servicios del hospital, estas barreras están relacionadas con costumbres y creencias, resistencia a usar servicios de salud, miedo, lengua en que se comunican. Las razones por las que no usan los servicios del hospital según el personal de salud, se debe al temor a ciertos procedimientos como el baño obligado, el desvestirse frente a extraños, el tacto vaginal, el rasurado, la posición ginecológica, la no posibilidad de ingreso de familiares o de las parteras. Se conoce además que el control prenatal se realiza de manera tardía *"Prefieren a la partera, no les gusta hacerse atender* aquí*" "No les gusta venir a los servicios por el maltrato, tiempo de espera, idioma y porque tienen más confianza con la partera*" (opinión de una enfermera).

En consecuencia resultaría triste y discriminatorio que la reciente aceptación de la diversidad cultural limitara esta ultima a la denominación “salud indígena” y “medicina tradicional” debiendo ser atendidas por Políticas de Transversalización Interculturales desde un enfoque de la perspectiva de género, adecuadas porque en materia de identidad cultural y desarrollo en salud todo el campo de las políticas es el que ha interpelado y puesto al servicio de los derechos humanos.

Este temible desafío de naturaleza desigual no debe permitir olvidar que, en materia de derechos de las personas, ningún derecho puede hacer lobreguez a otro.

Referencias bibliográficas

[1] Aguirre B. Teoría y práctica de la, educación indígena, publicado en una primera versión en 1953.- Aguirre B. Medicina y magia, 1963.

[2] Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México. Salud Pública Méx 1995; 37(4):329-338

[3]Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México. Salud Pública Méx 1995; 37(4):329-338

[4] http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=fr%C3%ADo-calor

[5] http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo4-2.pdf

[6] Alarcón A.M. y Vidal H. Salud Intercultural: elementos para la construccion de sus bases conceptuales (Cultura y Diversidad Cultural en Salud) pag. 1062

[7] OMS, OPS Rev Méd Chile 2003; 131: 1061-1065

[8] Alarcón A M M1a, Vidal A H2b, Neira R. J. 3c Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales (Estrategias de Salud Intercultural)

[9] Díaz P. (Identidad globalización, etnofagia)

[10] Multiculturalidad En México ;) jun. 2011 | 10 Páginas

[11] Dr. Lerin s. Interculturalidad y Salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, D.F.)

[12] Dr. Lerin S. Interculturalidad Y Salud: Recursos adecuados para la Población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, D.F.)

[13] Aguirre Beltrán, G. Programas de salud en la situación intercultural. Instituto mexicano del seguro social, México, 1980."LA DESIGUALDAD EN SALUD"

[14] Gomez E.Desarrollo E Interculturalidad Urbana: Apuntes para Trabajo Social

[15] Teoría Intercultural del Cuidado Enfermera G.Gabriel R. Interculturalidad en salud Hospital general Pachuca

[16] Escobar Arturo y la política de la diferencia: recorridos por los debates de las ciencias sociales (1996) Juliana Flórez Flórez* y Juan Ricardo Aparicio (*El final del salvaje. Naturaleza, cultura y política en la antropología contemporánea* (1999)) (*Más allá del Tercer Mundo. Globalización y diferencia* (2005)) Sonia Álvarez (1992) o *Política cultural & cultura política. Una nueva mirada sobre los movimientos sociales latinoamericanos*, editada en conjunto con la misma autora y Evelina Dagnino (2001),

[17] Michel Foucault. "La historia" en Las palabras y las cosas, 19ª ed., Siglo XXI, México, 1989, p. 358.

[18] SSA. Guía de implantación Intercultural. Disponible en http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/Fortalecimiento_Servicios_Medicina_Tradicional.pdf.

[19] Gamio M y Vasconcelos J. La corriente teórico-política

[20] Referencia 11 Manual de procedimientos Agentes comunitarios Primer Nivel de Atencion S.S.H.

[21] Referencia 8 Programa de trabajo Agentes Comunitarios S.S.H.

[22] Referencia 9 Programa de Capacitacion a Parteras coordinación de Agentes Comunitarios S.S.H.

20 (Rodríguez R. J.L. /Universidad Católica San Antonio, Murcia Multiculturalismo disponible en http://www.ugr.es/~pwlac/G17_04JoseLuis_Rodriguez_Regueira.html

[23] Foucault y el Poder citado por Ibarra F.J.I. (1980,131)

[24] Foucault, M. (2001) Defender la sociedad, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

[25] (Basaglia 1983, citado por Lagarde 1994)

[26] Modelo Integrado para la Prevencion y Atencion de la Violencia Familiar y Sexual

[27] (Broda, 2001: 16). Cosmovisión Indigena

[28] Florescano (2000: 2) La mitología, Cosmovisión Indigena

[29] Gonzalez G. R. Modelo Intercultural en Salud en el Ámbito Hospitalario Hospital General Pachuca Hgo,(2012)

[30] Gonzalez G. R. Modelo Intercultural en Salud en el Ámbito Hospitalario Hospital General Pachuca Hgo,(2012)

[31] García Canclini citado por Rodríguez L. (Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva)

[32]

http://www.bvsde.paho.org/tutorialin/e/modulo2.html
http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo4-2.pdf

[33] Rodriguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Politicas de Salud Sexual y Reproductiva
[34] Salud materna de mujeres indígenas y no indígenas en ecuador fuente: endemain 2004, cepar, quito
[35] González G. R., Hernández H. M; Flores F.G. Manual Intercultural de Atencion Sexual y Reproductiva con Enfoque de Genero Octubre-Diciembre 2011 CNEYG, COESPO, IHM
[35] Ramirez G. et cultura, educación y desarrollo CATEDRA UNESCO /CATEDRA UNESCO de Derechos humanos ed. RegióneLombardia

LECTURAS RECOMENDADAS

1. El final del salvaje. Naturaleza, cultura y política en la antropología contemporánea (1999) Arturo Escobar
2. Más allá del Tercer Mundo. Globalización y diferencia (2005) Arturo Escobar y Sonia Álvarez
3. Política cultural & cultura política. (1992) Arturo Escobar y Sonia Álvarez
4. Una nueva mirada sobre los movimientos sociales latinoamericanos, editada Sonia Álvarez y Evelia Dagnino (2001)
5. Foucault, M. (2003) Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber, Siglo XXI editores,
6. Buenos Aires.
7. Foucault, M. (2004) La arqueología del saber, Siglo XXI editores, Buenos Aires.
8. Foucault, M. (2007) El nacimiento de la biopolítica, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
9. Benítez F. Los Indios de México Salas de Lectura
10. Ramírez G. Cultura, Educación y desarrollo CATEDRA UNESCO
11. Favila C.H. Salud y sociedad en el Tlalpizahuac Prehispánico.

ANEXOS

La información cuantitativa disponible de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna ENDEMAIN 2004, evidencia brechas en el acceso a los servicios de salud por parte de mujeres indígenas y no indígenas, como se aprecia en el siguiente cuadro:

SALUD MATERNA DE MUJERES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS EN ECUADOR

Salud Materna	Mujeres Indígenas	No indígenas	Total nacional
Control prenatal	61.5	86.8	84.2
Atención del parto Institucional	30.1	80.2	74.7
Control postparto	15.4	37.7	36.2
Papanicolau	13.5	33.0	31.4
Uso de métodos anticonceptivos	47.2	74.7	72.7

Fuente: Endemain 2004, CEPAR, Quito