

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“El Hospital General de Cuetzalan, Puebla: Un análisis desde la
Promoción de la Salud a la política y programas interculturales en el
sistema de salud”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

ROSA IVONE PÉREZ GARCÍA

ALAN ALEJANDRO IBARRA RAMÍREZ

DIRECTORA

LIC. BEATRIZ LEVARIO ACOSTA

Ciudad de México, abril de 2019.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos:

A mis padres.

José R. Pérez Domínguez & María de J. García Balderas, por su constante apoyo, así como el amor y la paciencia que me tuvieron siempre para que este proyecto culminara y poder ejercer esta profesión con los valores que me fueron enseñando.

A mi hermano

José Ivan Pérez G., gracias por tu orientación y tiempo otorgados.

A mis abuelos

Rosa Balderas Alamilla, José P. García Iriarte, Isabel Domínguez Tenorio.

A mi directora de Tesis

Beatriz Levario Acosta, porque confió en este proyecto, su apoyo, paciencia y tiempo otorgado, así como los grandes aportes teórico-prácticos que hacen de mí una promotora de la salud con una visión humanista y comunitaria, Gracias.

A mis profesores:

Pablo Claudio Rojas Lara, Mayra Susana Carrillo, Marco Antonio Trejo Velázquez, por las aportaciones tan enriquecedoras a dicho proyecto.

Joaquín Ventura Sique, Liliana Pérez Jiménez, por las entrevistas otorgadas el cual hacen que se pueda ejercer una promoción de la salud intercultural vista de diferentes campos de trabajo.

Al antropólogo

Ramón Vergara, por brindar desde todo momento hospedaje, y el vínculo comunitario para que este proyecto culminara.

Dedicatorias:

Teresa de Jesús Sánchez M., Adrián Villa García, Elizabeth Mora R., Yazmin Alejandra Pérez G., Guillermo Serrato L., Gabriela Hernández P., Flora Olvera L., Ileana Haide Yáñez G., Guadalupe Cruz Espinoza, gracias por su infinito apoyo amigos.

Amigo Alejandro Ibarra, gracias por que este proyecto, unifico tu visión en promoción de la salud, y porque siempre mantienes una defensa de la licenciatura, a pesar de las barreras que la sociedad nos ha referido sobre la misma y porque me tuviste paciencia.

Edgar Horacio Cruz Estrada, gracias por estar a mi lado y ser parte de este proyecto.

Y en especial para ti abuelo José Pérez González, gracias por tus enseñanzas ...

Agradecimientos:

A Dios:

Por regalarme el privilegio de la vida.

A mi madre:

María de la Luz Ibarra R. Por no dejar de creer en mí a pesar de tropezar continuamente y por tú apoyo en todo momento para continuar.

A mi esposa:

Sandra Patricia López M. Por tú paciencia y resistencia para soportar y enfrentar cambios inesperados en nuestras vidas.

A mis hijos:

Alessandra Amisadai Ibarra L. y Gabriel Mateo Ibarra L. Porque gracias a ustedes, día con día intento ser mejor en todo.

A mi directora de Tesis.

Profesora Beatriz Levario Acosta, por su apoyo, amabilidad, paciencia y tiempo otorgado.

Profesores:

Pablo Claudio Rojas Lara, Mayra Susana Carrillo, Marco Antonio Trejo Velázquez, Joaquín Ventura Sique, Liliana Pérez Jiménez, y Ramón Vergara, por sus enormes aportaciones para realizar este proyecto.

A mis amigos.

Diego Nuñez T. Rosa Ivone Pérez G, Cynthia Reyes Z. y Adrián López U. Por sus consideraciones y tan buenos y divertidos momentos.

Dedicatorias

A mi familia (Madre, esposa e hijos) quienes son siempre inspiración para mí.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	6
Introducción	7
Objetivo	10
Justificación	11
Capítulo I	
1.1. Antecedentes Históricos del municipio Cuetzalan del Progreso, Puebla.....	13
1.2. Bases nosológicas y prácticas de la Medicina Tradicional Indígena del municipio de Cuetzalan Puebla.....	20
Capítulo II	
Los determinantes sociales de la salud y la importancia de estos para el diseño de una política o programa intercultural.....	30
Capítulo III	51
3.1. Los programas y políticas interculturales en salud: La trascendencia histórica.....	52
Metodología	62
Resultados	64
Discusión	99
Conclusiones	101
Referencias	105
Anexos	110

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
1.Las principales causas de muerte en el municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla.....	18
2.Recursos con los que cuenta el Hospital General de Cuetzalan.....	48
3.Recursos con los que cuenta el área de medicina tradicional del Hospital General de Cuetzalan.....	50

ÍNDICE DE GRÀFICAS

	Pág.
1. Determinantes de la salud.....	31
2. Principales grupos lingüísticos de la población indígena en las regiones de la Sierra Norte de Puebla y Totonacapan.....	37
3. Tipos de lengua hablante de los pacientes indígenas.....	80

RESUMEN

En la presente investigación se muestran las barreras culturales que se relacionan con el área de salud del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. En el Hospital no se ejerce el enfoque intercultural que en dado momento llego a considerarse en la atención al paciente, lo que significa que actualmente las medicinas hegemónica y tradicional convivan separadas.

Se realizó una investigación cualitativa por medio de entrevistas semiestructuradas a la población usuaria de dicho hospital (indígenas, mestizos y personal de salud), donde los entrevistados emiten las deficiencias del Hospital, mencionando que existe discriminación, que no hay respeto por la cultura del otro, así como también la deficiente atención médico – paciente.

En las entrevistas realizadas a los médicos tradicionales, indicaron que la participación dentro del hospital ya no es tan notoria como en los años en que se ponía en práctica la interculturalidad en salud, ya que ahora la medicina tradicional se encuentra segmentada y ello es visible en su infraestructura.

Siguiendo el objetivo principal de diseñar una estrategia desde la promoción de la salud que incorpore un enfoque y praxis intercultural en la atención y prevención médico paciente, resaltamos que es necesario la implementación de diagnósticos comunitarios para conocer la realidad de las comunidades y así mismo, ejercer la plena participación comunitaria que nos permita el diseño y praxis de la interculturalidad.

INTRODUCCIÓN

Un problema social que sigue permeando en México, es la desvalorización de la medicina tradicional y la discriminación creciente que se efectúa en nuestras comunidades indígenas a nivel sector salud. Esta investigación se centró en el Hospital General del municipio de Cuetzalan, Puebla, donde se enmarca esta desvalorización y discriminación a través de la segmentación entre la medicina alópata y la medicina tradicional, siendo estos dos modelos los que llegaron a efectuar en dado momento, un enfoque intercultural.

Cabe mencionar que la interculturalidad no se ha desarrollado en su totalidad, por ello se hace énfasis en la importancia de este enfoque para el diseño de programas o políticas en salud. Así mismo la acción-participación de la Promoción de la salud.

Es importante mencionar que la promoción de la salud, siendo multidisciplinaria, y que surge a partir de la primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente carta dirigida a la consecución del objetivo **“Salud para todos en el año 2000”**. Esta conferencia fue ante todo una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades para proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial (Salud pública, 2008).

La participación activa en la promoción de la salud implica:

- La elaboración de una política pública sana
- La creación de ambientes favorables
- El reforzamiento de la acción comunitaria
- El desarrollo de las aptitudes personales

- La reorientación de los servicios sanitarios

Para esta investigación las acciones que se deben implementar son:

- **La elaboración de una política pública saludable**

Coloca a la salud dentro de la agenda de quienes elaboran políticas en todos los sectores y a todos los niveles, encarrilándolos a que sean conscientes de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud

Una política de promoción de la salud requiere la identificación de los obstáculos para la adopción de políticas públicas saludables (Salud pública, 2008).

- **Fortalecer la acción comunitaria**

La promoción de la salud funciona mediante acciones comunitarias concretas y efectivas para establecer prioridades, tomar decisiones, planificar estrategias y aportar medios para lograr una mejor salud.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales existentes en ella para llevar a cabo la autoayuda, el apoyo social y crear sistemas flexibles que refuercen la participación y la dirección pública en las cuestiones de salud (Salud pública, 2008).

- **Reorientar los servicios de salud**

Las responsabilidades para con la promoción de la salud en los servicios sanitarios esta compartida entre las personas, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones de servicios sanitarios y los gobiernos. Todos ellos deben trabajar conjuntamente en la creación de un sistema de asistencia sanitaria que contribuya a la obtención de la salud.

El papel del sector sanitario debe orientarse cada vez hacia una promoción de la salud, más allá de sus responsabilidades de prestar servicios clínicos y curativos.

Es necesario que los servicios sanitarios asuman un enfoque amplio a las necesidades culturales y las respete.

El reorientar los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sobre salud, junto con cambios en la educación teórica y formación práctica de profesionales (Salud pública, 2008).

Por lo tanto, en los siguientes capítulos se describe la importancia e impacto que la promoción de la salud debe efectuar en el Hospital General de Cuetzalan, Puebla que da atención a dos tipos de usuarios: mestizos e indígenas.

En el Capítulo I, conoceremos los antecedentes históricos del municipio de Cuetzalan, así mismo cuales son las bases nosológicas y prácticas de la medicina tradicional indígena de la región, ya que en el municipio de Cuetzalan habitan cuatro etnias siendo estas la Náhuatl, Totonaca, Otomí y Tepehua.

En el Capítulo II, se describen los determinantes sociodemográficos (religión y economía), determinantes socioculturales (vivienda, lengua, vestimenta, tradiciones y arquitectura), determinantes de la salud (el sistema de salud), ya que esta gama de determinantes deben ser considerados en el diseño de una política o programa intercultural.

El Capítulo III, describe el concepto de interculturalidad para que sea aplicado al área del sector salud; también se exponen una serie de cuadros cronológicos acerca de los Planes de Desarrollo Nacional y como estos han impulsado la participación de los pueblos indígenas; el cuadro de los programas sectoriales de salud y la ejecución de la interculturalidad para los mismos. Para finalizar se hace una breve descripción histórica de las 5 etapas que tuvo el Hospital y como desarrolla el enfoque intercultural.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿Cuál es la situación actual de la política intercultural en salud que se ejecuta en el Hospital General del municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla?

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una estrategia desde la promoción de la salud que incorpore un enfoque y praxis intercultural en la atención, prevención y la relación médico-paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Observar si la práctica médica que se brinda a las personas en el Hospital General de Cuetzalan está basada en un enfoque intercultural.
2. Aplicar entrevistas semiestructuradas a las personas que asisten al Hospital General de Cuetzalan.
3. Analizar las respuestas de las entrevistas semiestructuradas para saber que tanto se aplica la interculturalidad.
4. Elaborar un taller que incluya la participación comunitaria para el ejercicio de la interculturalidad en salud.

JUSTIFICACIÓN

La Licenciatura en Promoción de la Salud es multidisciplinaria porque la salud es un proceso dinámico que es influenciado por determinantes sociales, políticos, religiosos, biológicos, culturales, etc.

Todo tiene relación con la salud, y como se mencionó anteriormente uno de esos determinantes es la política. En México se han diseñado y llevado a la práctica programas que contribuyan a la mejora de la salud, beneficiando principalmente a la población más vulnerable, sin embargo, muchos de los programas; en su mayoría, han incumplido con los objetivos planteados y con las expectativas de la población a beneficiar porque al momento de su creación no se toma en cuenta un elemento fundamental llamado “Interculturalidad”.

Conforme al censo de población y vivienda 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estima una población de 15.7 millones de indígenas en México, de los cuales 11.1 millones que viven en un hogar indígena, son ubicables geográficamente y son el entorno poblacional en las políticas públicas en materia indígena. De los 15.7 millones, 6.6 millones son hablantes de la lengua indígenas y 9.1 millones no hablan lenguas indígenas y 400 mil de los hablantes no se consideran indígenas (Programa Especial de los Pueblos Indígenas, 2018).

Un rasgo fundamental de la población indígena es su diversidad y pluralidad. Los indígenas mexicanos no son un cuerpo homogéneo. Por eso si bien en México existen 68 pueblos indígenas que corresponde con las 68 lenguas que se hablan a lo largo de todo el país, lo cierto es que entre ellos y a su interior se vive una pluralidad lingüística, cultural e incluso religiosa. (Programa Especial de los Pueblos Indígenas, 2018).

La diversidad implica fragmentación, ello genera condiciones de debilidad política, económica y social. La diversidad viene acompañada de la inequidad, la exclusión, la marginación social, la injusticia y la discriminación. Los asentamientos de población indígena en su mayoría se encuentran ubicados en zonas de difícil acceso, asiladas y sin acceso a los servicios básicos. (Programa Especial de los Pueblos Indígenas, 2018).

Debido a ello, es de suma importancia como promotores de salud, llevar acabo esta investigación; enfocada actualmente en el Hospital General de Cuetzalan del progreso, Puebla. En dicho hospital se implementó un programa que desarrollaba la interculturalidad, ya que en la práctica y hasta la actualidad se cuenta con un área de medicina tradicional; sin embargo, actualmente la medicina alópata y la tradicional conviven separadas y por tanto la población beneficiaria queda, aunque de forma implícita, excluida.

Por esa razón, esta investigación está enfocada en saber por qué un programa que por fin incluía el concepto de “Interculturalidad” ha dejado de hacerlo y a su vez, cuál es la interpretación que el personal de salud, indígenas y mestizos tienen al respecto de los servicios brindados por dicho hospital.

CAPÍTULO I

Nociones socioculturales del municipio de Cuetzalan Puebla

1.1. Antecedentes Históricos del municipio Cuetzalan del Progreso, Puebla.

De acuerdo a la Enciclopedia de los municipios de México (2005), el Estado de Puebla está conformado por 217 municipios, entre ellos el municipio de Cuetzalan del Progreso, ocupa el lugar 43 en la división municipal. Está ubicado en la llamada Sierra Norte de Puebla (ver figura 1). Cuetzalan del Progreso tiene cuatro colindancias:

1. Al norte colinda con Jonotla y Tenampulco.
2. Al este con Ayotoxco de Guerrero y Tlatlaquitepec.
3. Al sur con Zacapoaxtla.
4. Al oeste con Zoquiapan. (Ver figura 2)

El clima en Cuetzalan se caracteriza por la llamada transición de los climas templados de la sierra norte, a los cálidos del declive del golfo, por tanto, presenta un solo clima: clima semicálido subhúmedo con lluvias todo el año (Enciclopedia de los municipios de México, 2005, ver figura 3).

El grupo étnico dominante en el municipio es el náhuatl, población que será base de esta investigación. Los nahuas radican en los estados de Puebla, Veracruz, Guerrero, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Oaxaca, Michoacán, Jalisco, Durango, San Luis Potosí y la Ciudad de México. Es el grupo etnolingüístico más numeroso en la república mexicana, sin embargo, a pesar de compartir la misma lengua, de manera cultural presentan diferentes particularidades debido a los procesos históricos en los que han estado involucrados.

Puebla
División municipal

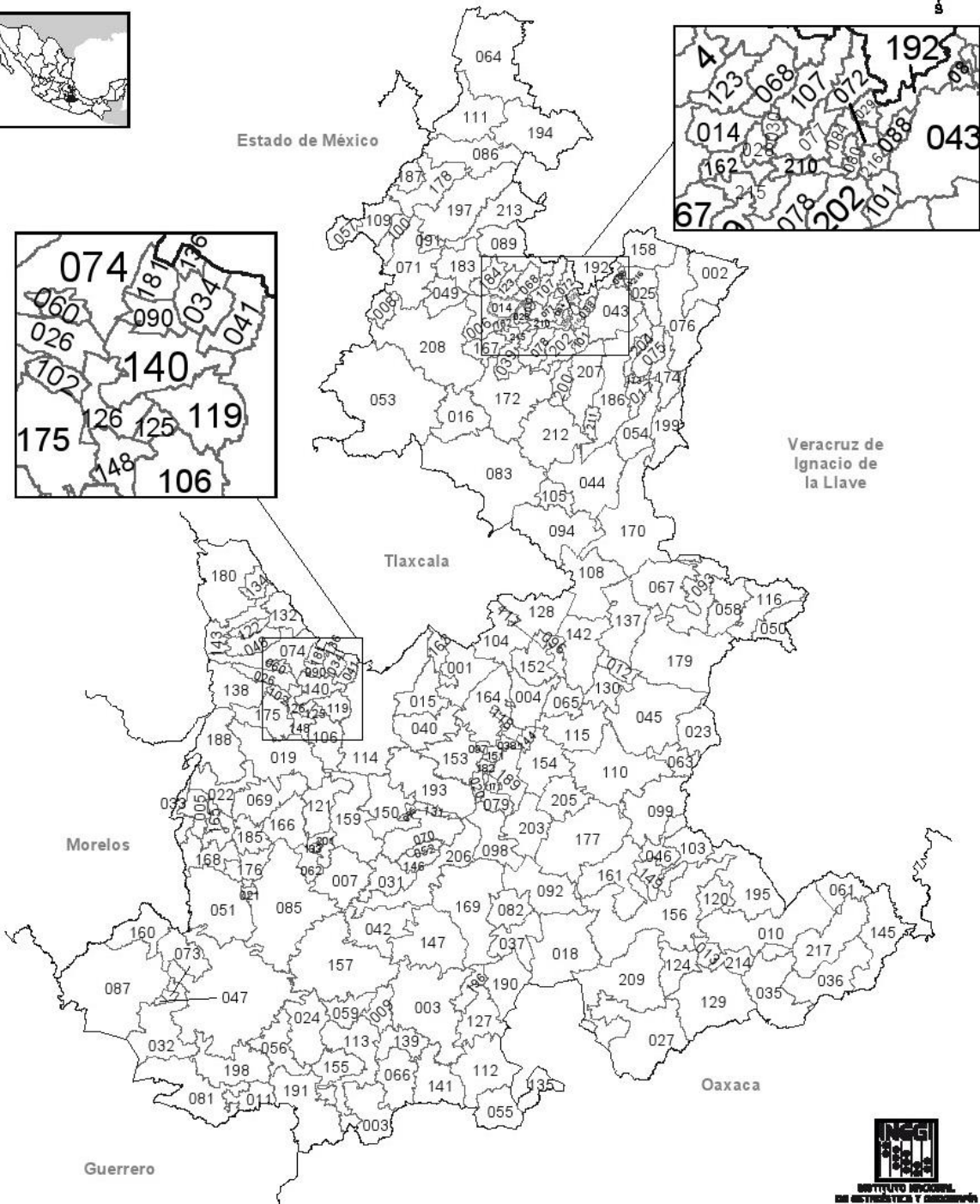
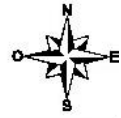
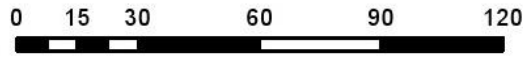


Figura 1. División municipal del estado de Puebla, el municipio de Cuetzalan del Progreso aparece en la esquina superior derecha con el número 43.
Fuente: INEGI. Marco geoestadístico Municipal 2010, Versión 5.0.

Mapa II
Ubicación y colindancia del municipio de Cuetzalán



Figura 2. Ubicación y Colindancia del municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla. Fuente. Ramos (2005:15)



Figura 3. Cuetzalan del Progreso, Puebla. Por: Villa-García, 2018.

El municipio de Cuetzalan está conformado por cinco acontecimientos históricos que lo destacan:

- I. El pueblo de Cuetzalan del Progreso tiene sus orígenes en la expansión del imperio Tenochca en el año de 1475. El emperador Axayacatl, convirtió a la región de la Sierra Norte en tributaria de la gran Tenochtitlan, ubicando a *Quetzalan*, nombre prehispánico, derivado de las plumas de quetzal, ave que habitó la región, como recolector de tributos (Enciclopedia de los municipios de México, 2005). El nombre de la región está formado por las raíces náhuatl “*quetzalli*”; cosa brillante, hermosa; y “*lan*”: junto, **“junto a las aves preciosas llamadas quetzal”**.

Quetzalan, perteneció al Totonacapan fundado en el año 200 a.C. por los totonacos, demostrado por las diez zonas arqueológicas que hay en el municipio (Enciclopedia de los municipios de México, 2005).

- II. Fue dominado por la triple alianza (México-Texcoco-Tlacopan), y su nombre cambió por el de Cuetzalan. Más tarde en 1552 la región fue sometida por los españoles.
- III. Fue catequizada por los franciscanos, este sometimiento es observable en el municipio ya que los indígenas mantienen muchas costumbres dualizadas con la cultura de occidente. Para el año de 1555 es considerada como San Francisco Quetzalan, por su importante actividad económico-social.
- IV. Durante el siglo XVII se le nombró corregimiento de San Juan de los Llanos.
- V. Hasta 1895 se rige como municipio libre con cabecera en la villa de Cuetzalan del Progreso (Enciclopedia de los municipios de México, 2005).

El municipio cuenta con 39,850 habitantes, con una densidad de población de 300 habitantes por km² y una tasa de crecimiento anual de 2.19%. Para el año 2000 se calculó que la población ascendería a 44,969 habitantes por lo que tendría una densidad de 333 habitantes por km.²

Cuetzalan del Progreso cuenta con un índice de marginación de 1,060 por lo que es considerada como alta, se ubica en el lugar 40 en comparación a los demás municipios del estado.

En 2015, el municipio de Cuetzalan del Progreso contaba con un médico por cada 1000 habitantes. La tasa de mortalidad general por cada 1000 habitantes es de 5.4, y la de mortalidad infantil de 15.2. (Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla, 2015, ver cuadro 1).

Cuadro 1. Las principales causas de muerte en el municipio de Cuetzalan del Progreso, Puebla. Fuente INEGI, 2015.

Enfermedad	Número de casos por cada 100,000 habitantes
Enfermedades del corazón	130
<i>Diabetes mellitus</i>	62
Enfermedades cerebrovasculares	51
Tumores malignos	47
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	38

Cuetzalan del Progreso se caracteriza porque en el año 1958 se fundó en la región el primer Hospital Mixto. Este hospital es caracterizado por incluir un área de medicina médica alópata y un área de medicina tradicional. Por tal motivo, es necesario conocer una serie factores socioculturales del municipio para comprender como la interculturalidad fue desarrollada en dicho hospital.

1.2. Bases nosológicas y prácticas de la Medicina Tradicional Indígena del municipio de Cuetzalan Puebla.

Para comprender la interculturalidad en salud que se desarrolló en el Hospital mixto de Cuetzalan, Puebla, es necesario conocer acerca de los cuatro pueblos indígenas que conviven en dicha región, el saber de sus prácticas en medicina tradicional, la cosmovisión y el pensamiento mágico-religioso que en ellas emerge.

En la actualidad, dicho hospital pasó a ser Hospital General de Cuetzalan, Puebla, desarrollándose así una separación y la no interacción entre la Medicina Tradicional Indígena y la Medicina Medico Hegemónica que anteriormente se llevaba a cabo (ver figuras 4 y 5).



Figura 4. Hospital General de Cuetzalan, Puebla. Por: Pérez -García,2018.



Figura 5. Área de Medicina Tradicional, del Hospital de Cuetzalan, Puebla.

Por: Pérez -García, 2018.

México cuenta con gran diversidad de pueblos indígenas, así lo marca la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo número 2 donde se menciona que: *“La nación mexicana es única e indivisible. La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas”* (CPEUM, 2016).

Tomando como referencia el artículo anterior, es de suma importancia que cuando se elaboren políticas o programas encaminados al mejoramiento de salud de la población indígena, se lleven a cabo acciones conjuntas y se tome como principal referencia la riqueza cultural y ancestral que poseen. Ello permitirá que las políticas y programas tengan verdadero impacto y como resultado el mejoramiento de su salud.

Enfermar o padecer un mal físico o psicológico es una representación social y solo conociendo los valores reales o imaginarios de una comunidad o sector de la población, es como podremos entender los aspectos lógicos del proceder de sus integrantes para el logro de su salud (Lagarriaga, 2000).

El proceso salud-enfermedad- atención ha sido y sigue siendo una de las áreas de la vida colectiva, donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales.

Para conocer las diferentes bases nosológicas de los cuatro pueblos indígenas que habitan en Cuetzalan, Puebla, es necesario definir los siguientes conceptos: cosmovisión, pensamiento mágico religioso, medicina tradicional, y los modelos de atención médica que existen en México.

Pensamiento mágico religioso. Si bien el binomio magia-religión no se agota en una única visión occidental, en ella encontramos también la idea de que es muy probable que la magia, como forma de pensamiento, haya precedido a la religión. Además, se ha considerado que ambas son antecesoras y, sin embargo, aun contemporáneas a la ciencia.

Con todo, el camino desde la magia a la religión y de la religión a la ciencia, no ha ocurrido como una constante lineal (ni el tiempo ni el espacio) para todos los *Homo sapiens-sapiens* que han habitado este planeta. Es decir, no todos los grupos humanos han vivenciado primero la magia, luego la religión, y por último la ciencia, como si se tratara de una línea recta a seguir. En el plano individual esto es más que evidente puesto que no todo religioso ha sido primero mago, ni todo mago se ha transformado en religioso.

A través de la magia y la religión los seres humanos hemos mantenido desde tiempos remotos una estrecha relación con el mundo físico y espiritual que nos rodea. Y lo hemos hecho desde espacios geográficos diferentes a la vez que desde contenidos conceptuales muy diversos.

Lo mágico religioso se ha caracterizado por hacer constante referencia, y de la manera más variada, a lo vivo y a lo no vivo (Instituto de investigaciones jurídicas UNAM, Pág. 164-165).

La cosmovisión. Consiste en las suposiciones, premisas e ideologías de un grupo sociocultural que determinan cómo perciben el mundo. Las cosmovisiones se clasifican de diversas maneras. La gente absorbe su cosmovisión del ambiente en el cual crece, antes de tener la capacidad de evaluarla. Las suposiciones de su cosmovisión generalmente quedan en el subconsciente, aunque son centrales en todos los subsistemas de la cultura.

Las creencias, tradiciones, y formas de enfrentar la vida del grupo nahua, están conformadas por el proceso histórico en el que se han visto relacionados. Es una mezcla entre el origen o sus raíces, y la influencia de sus conquistadores.

Medicina Tradicional. Se ha definido como aquella que proviene de los conocimientos que sobre la enfermedad y su curación han pasado de manera informal de generación en generación. Este saber médico se fundamenta en ideas culturalmente definida y no en conocimientos científicos (Lagarriaga, 2000).

Entran en juego dentro de esta medicina, además de un extenso conocimiento herbolario, factores de tipo mágico religioso, sin excluir los recursos de tipo mineral o animal. Está medicina tal y como se presenta en nuestro país hoy día tiene su origen en el siglo XVI periodo de la unión con motivo de la conquista, de las culturas indígena prehispánica, española y negra (Lagarriaga, 2000).

La medicina tradicional es un sistema de asistencia médica en estrecha relación con las comunidades, debido a que las prácticas indígenas eran y siguen siendo aceptadas por las poblaciones locales por formar parte de la cultura popular.

Los intentos de aproximación entre la medicina científica y la tradicional han involucrado a diversos organismos gubernamentales como son, el Instituto Nacional Indigenista (INI) que desde los años cincuenta, empieza a crear programas de enlace entre estas dos medicinas encaminados hacia la legitimación (Lagarriaga, 2000).

Entre otros organismos que también han propiciado la unión de la medicina tradicional y la científica se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es importante desatacar como el instituto aceptó la unión de dichas medicinas, por lo cual se desarrolló en el hospital mixto de Cuetzalan, Puebla.

Los nahuas junto con los totonacas, otomíes y tepehuas, se mantuvieron casi como los únicos ocupantes de la Sierra Norte de Puebla hasta mediados del siglo XIX. Si bien la penetración de población mestiza en la Sierra tiene lugar en la primera etapa colonial con la llegada del clero para la evangelización de los indígenas (Báez, 2004, ver figura 6).

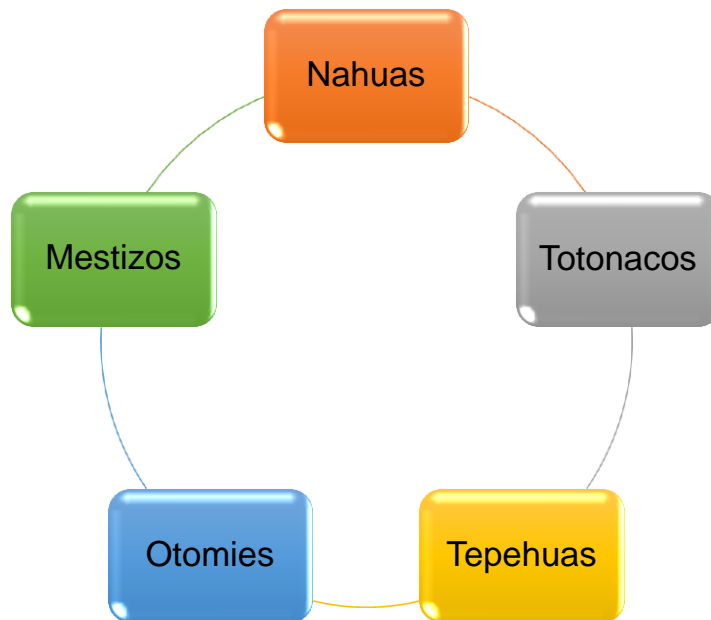


Figura 6. Grupos étnicos que prevalecen en la Sierra Norte de Puebla, en 2018.

Para el entendimiento de la diversidad de medicinas tradicionales que se interrelacionan en Cuetzalan del Progreso, es necesario conocer su cosmovisión, pensamiento mágico religioso de estos mismos.

Pueblo indígena Naha. Según Briton el significado del termino *náhuatl* es el que habla teniendo autoridad o conocimiento; así pues, *nahuatlaca* (náhuatl y tlatcatl) sería la gente superior, la gente que camina. Actualmente muchos nahuas se llaman así mismo *macehuale* termino que traducen como “campesino”.

La cosmovisión de los nahuas de la Sierra Norte de Puebla contempla la tripartición del universo en planos horizontales. Para los indígenas de la Sierra Norte de Puebla, los aires son simples corrientes naturales, aires calientes o fríos que al introducirse en el cuerpo de un individuo pueden ocasionar enfermedad; también son relacionado con las lluvias por ende se les atribuye un valor positivo y beneficio además de ser considerado emanaciones asociadas con lo fétido y otras cualidades similares (Baez, 1994).

El pensamiento mágico religioso de los nahuas de la Sierra Norte aún conserva muchas prácticas del sincretismo, originado durante la conquista cuando se fusiono la religión prehispánica y la católica. La vida ritual se manifiesta en dos dimensiones: la publica que se encuentra vinculada con las celebraciones establecidas por el calendario litúrgico católico y la privada o doméstica, en la que las expresiones del ritual son mas acordes con la tradición autóctona indígena. La vida ritual lo constituye el culto al santo patrono que puede decirse es el referente identitario mas importante de las comunidades (Baez, 1994).

La medicina tradicional es llevada acabo por los especialistas hombres y mujeres pueden sanar a una persona mediante el uso de ciertas terapias y plantas medicinales, porque ellos conocen el orden cósmico y lo que pueden alterarlo y restablecer la salud del ser humano es una forma de restablecer el orden (Baez, 1994).

Pueblo Indígena Totonaca. Primeras fuentes históricas señalan que los totonacos se llaman así porque adoraban a un dios llamado *totonac*. Otras versiones ponen énfasis en una interpretación etimológica *tutu* (tres) y *nacu* (corazón) tres corazones. Algunos analistas plantean que este término se refiere a tres grandes centros ceremoniales: Tajín en Papantla, Zempoala central de la antigua fundación del puerto de Veracruz y Yohualichan en la Sierra Norte de Puebla cerca de Cuetzalan (Masferrer, 2004).

La cosmovisión totonaca asume el origen del mundo en el mito del quinto sol, donde se relata que se juntaron 400 dioses y encendieron una higuera; de los dos hermanos convocados uno se animó arrojarse al fuego y de él nació *chichini* (*sol*); el otro hermano que habitaba titubeado se arrojó entonces a la higuera, pero está ya se había pagado y solo quedaban cenizas; también fue enviado al cielo, sería *papá*(*luna*) (Masferrer, 2004).

El pensamiento mágico religioso de los totonacos se manifiesta en un 90 % de la población es católica; en ella podemos distinguir tres sectores:

1. Católicos tradicionales totonacos: mantienen una visión del mundo resultado de la fusión del catolicísimo colonial con las tradiciones prehispánicas totonacas.
2. Católicos renovados: la mayoría de ellos tuvieron experiencias migratorias prolongadas en espacios urbanos, y allí desarrollaron prácticas religiosas más vinculadas con el catolicísimo del centro de México; una vez de regreso a las comunidades, ya no participan en las prácticas tradicionales e incluso algunos casos se están modificando.
3. Católicos de la iglesia autóctona: implica una reformulación del catolicísimo tradicional en termino de ponderar lo cultural, que se expresa en retomar las ceremonias tradicionales, donde la participación de los laicos es más activa el papel de los mayordomos tradicionales es menos significativa (Masferrer, 2004).

La medicina tradicional en la región totonaca continúa siendo un elemento central en la preservación de la salud en el hogar y es en la familia nuclear donde primordialmente los padres se ocupan de enseñar a los hijos de cómo preparar los remedios caseros herbolarios, considerando los ciclos productivos de las plantas. Prevalece la transmisión de saberes consolidada a través de generaciones conservando la tradición de emplear plantas medicinales como remedios en la atención primaria de enfermedades y se complementa con el sistema convencional generando un modelo de atención mixto (Jiménez y Col, 2015).

Pueblo Indígena Tepehua. Es un vocablo de origen náhuatl cuyo significado literal es “*cerros-duelo*” o nosotros somos de idioma tepehua, o bien *hamaispin* “dueños del cerro” (Hernández y Heiras, 2004).

En la cosmovisión tepehua, la existencia del mundo es el resultado de un acto divino de creación y está dividido en tres planos: el celeste, el terrenal y el infraterrenal, poblados todos de seres divinizados, con los cuales el tepehua mantiene una fuerte interdependencia. El sol y la luna son entes muy importantes en la cultura tepehua. El primero representa a Cristo y es el protector de los hombres; la segunda tiene un aspecto ambivalente y es considerada la protectora de las mujeres. La luna es asociada con la brujería de ella depende el crecimiento de la flora, pero también ocasiona enfermedad y muerte (Hernández y Heiras, 2004).

La mayoría de los tepehuas se autodenominan católicos “*los costumbres*” que *celebran*; podemos dividirlos en cuatro tipos:

1. Los colectivos: referidos a las fiestas patronales y del calendario, católicos estrechamente ligados con el ciclo agrícola (que incluye las peregrinaciones)
2. Los que aunque colectivos: son responsabilidad de cada grupo doméstico de manera independiente a los otros
3. Los relacionados con el ciclo de vida
4. Los terapéuticos (de curación) (Hernández y Heiras, 2004).

La medicina tradicional tepehua, consiste en los rituales terapéuticos estos son junto con el “*costumbre*” de día de muertos responsabilidad exclusiva del grupo domestico y no de la comunidad en su conjunto, con todo y que muchas de las enfermedades son originadas por la comunidad y o exclusivamente por los parientes cercanos además de que todo “*costumbre*” comunal supone llevar a cabo una limpia general. Los rituales terapéuticos son llevados a cabo cuando enferma algún miembro del grupo doméstico, lo que no implica que se rechace acudir a la clínica local (Hernández y Heiras, 2004).

A pesar de que algunos enfermos acuden solos con el curandero, es importante señalar que la enfermedad suele ser atendida como un problema del grupo doméstico, de manera que, aunque la terapéutica se focaliza en quien tiene la dolencia el “*costumbre*” suele implicar la participación de quienes viven con él. Todas las familias tienen algún conocimiento de las propiedades de las plantas medicinales y por lo general es el primer recurso del que se echa mano para procurar aliviar la enfermedad (Hernández y Heiras, 2004).

Pueblo Indígena Otomíe. Los otomíes se nombre así mismo *ñahñu* que significa los que hablan otomí, la palabra otomí es de origen náhuatl (singular otmomitl). Según algunos autores *otomitl* provendría del náhuatl “*otocac*”, “que camina” y “*mitl*” “flecha” porque según supuestamente, los otomíes grandes cazadores caminaban cargados de flechas (Barrientos, 2004).

La cosmovisión otomíe es llevada a cabo con las practicas ceremoniales de los ñahñu están orientados por sus concepciones acerca del mundo natural y sobrenatural los cuales también se expresan en la vida social del grupo. Los vínculos sociales se trasladan y se reproducen en el paisaje; es decir ha una nueva idea muy generalizada de que ellos cerros están emparentados entres si, los mismos que las entidades veranada en ellos. Para los otomíes estos lugares son los dadores, los que proporcionan las lluvias, la energía y el

sustento, razón por que se les relaciona con la fertilidad agrícola, la salud y el bienestar en general (Barrientos, 2004).

El pensamiento mágico-religioso, esta expresado a través de un rico calendario de fiestas y de una complicada red de santuarios conformado por numerosos puntos sagrados que se conecta por el peregrinar de hombres y mujeres. Las fiestas de los santos se enmarcan en el calendario católico y tienen como ya vimos un fuerte vínculo con los otros ciclos agrícolas dentro de una tradición mesoamericana (Barrientos, 2004).

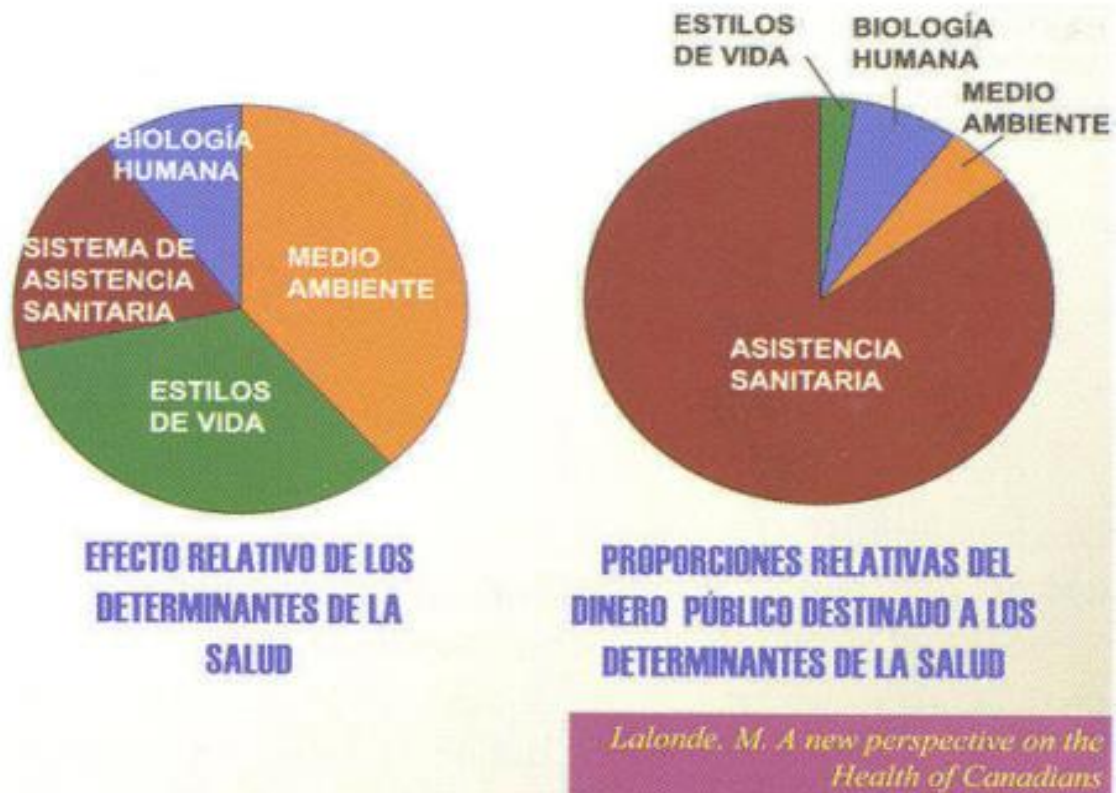
La medicina tradicional, en la sabiduría ñahñu es semejante en el tratamiento de enfermedades a la de otros grupos étnicos, al considerar la dualidad frío-calor, tanto las enfermedades como las plantas y animales que sirven para tratarlas se clasifican toando en cuenta esta dualidad. Para aliviar una enfermedad "caliente" como la fiebre se administran remedios preparados con hierbas frescas e infusiones calientes para el caso de las enfermedades "frías". Los ancianos son los mas cultos porque en décadas (Sánchez y Granados, 2008).

CAPÍTULO II

Los Determinantes Sociales de la salud y la importancia de estos para el diseño de una política o programa intercultural

Los determinantes sociales son de suma importancia al momento de diseñar y ejecutar una política o programa de salud ya que están íntimamente relacionados debido a que forman parte de un sistema (conjunto de elementos relacionados entre sí, para lograr un fin común), por tanto si no se toma en cuenta un elemento, en este caso un determinante social (sociodemográfico, religión, economía, vivienda, lengua, vestimenta, tradiciones, arquitectura) , no se logrará el fin para el que fueron diseñados (salud para los habitantes del municipio) porque desde su creación están destinados a un mal funcionamiento. Por lo anteriormente mencionado es necesario definir que es un determinante social, primeramente, tomando como referencia lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, y el Informe del Ministerio Canadiense de Salud Lalonde (1974). Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2005).

La definición por parte de la Organización Mundial de la Salud puede relacionarse con el Informe emitido en 1974 por Marc Lalonde, en el que el ministerio canadiense de salud creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud mediante un diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. (Ver Grafica N°1)



Gráfica 1. Determinantes de la salud-Lalonde. Fuente: Ávila-Agüero, 2009.

Como bien lo refiere la OMS (2008), las injusticias e inequidades sanitarias pueden ser evitables, siempre y cuando se tomen en cuenta los determinantes sociales de una comunidad, población o municipio, en este caso, el municipio de Cuetzalan en Puebla.

Para conocer los determinantes sociales de la salud para el municipio de Cuetzalan, Puebla, nos basaremos en el modelo “*Las capas de Influencia*” de Dahlgren y Whithead, este modelo explica como las desigualdades sociales en salud son el resultado de interacción entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades y a nivel de políticas de salud nacionales (Moiso, 2007, ver figura 7).



Figura 7. Modelo “Las capas de Influencia”. Fuente: Moiso, 2007.

1. Determinantes Sociodemográficos

De acuerdo con la Enciclopedia de los municipios de México, el grupo étnico predominante es el náhuatl; actualmente cerca del 85% de la población es de origen indígena, tiene conocimiento y lealtad hacia su etnia, cultura, lengua y tradiciones. El municipio cuenta con una población aproximada de 45,010 habitantes (Hinojosa y Ruiz, 2015).

1.1. Religión

En cuanto a su religión la población es mayoritariamente católica (90%), en segundo sitio lo ocupa la religión evangélica y protestante (10%), (Enciclopedia de los pueblos, 2005).

Es fundamental conocer la religión que predomina en el municipio, ya que esto es un preámbulo para explicar por qué la población mayoritariamente étnica náhuatl es católica. El grupo étnico nahua, fueron ellos quienes recibieron uno de los mayores impactos de la conquista militar y espiritual de los españoles, lo que se ve reflejado en la cultura actual de los distintos pueblos nahuas (Hinojoza y Ruiz, 2015). En términos más concretos fue un proceso de sincretismo (ver figura 8).



Figura 8. Maqueta procesión del santo patrono San Francisco de Asís. Fuente: Villa-García, 2018.

El sincretismo se define como una expresión que por definición afecta diversos campos del ambiente cultural de dos pueblos que por determinadas circunstancias entran en conflicto. Incide en cualquier tema del panorama cultural de una etnia o de un pueblo, pero en el ámbito religioso es en el que con mayor frecuencia aplicamos y utilizamos (Gussinyer, 1996).

1.2. Economía

Cuetzalan del Progreso, tiene una actividad agrícola que se caracteriza por la producción de café y maíz, en frutas destacan el mamey, plátano, naranja, maracuyá, macadamia y pimienta. En el comercio son dedicados a la venta de productos básicos como alimentos, ropa, calzado, productos y artículos para el hogar, farmacia, jarcería, mueblerías, papelerías, tiendas de artesanías, entre otros (Enciclopedia de los pueblos, 2005, ver figura 9).



a)



b)



c)

d)

Figura 9. (a) Producción de pimienta. (b) Proceso de secado de café en hogares de Cuetzalan. (c) Venta de productos de la actividad agrícola. (d) Mujer vendiendo tamales y atole en la plaza central de Cuetzalan. Fuente: (Villa-García, 2018, a y b. Pérez-García, 2014, c y d).

2. Determinantes Socioculturales

2.1. Vivienda

La vivienda forma parte de un determinante sociocultural, y en las comunidades indígenas en palabras de Gonzalo Aguirre Beltrán: *“La estructura de la casa indígena es una forma particular de adaptación al medio físico; pero, además, es un complejo cultural que tiene una función en la comunidad, a saber; la de satisfacer necesidades de la unidad familiar, la de adaptar todos los elementos que integran las exigencias que la sociedad impone a su célula mínima”* (Aguirre, 1955).

Las viviendas de los nahuas de Cuetzalan se componen de dos habitaciones: el dormitorio y la cocina, en muchas comunidades aún se cuenta con un temazcal, además el altar doméstico ocupa un lugar importante. Aún existen casas de madera con techos de teja de barro o lamina, pero ya predominan las construidas con materiales más durables, como el tabicón (Saldaña, 1994, ver figura 10).



Figura 10. Vivienda con techo de teja de barro. Villa-García, 2018.

Los asentamientos son de tipo mixto entre los indígenas, predomina el tipo de poblamiento disperso, mientras que los mestizos viven en asentamientos concentrados en la ciudad de Cuetzalan (Saldaña, 1994, ver figura 11).



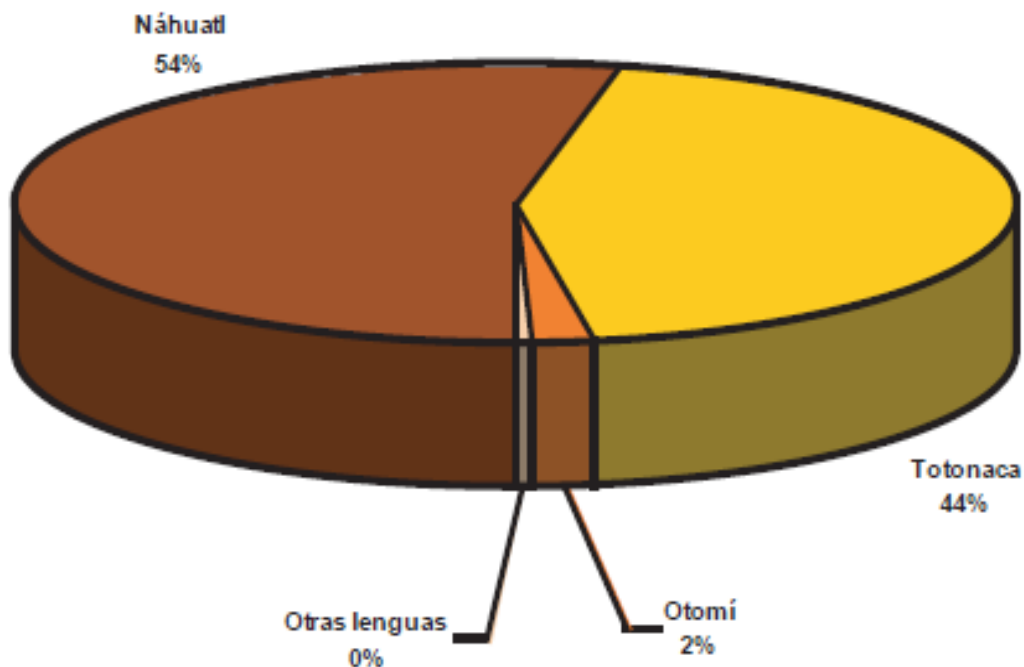
Figura 11. Asentamiento mestizo en Cuetzalan. Fuente: Villa-García, 2018.

2.2. Lengua hablante en la población

Un segundo determinante social es la lengua que predomina, ya que conocer la lengua o lenguas que tiene el municipio de Cuetzalan nos permitirá señalar la importancia de la lingüística en el Sistema de Salud de la región.

En orden de mayoría numérica, las lenguas que se hablan en la región son: náhuatl, totonaco, otomíe y tepehua. Los nahuas y totonacos se encuentran por toda la sierra. La población bilingüe es cada vez más numerosa, hoy día los niños aprenden su lengua materna y el español (Saldaña, 1994).

La región de la Sierra Norte de Puebla y Totonacapan se extiende por los estados de Puebla, Veracruz e Hidalgo. La región está ocupada principalmente por los grupos nahua y totonaco, con porcentajes superiores al 40 por ciento de la población indígena (ver gráfica 2).



Gráfica 2. Principales grupos lingüísticos de la población indígena en las regiones de la Sierra Norte de Puebla y Totonacapan. Fuente CDI, 2006.

2.3. Vestimenta

La vestimenta indígena forma parte de un determinante sociocultural, como lo menciona Aguirre Beltrán en su obra antropológica Programas de salud en la situación intercultural: *“La función de la indumentaria, llena necesidades de participación social, en forma que el diseño y el color y otros elementos de las prendas de vestir y de adorno manifiesten ostensiblemente la afiliación del individuo a una comunidad determinada y a veces, su estatus dentro del grupo propio”* (Aguirre, 1955). Recordemos que la participación de la comunidad siempre está ligada con personas a las que la comunidad designa cierto respeto, y sabiduría, y son estas personas las que tiene a la función de ser líderes en una comunidad.

Es por ello por lo que la vestimenta debe considerarse para que al momento de la creación de un programa identifiquemos al líder o líderes comunitarios, la función social de los habitantes, o la existencia de una o más etnias, en una misma comunidad. Así entonces lograremos una ardua participación de la comunidad contemplando todos estos aspectos.

Otro punto que destacar sobre la vestimenta es que muchos programas de salud han desarrollado lo siguiente *“No parece existir una relación directa entre la indumentaria y la salud. Las modificaciones que trataron de introducir en el vestido indígena maestros y sacerdotes estuvieron motivadas por juicios morales de valor que racionalizaron explicándolos como requerimientos higiénicos”* (Aguirre, 1955). Esto debe ser fundamental puesto que no vamos a cambiar sus tradiciones ni a crear juicios de valor justificando que la vestimenta es antihigiénica y un factor por el cual enferman.

Por consecuencia es básico describir la vestimenta o trajes típicos de la región de Cuetzalan. La vestimenta de las mujeres es la siguiente: Las mujeres usan falda de enredo, fajas con los extremos a los lados, un tocado con listones llamados *maxtàhual* enredados junto al pelo y un *quechquèmetl* (en Cuetzalan llamado huipil) para cubrir el dorso, camisa de manta abotonada y amarrada o cruzada al frente, un pequeño cuello también de manta (Enciclopedia de los municipios de Mexico,2005:9, ver figura 12).



Figura 12. Vestimenta tradicional de las mujeres nahuas de Cuetzalan.

Fuente: Villa-García, 2018.

Las mujeres de Cuetzalan utilizan un enorme tocado en días de fiesta que alcanza 50 cm de alto, hecho con estambres de lana verde y morado que enrollan en el pelo y anudan en lo alto (ver figura 13).



Figura 13. Traje típico de las mujeres y hombres nahuas en la fiesta del Huipil y café. Fuente: Villa-García, 2018.

Cuando son madres cargan al niño de dos maneras, envuelto en un lienzo de algodón o acostado dentro de una canasta de red colgada en la espalda, se usa en toda la Sierra de Puebla (CDI, 2009, ver figura 14).



Figura 14. Niña cargando a niño en el tradicional huacal. Fuente: Smith, 2018.

Vestimenta de los Hombres: el hombre usa un cotón de lana negra con pequeñísimas mangas donde nunca meten el brazo. Visten camisa suelta de manta blanca, sobre un calzón de la misma tela fajado a las caderas y amarrado debajo de las rodillas, lo sostiene un ceñidor blanco terminado en fleco. Bajo el ceñidor lleva una bolsa de tela para el dinero o (morral de ixtle), usan sombreros de alas anchas y planas con copa semiesférica más pequeña que la cabeza, lo que lo mantiene horizontal detenido con una cinta de lana negra, huaraches llamados de pico de gallo en los que una sola correa se enreda alrededor del pie y del tobillo y se amarra con un nudo, además del imprescindible machete en su forro de cuero (CDI, 2009, ver figura 15).

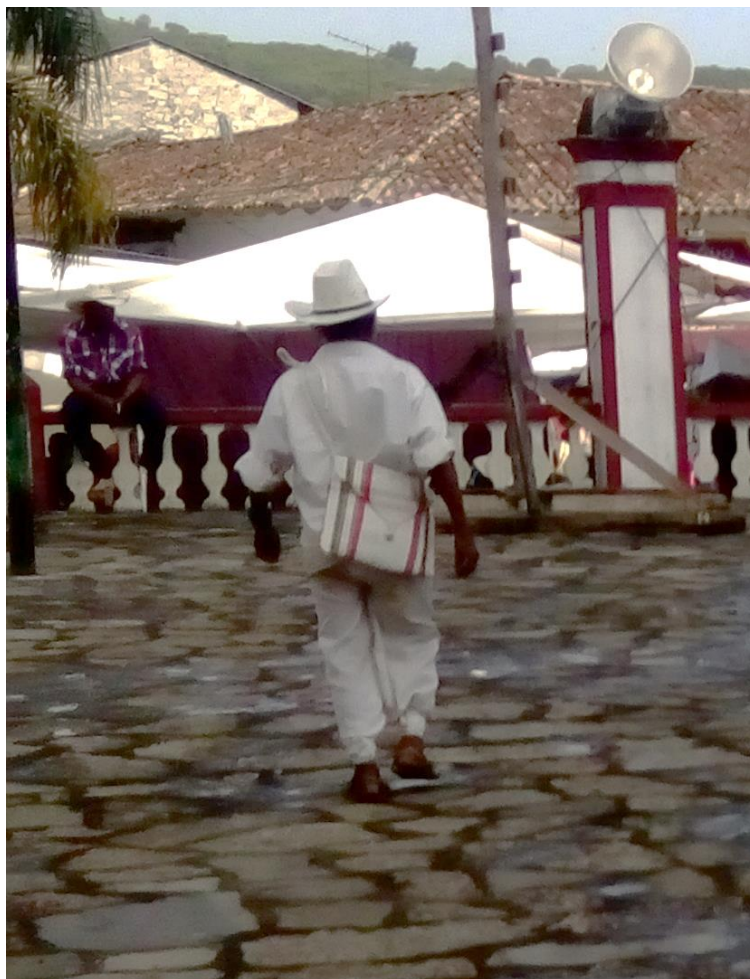


Figura 15. Vestimenta de labor de los hombres nahuas Cuetzalan, Puebla.
Fuente: Ibarra-Ramírez, 2018.

Se describió y mostro la vestimenta de los nahuas, pero también es importante reconocer la vestimenta de las tres etnias que convergen en Cuetzalan. Los hombres del grupo totonacos visten el calzón, que es un pantalón similar al empleado en el siglo XVIII, emplean una camisa similar a la de los marineros con una especie de pañuelo pegada al cuello sobre la espalda totalmente blanca. El sombrero de palma tejida es de uso general, calzan huaraches de suela de llanta de carro, con tirantes de piel. Las mujeres usan un vestido también de manta industrial, pero con un bordado en el cuello, que pueden adquirirse en el mercado. También pueden emplear una blusa o *quexquémitl* y una falda de manta blanca o de lana tejida, el abrigo típico de las mujeres es el rebozo (Aldana, 2013 tomada de la fototeca Nacho López, CDI). El vestido tradicional de la mujer Tepehua incluye una camisa bordada con hilos de diversos colores y una falda llamada *liado*, la cual es bordada con vistosas figuras en toda la orilla, esta falda es sostenida por una faja negra en telar de cintura. Se ella también un atuendo en la cabeza llamado *quexquémitl* de color rojo (Rosales, 2003 tomada de la fototeca Nacho López, CDI). La indumentaria masculina Otomíes se asemeja a la de los campesinos de la región, en el caso de las mujeres ancianas suelen usar la blusa tradicional de manta con bordados de colores en el cuello y mangas.

TOTONACOS



Fuente: Aldana, 2013, fototeca Nacho López, CDI.

TEPEHUAS



Fuente: Rosales, 2003, fototeca Nacho López, CDI.

OTOMÍES



Fuente: Rosales, 2004, fototeca Nacho López, CDI.

Encima de esta llevan un *quexquémitl* o en su efecto un rebozo (ver figura 16).

Figura 16. Vestimenta de los pueblos indígenas que convergen en Cuetzalan del Progreso, Puebla. Fuente: Atlas de los pueblos indígenas de México, CDI,2018.

2.4. Las tradiciones

Las festividades, danzas y tradiciones son otro elemento que se debe conocer del municipio de Cuetzalan éstas forman parte de la participación y organización comunitaria que todo pueblo indígena desarrolla, manteniendo viva su cosmovisión indígena, la cual, al realizar dichas festividades con orientación religiosa, explican el sincretismo de la región (ver figura 17).



Figura 17. Fiestas y tradiciones de Cuetzalan del Progreso, Puebla. Fuente: Enciclopedia de los municipios de México, 2005: p. 8.

La fiesta de Corpus Christi, en muchas comunidades es una celebración dedicada al sol; la santa Cruz está relacionada con el ciclo agrícola, y es la fecha en que en las milpas se colocan ofrendas y se llevan en procesión al santo entierro para pedir por las buenas cosechas (Saldaña, 1994).

Estudios de antropólogos en los actuales pueblos indígenas muestran que el calendario de fiestas religiosas y agrícolas sigue siendo el principal regulador

de las actividades colectivas y el activador de su memoria histórica (Florescano, 2000).

Es así como podemos mencionar nuevamente el sincretismo cultural y religioso que se desarrolló en los indígenas nahuas, recordemos que ellos fueron los que sufrieron violentamente la evangelización por parte de los europeos. En el siglo XVI la iglesia cristiana introdujo el culto católico y desde entonces hubo un continuo sincretismo entre ambas tradiciones, la dependencia de las comunidades indígenas de la economía agrícola aseguró la persistencia de la cosmovisión y el calendario mesoamericano (Florescano, 2000).

2.5. Arquitectura

Arquitectónicamente, cuenta con una zona arqueológica de Yohualichan, con vestigios Totonaca con templos, ídolos, cerámica, juego de pelota y pirámides semejantes a los de Tajín (ver figura 18).



Figura 18. Zona arqueológica Yohualichan. Fuente: Villa-García, 2018.

El Parque Central, jardines y plazas son de tipo colonial, éstos constituyen el punto más importante del poblado y a pesar de estar ubicado en una zona de pendientes, su conformación se logró en un breve espacio, acondicionado con terrazas y escalinatas, cuenta con jardineras, bancas y andadores. Cada domingo en una de sus terrazas se realiza el tradicional día de plaza (Enciclopedia de los municipios de México, 2005, ver figura 19).



Figura 19. Plaza Central. Por: Pérez-García, 2014.

Este día de plaza, se percibe la notoria convivencia entre los indígenas nahuas, mestizos y turistas donde los indígenas bajan de sus regiones a esta plaza a vender sus productos que cultivan o artesanías que han manufacturado, al igual que los mestizos logrando así un intercambio cultural entre los mismos habitantes y los turistas (ver figura 20).



Figura 20. Día de Plaza. Por: Pérez-García e Ibarra-Ramírez, 2018.

La danza de los voladores destaca todavía los ritos religiosos en Cuetzalan, ésta danza es bailada por cuatro hombres con los pies desnudos, los cuales representan los cuatro puntos cardinales y las cuatro estaciones del año. Los “Santiagos”, simboliza la batalla entre los cristianos y moros. Los negritos, aluden la destrucción de los malos instintos de la malinche, la mujer que ayudo a los conquistadores (ver figura 21).



Figura 21. Danza de los voladores. Por: Pérez García, 2018.

3. Determinantes de la salud

3.1. Sistema de salud

Es muy importante que existan servicios médicos de calidad. Para lograr una transformación amplia y sostenida, debemos modificar los determinantes sociales de la salud y los factores sociales, económicos y políticos que logre eliminar las inequidades.

La atención a la salud en el municipio de Cuetzalan es proporcionada por el Hospital General de Cuetzalan Puebla (mejor conocido como Hospital mixto) perteneciente a la Secretaria de Salud; centrado en dos modelos de atención en salud planteado por Eduardo Menéndez en 1990; el primero es el Modelo Medico Hegemónico o medicina alópata como es comúnmente conocida y el segundo el Modelo medico alternativo Subordinado que nos refiere a la medicina tradicional.

El Hospital General de Cuetzalan, beneficia a una población de 85,732 habitantes, atiende los municipios de Cuetzalan, Zoquiapan, Nauzuntla, Jonotla, Tuzamapan de Galena y Ayotoxco. Cuenta con 30 camas de hospitalización, un área de toma de muestra y se brinda consulta general en 13 consultorios (Hospital General de Cuetzalan, 2015, ver cuadro 2).

Servicios que brindan:

- A. Acciones de salud publica
- B. Consulta de medicina general
- C. Odontología
- D. Anestesiología
- E. Ginecología y obstetricia
- F. Pediatría
- G. Trauma y ortopedia
- H. Atenciones en urgencias
- I. Radiología
- J. Laboratorio clínico

Cuadro 2. Recursos con los que cuenta el Hospital General de Cuetzalan.

Recurso	Cantidad
Consultorios	13
Médicos con contacto con pacientes	42
Médicos generales	26
Médicos familiares	0
Médicos pediatras	3
Médicos obstetras	2
Médicos cirujanos	1
Médicos especialistas	6
Médicos internistas	0
Enfermeras en contacto con pacientes	85
Enfermeras generales	9
Enfermeras especialistas	2
Enfermeras Auxiliares	59
Odontólogos	2

El Hospital anteriormente se ubicaba en lo que es la terminal de autobuses de Cuetzalan (ver figura 22), se tuvo que reubicar, ya que el hospital comenzó a tener daños físicos, la fecha de construcción del actual fue el 8 de octubre del 2007 y la fecha de inicio de operaciones fue el 13 de julio del 2011.



Figura 22. Terminal de autobuses. Por: Serrato-Lechuga, 2018.

3.2. Área de medicina tradicional

Esta área de Medicina Tradicional se ubica a un lado del Hospital general, en el cual sus recursos en salud contemplan consultorios para hueseros, curanderos, parteras, temazcal, parcela demostrativa área para la elaboración de remedios herbolarios, área de atención humanizado, sala de espera y sanitarios (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Recursos con los que cuenta el área de medicina tradicional del Hospital General de Cuetzalan.

Recurso	Cantidad
Consultorio de hueseros	1
Consultorio de curanderos	1
Consultorio de parteras	1
Temazcal	1
Parcela demostrativa	1
Área de elaboración de remedios herbolarios	1
Área de atención de parto humanizado	1
Sala de espera	1
Sanitarios	2

CAPÍTULO III

La Interculturalidad parte fundamental para el entendimiento e integración en los servicios de salud

La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural este por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. La interculturalidad está sujeta a variables como: diversidad, la definición del concepto de cultura, obstáculos comunicativos como la lengua, las políticas poco integristas de los Estados, jerarquizaciones sociales marcadas, y sistemas económicos que excluyen a diferentes sectores de la sociedad. La interculturalidad pretende:

- I. Que exista un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciado por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial; favorece no solo el contacto sino también el encuentro.
- II. Abarcar a las minorías, pero junto a la gran mayoría y, por tanto, incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.
- III. Promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental.
- IV. Favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente en donde la relación entre diferentes no sea en condiciones de desigualdad.
- V. Enseñar a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar (Almaguer, 2009).

La interculturalidad ofrece múltiples herramientas teórico-prácticas que pueden y deben ser aplicadas cuando se diseñan los programas o políticas en salud, tomando en cuenta principalmente la participación comunitaria (Campos, 2004).

La interculturalidad en salud es definida como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimiento, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. La interculturalidad no solo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud sea público o privado (Campos, 2004).

3.1. Los programas y políticas interculturales en salud: La trascendencia histórica

Para la comprensión acerca de la importancia de la interculturalidad en los programas y políticas concernientes a la salud, es necesario hacer una breve capitulación de como el Estado ha incorporado dicho termino a través de acciones en pro de las poblaciones indígenas en el Plan Nacional de Desarrollo que cada sexenio diseña y es implementado; así como en los Programas Sectoriales de Salud, incluyéndolo en sus líneas de acción.

Durante el gobierno del expresidente Carlos Salinas de Gortari, los pueblos indígenas estaban considerados dentro del Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994) en el siguiente acuerdo *6.4. Erradicación de la pobreza extrema. Mediante una mayor selectividad en las políticas económicas, en la asignación de subsidios y en el gasto social, se aumenta la incidencia de la política económica en el bienestar social de quienes mas lo necesitan Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). Fue el instrumento que el*

gobierno de la republica ha creado para emprender una lucha frontal contra la pobreza extrema.

Las líneas de acción consideraban lo siguiente: Acuerdo 4. Diseñar y ejecutar las acciones particulares que se decidan con la participación, colaboración y corresponsabilidad de los grupos involucrados en forma concertada y respondiendo a sus demandas, con pleno respeto a sus singularidades y valores especialmente en el caso de los indígenas (PND, 1989-1994).

El gobierno del expresidente Vicente Fox Quesada en el Plan de Desarrollo Nacional (2000- 2006), en sus líneas de acción, estrategia G.” propiciar la participación directa de los pueblos indígenas en el desarrollo nacional y combatir los rezagos y las causas estructurales de su marginación con pleno respeto a sus usos y costumbres” (PND, 2000-2006).

En el sexenio del expresidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, en el Plan de Desarrollo Nacional (2007-2012) de los objetivos y metas, estrategia 1.4. “Pueblos y comunidades indígenas: es fundamental que las políticas públicas que impulse el gobierno federal en coordinación con las entidades federativas y los municipios tengan un carácter específico en la perspectiva integral del desarrollo humano sustentable para incrementar las capacidades de los pueblos y comunidad indígenas inciden, así un círculo virtuoso de cambios sostenido no solo por la acción gubernamental sino también por su propia iniciativa (PND, 2007-2012).

Para finalizar el gobierno del expresidente Enrique Peña Nieto el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018), consideró en sus líneas de acción lo siguiente:

- a) Desarrollar mecanismos para que la acción pública dirigida a la atención de la población indígena sea culturalmente pertinente.*
- b) Fomentar la participación de las comunidades y pueblos indígenas en la planeación y gestión de su propio desarrollo comunitario asegurando el respeto a sus derechos y formas de vida.*

- c) Asegurar el ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en materia de alimentación, salud, educación e infraestructura básica.
- d) Impulsar políticas para el aprovechamiento sustentable y sostenible de los recursos naturales existentes en las regiones indígenas y para la conservación del medio ambiente y la biodiversidad aprovechando sus conocimientos tradicionales (PND, 2013-218).

La inclusión de la interculturalidad en los Programas Sectoriales de Salud se diseñó de la siguiente manera; el Programa Sectorial de Salud (2000-2006) en sus líneas de acción 1.2. consideraba los siguientes rubros:

- Mejorar la salud y nutrición de los miembros de los pueblos indígenas
- Coordinar las acciones que realizan las instituciones de salud en los municipios indígenas.
- Crear programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición en por lo menos 30% de los 531 municipios con mas de 40 % de la población hablante de lengua indígena.
- Capacitar al 80% de los médicos, 70% de las enfermeras y el 80% del personal comunitario que trabaja en los municipios indígenas en el manejo de un enfoque transcultural que permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud enfermedad en estas poblaciones para proporcionar una mejor atención (PSS, 2000-2006).

Programa Sectorial de Salud (2007-2012) sus líneas de acción consideraban lo siguiente:

3.4. promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.

5.2. incrementar el conocimiento de las medicinas tradicional y complementaria y promover su utilización de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población (PSS, 2007-2012).

Para finalizar el Plan Sectorial de Salud (2013-2018), en sus líneas de acción refiere lo siguiente:

4.31. incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acción de la población

4.3.4. adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación vulnerable (PSS, 2013-2018).

De manera más focalizada, el Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla, implicó una serie de procesos históricos, en el cual se vieron involucrados el Instituto Nacional Indigenista, el Instituto Mexicano del Seguro Social, COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), así como los expertos en el área de antropología, sociología, etc., que impulsaron y desarrollaron políticas y programas que permitieron la interacción y desarrollo de la medicina tradicional con la medicina médico hegemónica, en respuesta al proceso salud- enfermedad- atención de los pueblos indígenas.

La transcendencia que tuvo el hospital se desarrolló en cinco etapas, sin embargo, sólo en la tercera etapa, que abarcó el periodo de 1990 al 2000 se llevó a cabo la interculturalidad en salud, generando la participación mutua de ambas medicinas (alópata y tradicional) por lo cual es nombrado Hospital Mixto. Posteriormente, del 2003 hasta la actualidad es nombrado Hospital General de Cuetzalan, lo que indica que hoy en día ambas medicinas simpatizan separadas.

En la primera etapa considero el período de 1958-1978, la Secretaria de Salubridad y Asistencia ceo en Cuetzalan un **“Hospital Rural”** que prestaba servicios médicos de primer nivel de atención y algunos de segunda. Aumentaba la cobertura de servicios de salud curativa de tipo biomédico de manera paulatina en las comunidades indígenas principalmente a través del personal médico del Instituto Nacional Indigenista. Posteriormente de la misma secretaria de salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS a

través de IMSS-COPLAMAR, Aguirre Beltrán opinaba que, en este programa, lo económico había desplazado a los factores antropológicos y culturales indispensables para entender el proceso salud-enfermedad-atención (Duarte Gómez y Col, 2004).

La segunda etapa fue en el periodo de 1978-1989, a cargo del Instituto Nacional indigenista, el hospital entregado por la Secretaria de Salubridad y Asistencia a este en 1978, quien lo reinauguro con **“Hospital de Campo”** del centro coordinador de Zacapoaxtla (Duarte Gómez y Col, 2004).

Tercera etapa del hospital contemplo el periodo de 1990-2000, Arturo Warma en la dirección del Instituto Nacional Indigenista y Carlos Zolla subsecretario de salud del mismo instituto, decidieron aprovechar la aceptación que tenía el hospital entre las comunidades indígenas de Cuetzalan para hacer un programa regional de salud:

- a) Se propuso la prestación regular de servicios de medicina tradicional dentro del hospital como una forma de acercarse culturalmente a la población
- b) Se hicieron las adaptaciones físicas que los terapeutas tradicionales consideraban necesarias
- c) La creación de un jardín botánico y la utilización de formas de registro para que lo(as) terapeutas tradicionales informaran de sus actividades en el hospital (epidemióloga sociocultural)
- d) Se construyó un anexo para la medicina tradicional, con un consultorio para las parteras y otro para curanderos y hueseros con su altar, una sala con mas, oficina, baño, temascal, laboratorio para preparar medicamentos, sala de reuniones y bodegas.
- e) El Instituto Nacional Indigenista propicio la creación de una organización de médicos tradicionales-curandero(as), parteras y hueseros(as), como resultado la formación de una organización de cerca de 120 terapeutas tradicionales del municipio y la creación de su centro de medicina tradicional-*MESEHUALPAJTI*.

- f) Además, colaboro con recursos económico para facilitar las reuniones y el desplazamiento de los médicos tradicionales a dar consulta y participo en la capacitación y dotación para la preparación de sus medicamentos.
- g) La unidad de salud se convirtió en hospital mixto, los médicos tradicionales de la región empezaron a dar consulta en sus instalaciones de manera organizada y regular (Duarte Gómez y Col, 2004).

La cuarta etapa se llevo a cabo en un perdió de 2002-2002, donde la secretaria estatal de salud se hizo cargo del hospital y lo organizo presupuestal y funcionalmente como un **“Hospital integral”** mas, sin tener en cuenta sus peculiaridades de hospital mixto, su historia y el contexto cultural de la región (Duarte Gómez y Col, 2004).

La quinta etapa fue en el periodo 2003 y hasta la fecha, donde para cada hospital, aumento de personal biomédico y su sensibilización y captación para el trabajo intercultural:

- a) El mejoramiento del equipo y de la infraestructura para la medicina biomédica
- b) La instrucción de los terapeutas tradicionales en la oferta de servicios
- c) Los médicos tradicionales fueron consultados pata las obras de remodelación y adecuación de esos hospitales entre ellos los de la parte de Cuetzalan
- d) Apoyo económico para terapeutas tradicionales no pertenecientes a la organización
- e) La presencia de asesores bilingües que sensibilizan al personal de salud de los hospitales parta el trabajo intercultural
- f) Decaía como hospital mixto (Duarte Gómez y Col, 2004).

Ante esta recapitulación, y a pesar de que, en el Plan Nacional de Desarrollo, los Programas Sectoriales de Salud y el Hospital de Cuetzalan, que implementaron una serie de acciones con enfoque intercultural en salud aún siguen existiendo barreras que imposibilitan que dichos programas y políticas tengan una participación constante y benéfica para la población. Las políticas públicas son reflejo de los ideales y anhelos de la sociedad, expresan los objetivos de bienestar colectivo y permiten entender hacia donde se quiere orientar el desarrollo y cómo hacerlo, evidenciando lo que se pretende conseguir con la intervención pública y como se distribuyen las responsabilidades y recursos entre los actores sociales.

Las políticas públicas no son solo documentos con listado de actividades y asignaciones presupuestales, su papel va más allá; son la materialización de la acción del estado, el puente visible entre el gobierno y la ciudadanía (Torres y Santander, 2013).

En el plano operacional, la implementación de una política intercultural en salud no sería resultado únicamente de un proceso racional de planeación con miras a la previsión de un futuro posible resolutorio de demandas sociales, sino de la apertura e inclusión a la participación social que consideraría también la importancia de generar los mecanismos para consolidarla, a través de la modificación de diferentes procesos en las estructurales formales de las instituciones (Almaguer, 2004).

Por tanto, para cumplir con éxito los objetivos en los programas y políticas, es necesario que se incluyan las siguientes estrategias cuando se diseñan los mismos:

1. Participación comunitaria

Es un instrumento que favorece la toma de decisiones de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman. Es común que se quiera imponer a las comunidades programas oficiales que se han diseñado con solo la visión y opinión de los expertos, en cuya

planeación las comunidades no han tenido ninguna participación. Luego se pretende que la comunidad participe desarrollando las actividades de dicho programa argumentando que son para el beneficio de su salud. Los resultados frecuentes de estos programas son apatía, rechazo y por lo tanto de bajo impacto. Ejemplo de ello cuando no se considera la participación comunitaria es el documento conocido como “declaración Tzotzil de la salud”, elaborado durante el primer Congreso Indígena “Fray Bartolomé de las Casas”, llevado a cabo en 1974 en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, los participantes expusieron lo siguiente:

- *“los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo, ignoran nuestra lengua, no conocen nuestras costumbres y sienten gran desprecio por el indígena.*
- *“los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tiene en cuenta la medicina de las yerbas.*
- *“además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces solo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina”.*
- *“que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales”*
- *“hacer una investigación seria de la medicina indígena y que la conozcan los doctores. Que los doctores nos traten como gentes y aprendan nuestra lengua” (Almaguer, 2009).*

Ante dicha problemática que aún persiste es necesario retomar las siguientes premisas para la participación intercultural comunitaria propuestas por Almaguer (2009):

- A. La institución presenta a la comunidad sus programas de manera clara y comprensible para los diferentes grupos que conforman la comunidad.
- B. La comunidad selecciona por categorías los programas y les da prioridad en relación con el conjunto de problemas que le aquejan.

- C. Hay que aceptar y entender sus opiniones y su lógica.
- D. De esa comprensión se desprende la oportunidad de presentar los programas de acuerdo con las preocupaciones de la comunidad.

Es importante tomar en cuenta que la comunidad no es homogénea. Es necesario conocer los distintos intereses de los diferentes grupos comunitarios, que pueden estar contrapuestos o no. Se debe promover el conceso entre ellos, buscando enfoques que incorporen a todos.

2. Modelo educativo intercultural

Para propiciar una relación intercultural en la educación en salud, es necesaria una actitud de escucha activa que demuestre interés por los conocimientos y opiniones del otro, detonando una actitud franca de apertura para el beneficio mutuo. La relación ya no es vertical, sino horizontal y dialógica (ver figura 23).

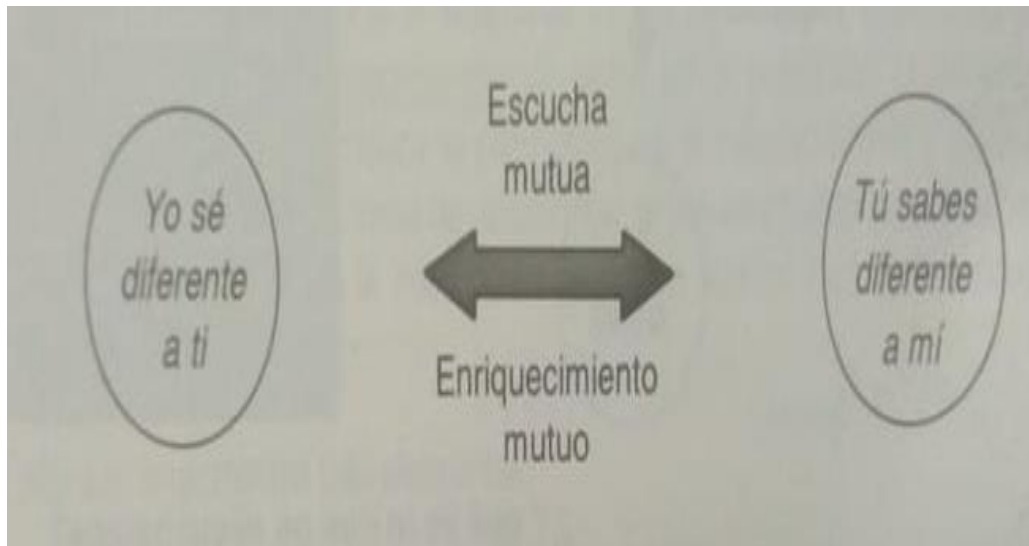


Figura 23. Modelo educativo intercultural. Fuente: Almaguer, 2009.

Para que la población pueda tomar en sus manos la responsabilidad de su salud se requiere fortalecer las capacidades de autogestión (empoderamiento). Al reconocer su cultura en este marco de igualdad y respeto, se genera como consecuencia la elevación de la autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de fortalecer la capacidad de

interlocución y el ejercicio del principio de horizontalidad del enfoque intercultural.

Trabajar en campo para lograr, cambios duraderos en la salud significa trabajar en la complejidad que representan las personas, sus percepciones, problemas y sus espacios sociales de pertenencia. Significa: estudio, preparación, capacitación, planificación, responsabilidad y compromiso, además de capacitación y entendimiento de la atención primaria a la salud, comprender y tener habilidades para el entendimiento y trabajar en equipo y con grupos, así como descubrir elementos del mundo social, del biológico, biomédico, histórico, cultural y político (Chápela, 2008).

METODOLOGÍA

Se llevaron a cabo dos entrevistas, una vía telefónica el 6 de octubre de 2018 con Joaquín Ventura Sique, Profesor investigador de tiempo completo en la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán (UIIM), Coordinador en el área de salud de la UIIM, Candidato a doctor en ciencias antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Maestría en antropología social con especialidad en antropología médica por el CIESAS ,acerca del concepto de interculturalidad, sus logros y sus fracasos; y con la maestra Liliana Pérez Jiménez, socióloga de profesión y maestra en Trabajo social. De la división de Promoción de la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el 9 de octubre del 2018, para ampliar nuestra visión acerca de la interculturalidad a través de conocer el proyecto “La dieta de la milpa”.

Para conocer la situación actual de la interculturalidad en el municipio de Cuetzalan, Puebla, se entrevistaron a cinco médicos tradicionales de los 41 que trabajan en el hospital, ya que cada 15 días los rotan Se aplicó una entrevista semiestructurada (Las entrevistas semiestructuradas, presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades.) (Díaz, 2013) método cualitativo del cual consta de 10 preguntas para recopilar información necesaria que sustente y enriquezca este trabajo y la elaboración del plan estratégico (ver anexo 3). Además, se entrevistaron a 22 pacientes indígenas que asisten al Hospital de Cuetzalan, la entrevista semiestructurada, se conformó de 15 preguntas (ver anexo 4). Finalmente, se entrevistaron a 22 pacientes mestizos que asisten al Hospital y se les hicieron 13 preguntas que asisten al hospital, no se les preguntó acerca del idioma que hablan y de la etnia de la que proceden. Los datos provenientes de las encuestas se analizaron con el programa de Excel y se elaboraron gráficas para su interpretación.



RESULTADOS

Entrevista 1

Fecha: 6 de octubre del 2018

Nombre del entrevistado: Joaquín Ventura Sique, Profesor investigador de tiempo completo en la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán (UIIM, ver figura 24), Coordinador en el área de salud de la UIIM, Candidato a doctor en ciencias antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Maestría en antropología social con especialidad en antropología médica por el CIESAS.

Lugar de la entrevista: Vía telefónica



Figura 24. Universidad Intercultural Indígena de Michoacán Por: Pérez-García, 2016.

¿Cuáles son los tropiezos que se han tenido al llevar a la práctica un modelo de salud basado en la interculturalidad

-Recordemos que la interculturalidad nace desde un esquema neoliberal, donde se inician una serie de manifestaciones y exigencias por el reconocimiento de los derechos humanos, esta política neoliberal excluye a mucha gente. Una población que en ese entonces no tenía voz ni voto eran los pueblos indígenas, ante esto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es quien reconoce a los pueblos indígenas, pero ¿Por qué una organización del trabajo? Esto significó un doble discurso, puesto que se plantea el reconocimiento de los pueblos, pero se iniciaba la explotación de sus recursos; en mi visión la interculturalidad la considero un arma de doble filo, ya que en América Latina y en especial en México se sigue encasillando a los pueblos indígenas y la interculturalidad se debe aplicar en todas las poblaciones, tener un diálogo horizontal entre toda la humanidad.

No es solamente se trata de abarcar un programa general, ya que nuestro país es un país pluricultural, cada región tiene su cultura, por ello debemos diseñar diferentes programas para cada pueblo, comunidad o región.

¿Qué estrategia podría llevarse a cabo para que se aplique un modelo intercultural en salud con éxito?

-Cada comunidad visualiza el proceso- salud -enfermedad de distinta manera con su cosmovisión natural, el modelo médico hegemónico del cual Menéndez clasifica, este también mira al proceso-salud-enfermedad de una forma más biológica dejando a un lado lo natural, lo cosmogónico. Así mismo la cultura indígena en la antigua Mesoamérica fue influenciada por la cultura colonial y la cultura de los esclavos negros, así surgen diferentes cosmovisiones para prevenir la salud:

- a. La brujería
- b. Magia y limpias
- c. Lo espiritual y religioso
- d. Exorcismo, etc....

Ante esto la Secretaria de Salud debería iniciar una base de datos estadísticos de los 68 pueblos indígenas en nuestro país sobre estas cosmovisiones, iatrogenias, tasas de morbilidad y mortalidad, ya que nuestro modelo económico está basado en lo curativo y no en lo preventivo, así mismo que la secretaria de salud acepte que la medicina tradicional, es una medicina donde se lleva a cabo la promoción de la salud, invierte en viejas prácticas las cuales existe la colectividad, el consumo de huertos en traspatios y mejoran la calidad de vida; más sin en cambio seguimos con un modelo de salud curativo, donde se invierte más a la industria farmacéutica, que los médicos se enfoquen en las grandes urbes con especialidad, la globalización sigue avasallando y esto genera enfermedades crónico degenerativas, en toda las poblaciones.

Como conclusión el modelo intercultural es muy complejo, pero el país necesitaría cambiar su sistema de salud y dejar de lucrar con la salud, y poner más énfasis en lo preventivo retomando lo tradicional.

¿Qué opina del programa sectorial de salud en materia intercultural y sobre las acciones del programa de acción específico?

-Recordemos que la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS Organización Panamericana de la Salud) emiten sus líneas trazadas, así mismo el Fondo Monetario Internacional tiene destinado recursos monetarios para cada país en diferentes rubros, en este caso el rubro en salud, por lo tanto el diseño de las políticas son solo un llenado de cuadro y metas para que se aporte ese recurso monetario que otorga el FMI (Fondo Monetario Internacional), porque no le bastaría al país con el producto interno bruto (PIB); así mismo cuando se asigna el recurso este no llega completo al programa o la línea de acción. Como ciudadanos si no existe una buena organización, no podemos hacer exigible el recurso al Estado que se le asigna a cada programa (ver figura 25)



Figura 25. nana de la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán.

¿Quién o quienes tendrían que evaluar los programas ya aplicados para verificar su buen funcionamiento?

-Ya se cuenta con la carta de los derechos generales de las y los pacientes, pero hay muchas contrariedades; ejemplo de esto es que uno como paciente tiene el derecho a tener una segunda opinión y consultar a otro médico, esto ocasiona un conflicto entre el médico y el paciente, por lo tanto la Secretaria de Salud debería tener una segunda Secretaria para vigilar los usos y aplicaciones de las medicinas (medicina tradicional, medicina hegemónica y medicina alternativa) y trabajar en un observatorio ciudadano.

¿Qué hay que modificar para que la salud sea verdaderamente un derecho y no solamente bases y modalidades para tener accesos a la misma?

Actualmente nuestras políticas están basadas en un modelo neoliberal, donde se responsabiliza al ciudadano del cuidado de su salud; se deberá trabajar por una política donde el Estado debe cumplir y hacer valer todos los derechos humanos que tenemos, así mismo que el Estado y el sistema sea benefactor.

¿Para usted que es promoción de la salud?

En las clínicas, hospitales, se les pide al personal de salud que se cubran las metas por medio de platicas, talleres, periódicos murales, etc., pero realmente ¿cuánto es el interés de la gente por dichas platicas educativas? se tiene que hacer conciencia de retomar el modelo educativo pero desde las escuelas de promoción de la salud, ya que la población si no le se presenta una enfermedad no acude a un medio sanitario y no se trata de curar la enfermedad se trata de prevenirla. ¿Pero, cómo? con la enseñanza y el ejercicio activo de la promoción de la salud en la atención preventiva. Seguir con un dialogo que mantenga viva nuestras tradiciones y costumbres, no caer en la teoría del consumismo, aprender a vivir sin la acumulación de bienes económicos.

Entrevista 2

Fecha: 9 de octubre del 2018

Nombre del entrevistado: Liliana Pérez Jiménez, socióloga de profesión y maestra en Trabajo social.

Lugar de la entrevista: División de Promoción de la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

¿Cuáles son los tropiezos que se han tenido al llevar a la práctica un modelo de salud basado en interculturalidad?

-Si es interculturalidad se debe tomar en cuenta a toda la población, sin embargo, las propias instituciones focalizan a poblaciones indígenas o rurales y ello no permite desarrollarla, además de que, al ser áreas asignadas a ciertas unidades, es poco el presupuesto y solo pueden llevarla a cabo las instancias responsables de los proyectos.

¿Qué estrategia podría llevarse a cabo para que se aplique un modelo intercultural en salud con éxito?

-Primeramente, la política pública. El cambio debe realizarse desde ahí porque la política pública recae siempre en el asistencialismo y no en lo preventivo, cultural o comunitario. Sería también una buena estrategia la contratación de plazas con un perfil verdaderamente en salud y la contribución de grupos multidisciplinarios.

¿Qué opina del programa sectorial de salud en materia intercultural y sobre las acciones del programa de acción específico?

-Está bien elaborado, pero se requiere de un esfuerzo en conjunto para que exista difusión y se conozca bien el modelo, además de poderlo fortalecer y ampliarlo como parte vital del modelo de salud en México. Ha sido el sostén, pero desafortunadamente nos hemos quedado en el discurso o trabajo de escritorio que no trasciende y que no tiene impacto.

¿Quién o quienes tendrían que evaluar los programas ya aplicados para verificar su buen funcionamiento?

-Instancias externas que realicen evaluaciones constantes, que permitan corregir los errores y además sean transparentes para que la población evalúe en conjunto con dichas instancias si los programas están funcionando.

¿Qué hay que modificar para que la salud sea verdaderamente un derecho y no solamente bases y modalidades para tener acceso a la misma?

-La conciencia de las personas porque si tú los haces conscientes de lo que pueden exigir y pedir entonces es cuando pueden hacerlo y que tenga proyección. Debe modificarse la responsabilidad social y políticas que sean inclusivas e interculturales.

¿Para usted que es Promoción de la Salud?

-Es la posibilidad de fortalecer todo aquello que nos hace falta, es la base de todo y se debe llevar a cabo en todo y en toda la población.



ENTREVISTAS A MÉDICOS TRADICIONALES



RESULTADOS

Recopilación de datos de médicos tradicionales

La edad de los médicos tradicionales oscila entre los 60 y 74 años, con un promedio general 68 años; El 60 % de ellos son mujeres y el 40 % hombres. Esto muestra que la figura de la mujer como médica tradicional prevalece en la actualidad (ver figura 26).



Figura 26. Edad y sexo de los médicos tradicionales del área de medicina tradicional.

El área de medicina tradicional los médicos y médicas tradicionales el 10 % no cuenta con escolaridad, mientras que el 90 % cuenta con primaria terminada (ver figura 27).

GRADO ACADÉMICO

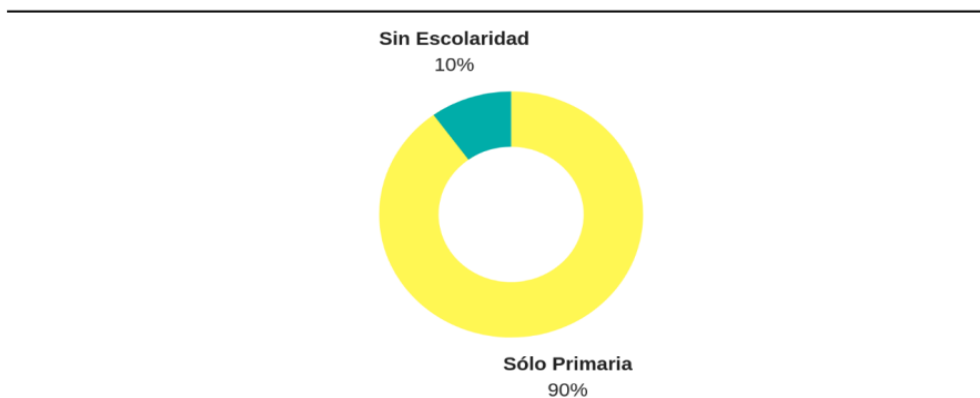


Figura 27. Grado académico de los médicos tradicionales.

Los cinco médicos tradicionales entrevistados cuentan con dos especialidades, las cuales son curandero y huesero o partera y curandera.

ESPECIALIDAD



(ver figura 28)

Figura 28. Especialidad de los médicos tradicionales.

Los cinco médicos tradicionales entrevistados son bilingües, ya que siguen comunicándose en náhuatl con sus pacientes, además hablan español, no han olvidado sus raíces culturales (ver figura 29)

1) ¿HABLA ALGUNA LENGUA?

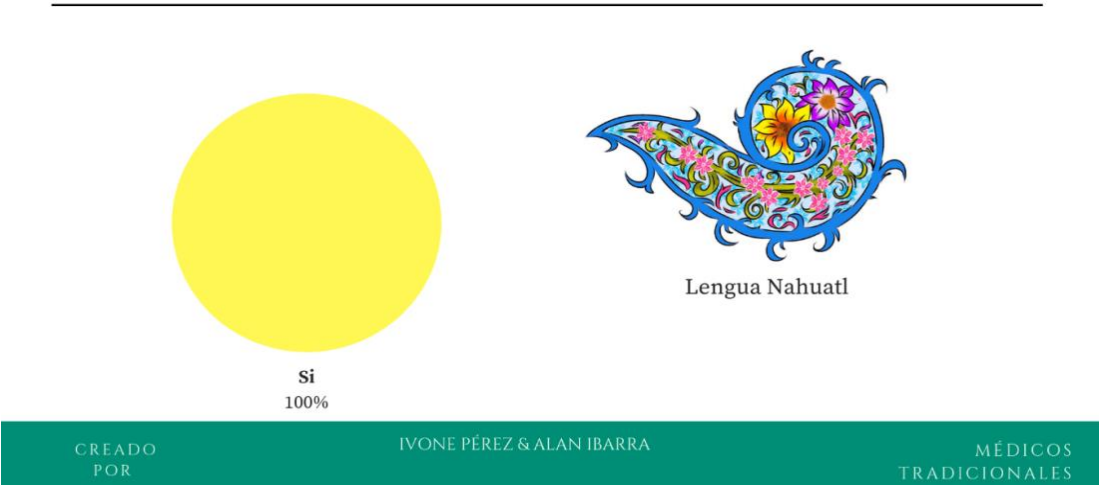


Figura 29. Tipo de lengua hablante de los médicos tradicionales.

Los médicos tradicionales provienen de Tzinacapan, Tecolapan, Zohapilco, Buenavista y San Andrés, cada uno tiene sus propias costumbres y creencias originándose así un intercambio de conocimientos (ver figura 30) Muchos médicos tradicionales provienen de localidades lejanas al hospital, por lo cual el trayecto que recorren implica un recurso monetario y físico. Las localidades de Zinacapan y Tecolapan, cuentan con un índice de marginación alto, principalmente porque son zonas rurales, solo Tzinacapan tiene ámbito urbano (Sedesol, 2010)

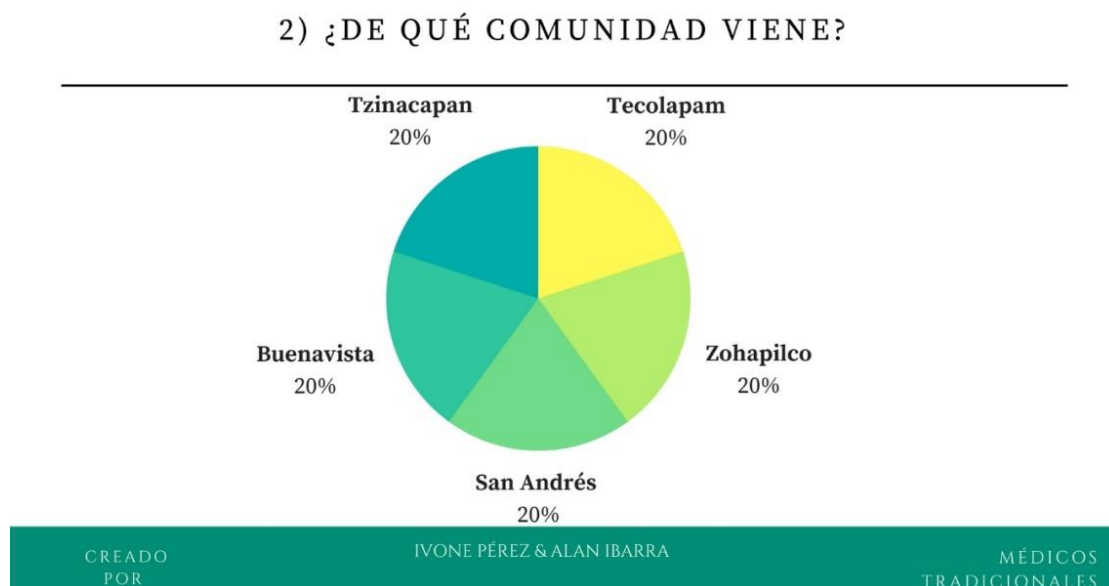


Figura 30. Tipo de comunidad que provienen los médicos tradicionales.

A los médicos tradicionales se les asigna un tiempo de tolerancia para llegar al área de medicina tradicional, al no cumplir con lo establecido se le solicita que regresen a su localidad, sin tomar en cuenta cuales fueron los recursos que el médico tuvo que gastar, para llegar al hospital.

Los médicos tradicionales mencionaron que el único registro de los pacientes se lleva a cabo en una libreta. Después se acudió al área administrativa de medicina tradicional y la recepcionista mencionó que para cualquier servicio se tiene que registrar en una libreta con la siguiente información:

- a) Copia de INE o IFE
- b) Nombre del paciente
- c) Servicio que va a requerir
- d) La comunidad de la que proviene
- e) Edad
- f) Firma (ver figura 31)

3) ¿CUENTAN CON ALGÚN REGISTRO DE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN?

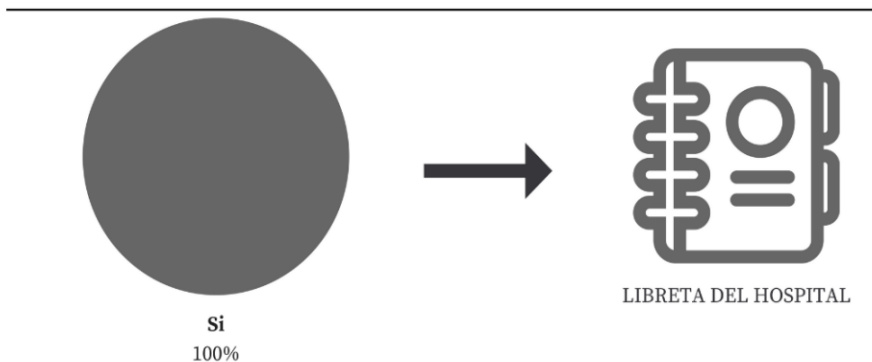


Figura 31. Registro de pacientes del área de medicina tradicional.

Posteriormente, se canaliza al paciente al área requerida y así se tiene un control de los mismos. Si el paciente requiere de una limpia, la recepcionista le solicita que se compre una veladora y un huevo. El proceso-salud-enfermedad-atención constituye un universal que opera estructuralmente por supuesto en forma diferenciada en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran.

Aun cuando esta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales (Menéndez, 1994).

Los médicos tradicionales, en el proceso salud-enfermedad-atención de la comunidad de Cuetzalan, frecuentemente tienden a atender padecimientos como son el susto, torceduras, masajes y sobadas (ver figura 32)

4) ¿QUÉ PADECIMIENTOS SON LOS QUE ATIENDEN CON MAYOR FRECUENCIA?

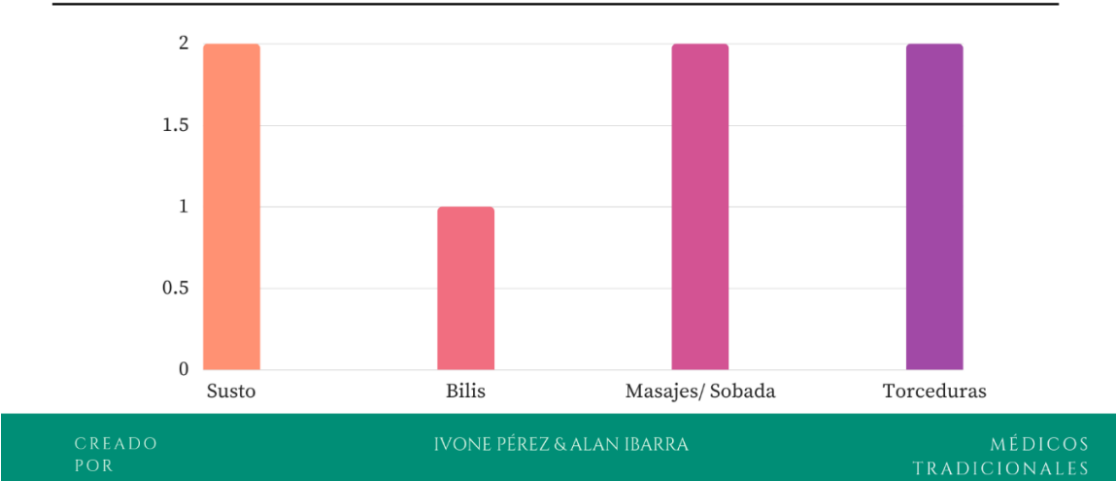


Figura 32. Padecimientos que atienden los médicos tradicionales con mayor frecuencia.

Se pudo observar en el hospital de medicina tradicional de Cuetzalan, que los embarazos, la desviación de huesos y la caída de la matriz se atienden con menor frecuencia a diferencia de las torceduras que se atienden mayormente. Cabe mencionar que los médicos tradicionales visualizan el embarazo como un padecimiento y no un proceso biológico que se puede presentar en las mujeres (ver figura 33).

La medicina tradicional coloca a la mayoría de los accidentes como enfermedades empíricas: heridas, lesiones, fracturas, mordeduras de animales ponzoñosos, etc., y así como el parto (Aguirre, 1995).

5) ¿QUÉ PADECIMIENTOS SON LOS QUE ATIENDEN CON MENOR FRECUENCIA?

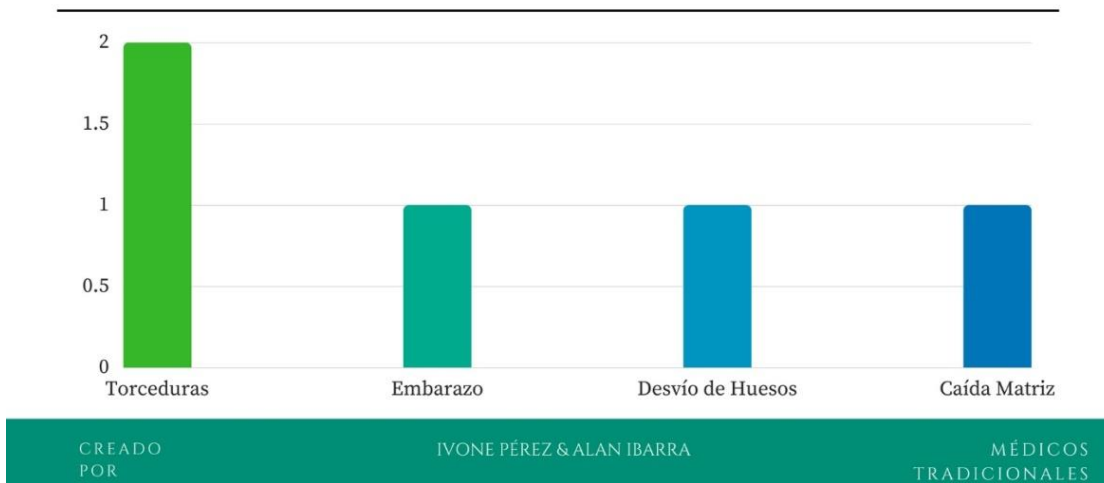


Figura 33. Padecimientos que atienden los médicos tradicionales con menor frecuencia.

Se les preguntó a los médicos tradicionales que, si les gustaría trabajar en conjunto con los médicos y enfermeras del hospital, respondieron argumentando lo siguiente:

- Huesero Justino *“si me gustaría trabajar con los médicos, y más con los ortopedistas para que ellos aprendan como detectar un hueso roto, y yo poder conocer más sobre los huesos que son muy delicados y como deben tratarse”*.
- Curandera y partera María Ocotlán Labastida Bonilla *“si trabajaría con los médicos y las enfermeras, pero que nos permitan trabajar con nuestra vestimenta, porque cuando se construyó el nuevo hospital ya no se nos permitían trabajar con nuestra vestimenta, si no con ropa de ellos”*.
- Curandera María Concepción Vázquez *“si me gustaría trabajar porque seguido van las enfermeras a consultarme sobre el embarazo y es cuando les aconsejo como deben saber ellas que ya va a parir la mujer”*

Todos los médicos tradicionales respondieron que **si** participarían en capacitar a los médicos y enfermeras del hospital. Se consideró que muchas de las acciones de los médicos indígenas eran obstáculo para el trabajo médico institucional, incluso se pretendió convertir a algunos de ellos en auxiliares de la salud. Esta postura se ha modificado para dar cavidad al reconocimiento de la medicina indígena como un recurso propio de las comunidades que requieren respeto e impulso. El Instituto Nacional Indigenista-1986 (INI) realiza acciones encaminadas a generar las condiciones necesarias para que los equipos de salud trabajen con las comunidades tanto en el aprovechamiento de sus propios recursos, como en el desarrollo de las capacidades organizativas que les permitan enfrentar los daños más frecuentes y avanzar en su prevención. Entre esas acciones destaca la organización de encuentros con los terapeutas tradicionales y equipos de salud del Instituto y otras dependencias para intercambiar conocimientos y experiencias, así como para acordar acciones conjuntas en beneficio de la comunidad (INI, 1986).

Dichas acciones que emplea el Instituto, ya no se llevan a cabo, los médicos tradicionales, manifestaron que no tienen ningún obstáculo para participar en la capacitación sobre conocimientos en medicina tradicional, con los médicos y enfermeras del Hospital:

- Partera María Ocotlán Cano Fernández *“muchos médicos desconocen la dilatación [en el proceso de parto] y yo les enseño que colocando la mano en la boca del estómago y si llega hacia 5 dedos es que el niño ya está por nacer y a las enfermeras les platico que cuando la mujer echa poco de sangrado y un flujo amarillo es la primera señal de que ya está por parir”*.
- Huesero y Curandero José Luis Arrieta *“hay veces en que los aparatos del hospital no funcionan, y para mi enseñarles a los médicos como detectar una fractura o algún hueso roto, sin la necesidad del aparato”*.

- *Curandera María Concepción Vázquez “si me gustaría participar en cursos para saber más, porque cada día hay más cosas sobre el embarazo”.*

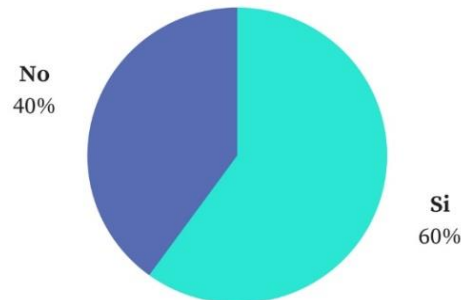
En la Ley General de Salud en su artículo 93 establece que: *“La Secretaria de Educación Pública en coordinación con la Secretaria de Salud, promoverán el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera [la Secretaria de Salud] reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.”* (Agenda de salud, 2018)

Los médicos tradicionales refieren lo que ellos consideran que los médicos y enfermeras aplican de la medicina tradicional:

- *La partera María Ocotlán Labastida “algunas enfermeras, nos llevan a los pacientes para que nosotros curemos el malestar del paciente”.*
- *La partera María Ocotlán Cano Fernández “Hay médicos que nos mandan a los pacientes para atender padecimientos que nosotros podemos tratar, también hay médicos que me preguntan sobre padecimientos que los pacientes les dicen y que ellos muchas veces no comprenden”.*

La mayoría de los médicos tradicionales mencionaron que la medicinal es aplicada en el Hospital de Cuetzalan (ver figura 34)

8) ¿CONSIDERA QUE LA MEDICINA TRADICIONAL ES APLICADA EN EL HOSPITAL?



CREADO
POR

IVONE PÉREZ & ALAN IBARRA

MÉDICOS
TRADICIONALES

Figura 34. Implementación de la medicina tradicional dentro del hospital.

Dos médicos tradicionales entrevistados, refirieron su testimonio cuando diseñaron el área de medicina tradicional en el hospital. De 1990 al 2000 fue que se empezó la transformación del Hospital de Cuetzalan en mixto, bajo la dirección Arturo Warman del INI (Instituto Nacional Indigenista) y Carlos Zolla en la subdirección.

- La partera María Ocotlán Fernández Cano refiere lo siguiente: *“Si fui consultada, puesto que en el año de 1983 la antropóloga María Esther, nos tomó en cuenta en las acciones para el hospital, ella solicito que nos aumentaran la tarifa y se construyó el temazcal”*.
- El curandero y huesero José Luis Arrieta refiere lo siguiente: *“si fui consultado, ya que en la parcela que contamos en el hospital solicité que se plantará gordolobo; y hace 13 años la directora de usos y costumbres, nos expedía un documento para trabajar en la comunidad”*.

Considerando la opinión de la población y la de los terapeutas tradicionales de la región para incorporar los servicios de la medicina tradicional Almaguer (2009) sugiere:

- Convocar a los terapeutas y parteras tradicionales de la región que deseen establecer una interrelación con los servicios
- Delimitar los servicios que se ofrecerán considerando la seguridad de los usuarios
- Diseñar el servicio y los espacios de la medicina tradicional en conjunto con sus practicantes
- Coadyuvar al establecimiento de una relación intercultural de conocimiento mutuo entre todo el personal de salud del hospital y los terapeutas tradicionales
- Incorporar espacios para brindar servicios con otros modelos médicos que cuenten con marco legal como la acupuntura, homeopatía y terapéutica herbolaria.

Por lo cual se deben tomar en cuenta e impulsar estas propuestas, ya que los médicos tradicionales entrevistados les gustaría ser partícipes en las siguientes modificaciones en el área hospitalaria:

- *Que se les diera una capacitación a los médicos y enfermeras, para que los pacientes reciban un trato más humanitario, ya que a veces reciben regaños por parte de los médicos y enfermeras.*
- *Que los médicos tomen un curso para hablar el náhuatl y puedan comunicarse con sus pacientes.*
- *Que el hospital no esté separado del área de medicina tradicional.*
- *Que en los consultorios se construyan temazcales (ver figura 35).*

10) ¿QUÉ MODIFICACIONES DEL ÁREA DEL HOSPITAL REALIZARÍA PARA LOS PACIENTES?



Figura 35. Modificaciones que realizarían los médicos tradicionales en el área hospitalaria.

Las modificaciones que los médicos tradicionales sugieren que se realizara en su área de trabajo son las siguientes (ver figura 36):

- *Construcción de más temazcales.*
- *Que se otorgue la materia prima para hacer más pomadas.*
- *Que nos otorgue un apoyo económico.*
- *Que se realice un jardín botánico para poder tener las plantas medicinales.*
- *Que haya más consultorios y hueseros.*

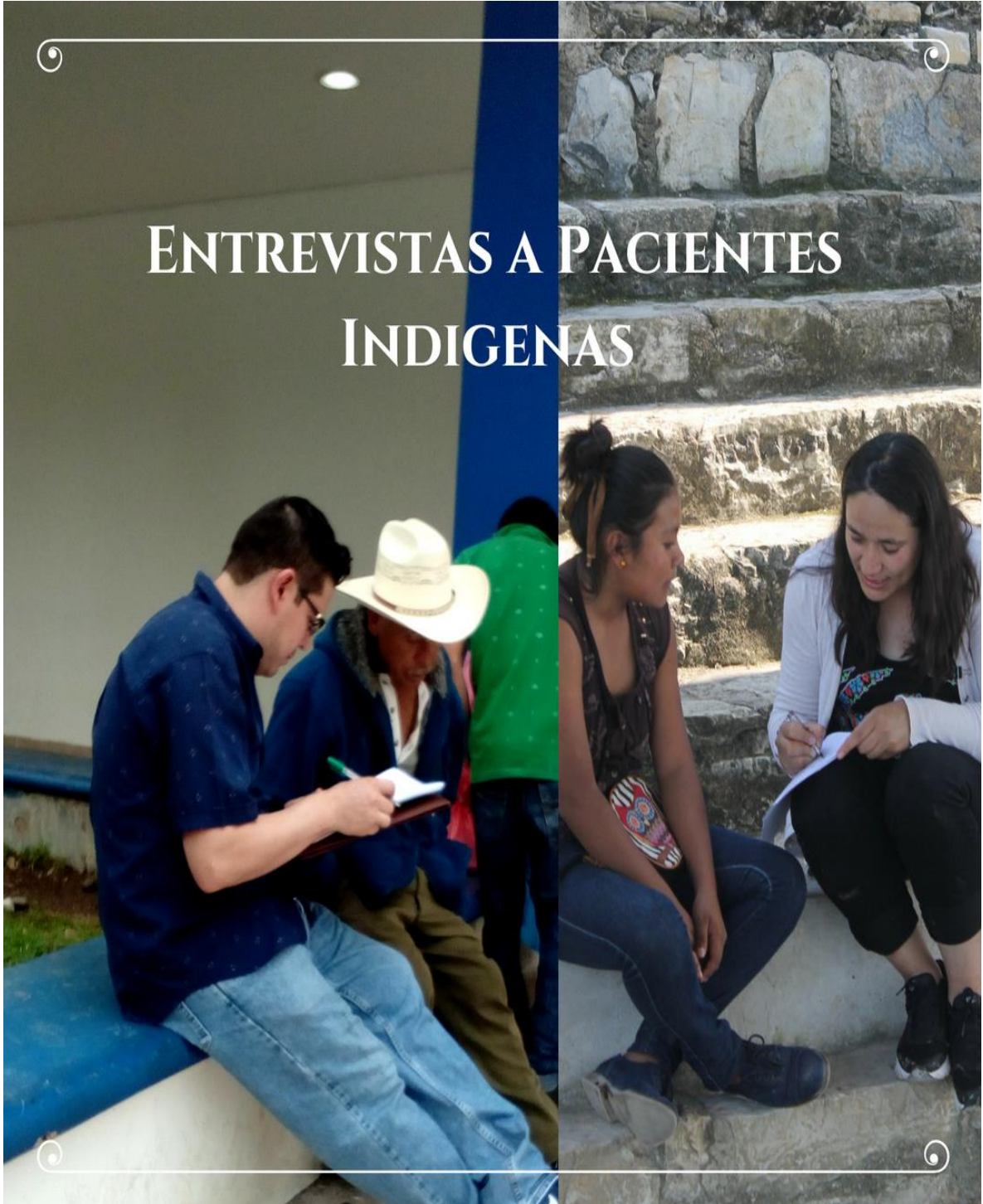
Almaguer (2009) propone que si la población lo solicita y los terapeutas tradicionales están de acuerdo pueden incorporar un espacio cercano al hospital o centro de salud para ofrecer los servicios de la medicina tradicional, con la atención de curanderos, hueseros, sobadores y parteras de la comunidad y región.

11) ¿QUÉ MODIFICACIONES DEL ÁREA DEL HOSPITAL TRADICIONAL REALIZARÍA PARA LOS PACIENTES?



Figura 36. Modificaciones que realizarán los médicos tradicionales en el área de medicina tradicional.

ENTREVISTAS A PACIENTES INDIGENAS



Los pacientes que acuden al Hospital de Cuetzalan la mayoría son mujeres, de éstas el 10 % tienen entre 10 y 20 años, 24 % de 21 a 30 años, 33 % entre 31 y 40 años, 10 % en el intervalo de 41 a 50 años y finalmente de 51 a 60 años corresponde el 24 %. Los hombres se encuentran en actividades agrícolas, los que asisten al Hospital tenían entre 31 y 40 años. (ver figura 37)

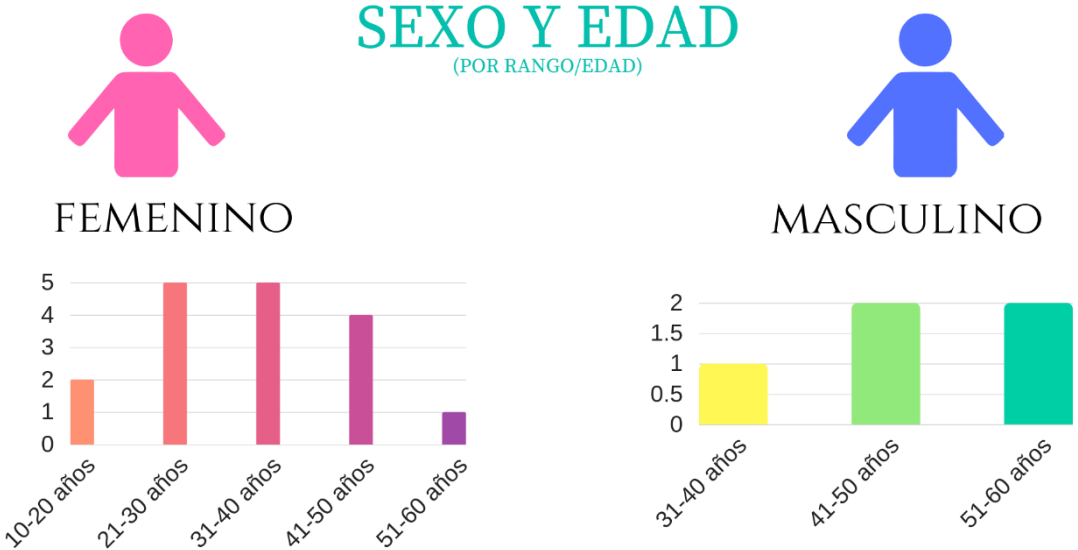


Figura 37. Edad y sexo de los pacientes indígenas entrevistados.

Se percibió que hay una variedad de pacientes provenientes de diferentes localidades, la mayoría vienen de Yohualichan, le siguen de Ayotzinapan y en menor proporción los pacientes son originarios de Ziltepec y Tzinacapan, de acuerdo con SEDESOL (2010), estos pobladores tienen marginación alta, solo los de Tzinacapan se desenvuelven en una zona urbana, los demás provienen de zona rural. Los pobladores de Tencuix y Coapan asisten en una muy baja proporción al hospital, ya que tiene un grado de marginación muy alto y además se desenvuelven en una zona rural (SEDESOL, 2010, ver figura 38).

1) ¿DE QUÉ COMUNIDAD PROVIENE?

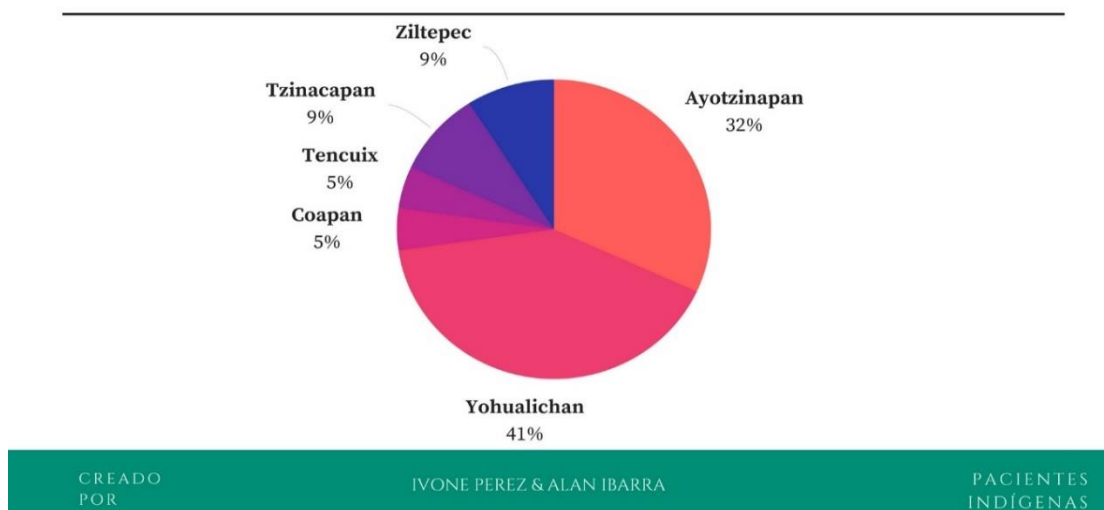


Figura 38. Zona de donde proceden los pacientes indígenas que asisten al Hospital de Cuetzalan, Puebla en 2018.

El 41 % de los pacientes, realizan hasta 45 minutos en trasladarse al Hospital de Cuetzalan y el 59 % tardan de una hasta dos horas en llegar al mismo (ver figura 39), si bien en el documento “CESCR observación General 14” emitido por el Consejo Económico Social toma como base central el artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y citando a través sus cuestiones sustantivas menciona que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca elementos esenciales e interrelacionados cuya aplicación depende de las condiciones pacientes de un determinado estado parte como son la disponibilidad y la accesibilidad física. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales” (CESCR, 2000).

2) ¿CUÁNTO TIEMPO ES EL QUE REALIZA DE SU COMUNIDAD AL HOSPITAL?

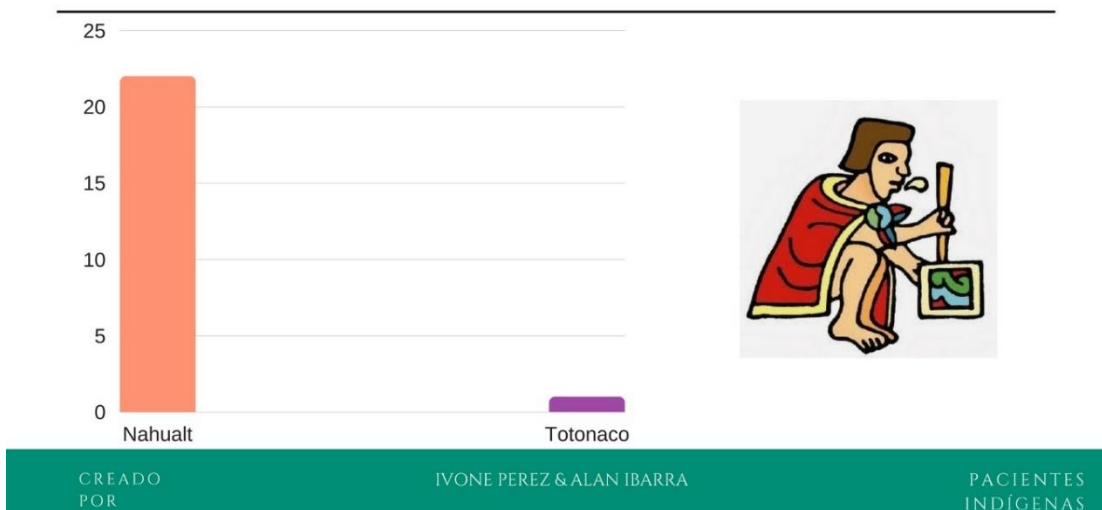


Figura 39. Tiempo que realizan los pacientes de su comunidad al hospital de Cuetzalan, Puebla.

En el artículo 2, inciso A, fracción IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos refiere lo siguiente *“Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su identidad y cultura”*.

El 95 % de los pacientes son hablantes de la lengua náhuatl, solo el 5 % refirió hablar náhuatl y totonaco (ver grafica 3), ante esto se percibe que es importante la implementación de señalización que indiquen los servicios y áreas en el hospital donde se tomen en cuenta las cuatro principales lenguas que se hablan en la zona: náhuatl, totonaco, tepehua y otomí.

3) ¿QUÉ LENGUA HABLA?



Grafica .3. Tipos de Lengua hablante de los pacientes indígenas.

La mayoría de los pacientes, 60 %, refirieron pertenecer a la etnia nahuatl, algunos de los pacientes dudaban y les tomaba tiempo en responder si eran de alguna etnia, claro esta que se les mencionaban si pertenecían a las etnias nahuatl, totonaco, otomie o tepehua. El 40 % respondió que no pertenecían a alguna étnia (ver figura 40).

Considerando la cultura como el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido, se comprenden que al afectarse la percepción del mundo por los procesos transculturales, en los valores y costumbres de los pueblos indígenas se desencadena un proceso de pérdida de sentido. Al perderse este, también hay una pérdida importante de la identidad cultural, reforzando los procesos de desubicación social (Almaguer, 2009).

4) ¿PERTENECE A UNA ETNIA?

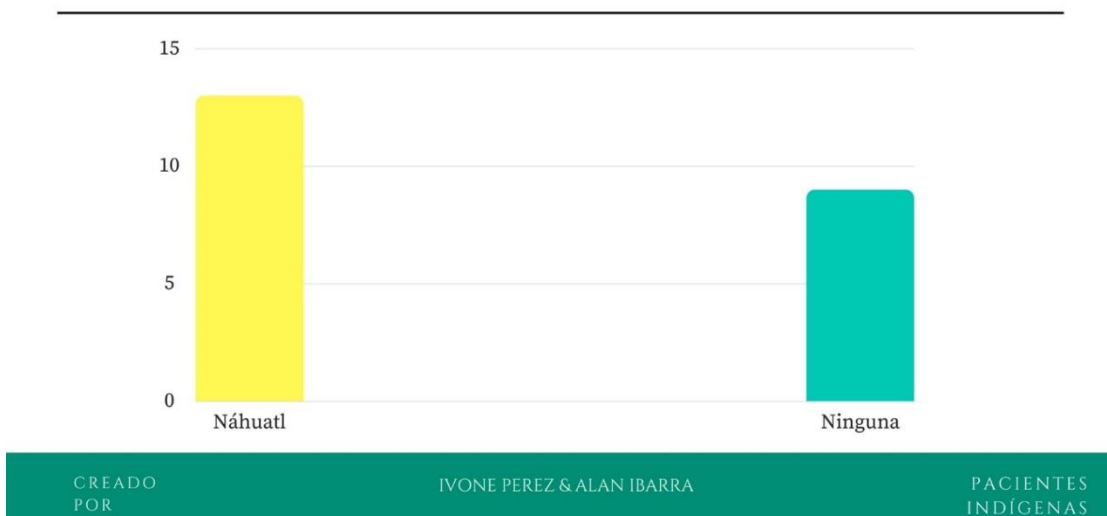


Figura 40. Tipos de etnia a la que pertenecen los pacientes indígenas.

El 95 % de los entrevistados si utilizan los servicios del Hospital de Cuetzalan, solo el 5 % de ellos dijo que no utiliza dichos servicios, ya que mencionó que en el hospital no escuchan a la comunidad y sus necesidades, cuando ellos van enfermos.

Dos pacientes relataron acudir al Hospital por enfermedades crónico-degenerativas como la *diabetes mellitus* o hipertensión arterial, el resto de los pacientes no acude por enfermedades crónico-degenerativas u otra enfermedad que le aqueje, claro que estos mismos siguen teniendo una cosmovisión muy diferente de lo que es **salud-enfermedad y padecimiento**.

Las acciones preventivas en cualquier sistema de salud van a estar determinadas por su forma de entender la casualidad y la forma de entender la salud y la enfermedad. En la cosmovisión indígena actual, está presente un amplio sistema de explicaciones sobre la causalidad de la enfermedad de mucha complejidad y que, además se ha ido enriqueciendo con la incorporación de explicaciones y elementos provenientes de otras culturas como española antigua, africana, asiática y el pensamiento occidental, actual (Almaguer, 2009).

Los principales padecimientos por los cuales los pacientes indígenas acuden con mayor frecuencia acorde a su cosmovisión sobre la salud y enfermedad son los considerados como comunes: dolores de cabeza, dolor de estómago, empacho y vómito, enfriamientos y anginas. Al igual visitan el Hospital para realizarse chequeos generales y con menor recurrencia para el seguimiento de los embarazos. Como ya se mencionó anteriormente, los pacientes también perciben el embarazo como un padecimiento (ver figura 41).

En la categoría de enfermedades empíricas caen las producidas por un “aire” introducido en el cuerpo que provoca cólicos y trastornos diversos o la enfermedad conocida como dolor de cabeza, las que se originan por enfriamiento brusco y se traduce en las entidades nosológicas llamadas pulmonía, fríos, etc. También se pueden presentar por la transmisión de calor, calor subido, que en los niños produce *chincual* y en los adultos anginas. Otros padecimientos son los que provienen de la ingestión de alimentos calientes o fríos, las que emanan de un recargo de estómago conocidas como empachos (Almaguer, 1995).

7) ¿POR QUÉ PADECIMIENTOS RECURRE AL HOSPITAL?

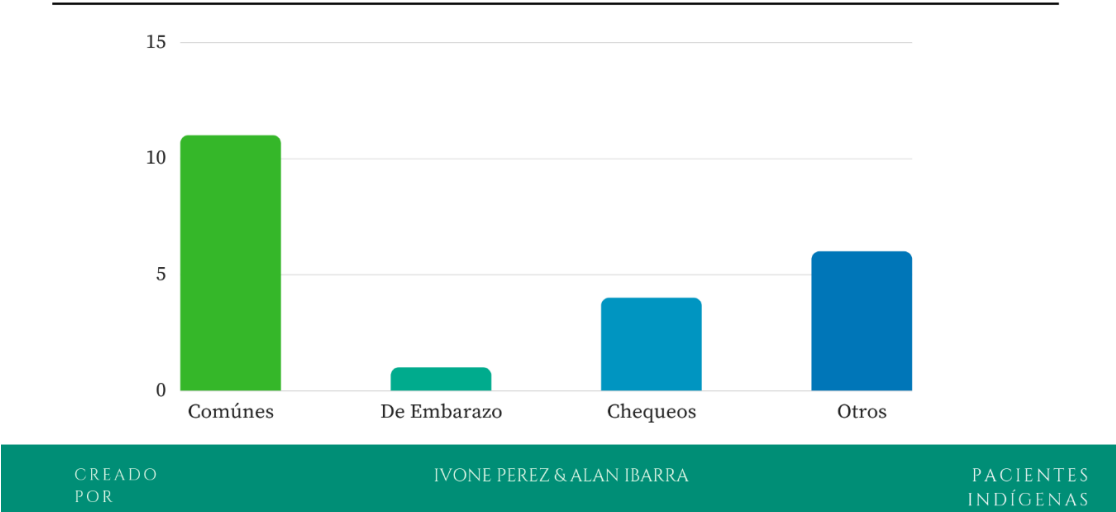


Figura 41. Padecimientos más recurrentes de los pacientes indígenas.

Se pudo percibir que el 41 % de los pacientes acuden a la medicina alópata, el 32 % a medicina tradicional y el 27 % hacen uso de ambas medicinas (ver figura 42), emitiendo los siguientes comentarios:

Al acudir a la medicina alópata es porque depende el padecimiento si este es muy grave van con el doctor.

Acuden a la medicina tradicional porque el padecimiento es de menor gravedad, como el susto, empacho o dolor de cabeza.

Un paciente comento que cuando no alcanza para las medicinas recurre a lo tradicional porque sale más barato”.

Los pacientes que acuden a ambas medicinas, es porque son benéficas, ambas nos van a curar.

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad y cada grupo familiar resuelve cotidianamente como cuidar la salud y como recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo este un proceso dinámico no solo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (Sacchi y Hausberge, 2007).

8) ¿CON QUIÉN ACUDE CON MAYOR FRECUENCIA?

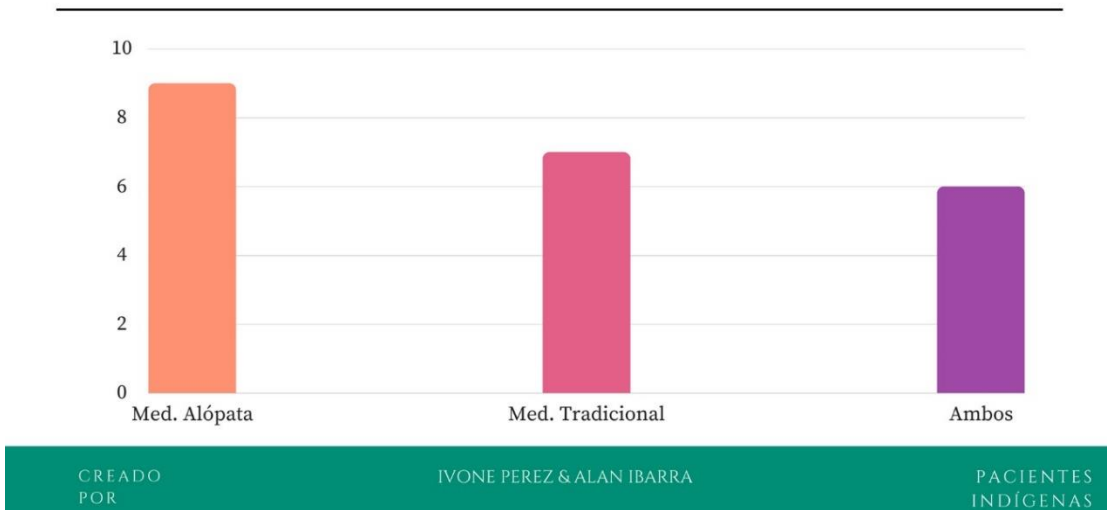


Figura 42. Tipo de medicina a la que recurren con mayor frecuencia los pacientes indígenas.

El 77 % de los pacientes entrevistados, mencionaron que el médico alópata escucha y resuelve de forma amable sus dudas, pero es importante que los médicos y las enfermeras del hospital realicen una adecuada orientación e informen en la lengua del paciente, el 23 % restante dijeron que no los tratan de manera adecuada los médicos del Hospital.

En la Ley General de Salud en su capítulo cuarto menciona que a los “usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad” y en su artículo 51 BIS-1, dice que “los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen”. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua (Agenda de salud, 2018).

En cambio todos mencionaron que los médicos tradicionales los escuchan y resuelven de forma cordial sus dudas. Tres de ellos lo describieron de la siguiente manera:

- *“La curandera escucha mejor mis necesidades que el doctor, ya que el no escucha todos mis padecimientos ni como me siento”.*
- *“Los médicos tradicionales son más cálidos en la atención cuidan más el cuerpo para tener mejor bienestar”*
- *“Los médicos tradicionales te explican por qué nos dio el susto, el motivo, y como cuidarnos para que no nos vuelva a suceder, sobre la planta que vas a utilizar te dicen como cortarla y qué hacer con dicho remedio”.*

En la medicina tradicional, el médico indígena utiliza otros métodos diagnósticos que dentro de su cosmovisión tienen una explicación lógica, está preparado para utilizar los masajes, la herbolaria, partes de animales y la medicina simbólica, la cual también en ocasiones utilizan los médicos científicos en forma eficiente como guía de su atención (Almaguer, 2009).

A pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, esta es también mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer. El 73 % de los pacientes entrevistados de acuerdo con su percepción sobre el proceso de salud enfermedad, hacen uso tanto de tratamiento alópata, así como del tradicional. Existe una mínima diferencia entre los que utilizan un tratamiento u otro, es decir, el 9 % dijeron seguir solo el tratamiento alópata y el 18 % el tratamiento de la medicina tradicional (ver figura 43).

Como señala Fitzpatrick, la idea de la enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su

registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad-atención. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, éste es un elemento esencial de la comunicación humana (Sacchi y Hausberge, 2007).

11) ¿QUÉ TRATAMIENTO ES AL QUE RECURRES MÁS?



Figura 43. Tipo de tratamiento al que más recurren los pacientes indígenas.

El 59 % de los pacientes entrevistados relataron que, si se respeta la cultura, ya que ingresan con su vestimenta tradicional y hay algunos médicos que hablan su lengua nativa, aunque el 49 % de los pacientes comentan que no se respeta, ya que hay discriminación por su vestimenta, no hay respeto por parte de las enfermeras y en algunas ocasiones los médicos son muy groseros en la consulta.

Así mismo cabe destacar que todo programa o política que se vaya a implementar en las comunidades se les debe consultar para acciones o modificaciones en el Hospital de Cuetzalan, todos los pacientes respondieron que, si es importante que se les consulte, algunos argumentaron lo siguiente:

- *“Para que las enfermas, doctores practiquen y hablen nuestro dialecto”*

- *“Si, porque considero que deberían atenderse primero las personas más necesitadas como los adultos mayores, ya que muchas veces no los atienden porque ya no alcanzaron ficha”*
- *“Si para que todos los doctores y enfermeras del hospital hablen nuestro lenguaje”*

En la Ley General de Salud en el capítulo cuarto (Agenda de salud, 2018). Sobre los usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad artículo 58 dice que “la comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud de prevención de enfermedades y accidentes.
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud.
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes” (Agenda de salud, 2018).

Todos los pacientes aludieron participar en acciones comunitarias en beneficio a su salud y de la comunidad y algunas acciones en las que ellos participarían serían las siguientes:

- *“Poder enseñarles mi lengua nativa”*
- *“A veces uno no sabe qué hacer con los medicamentos que nos sobran en casa”*
- *“Para que nuestra lengua y tradiciones sean respetadas”*. La participación comunitaria fortalece los programas que se implementan en una institución, así también la población ejerce acciones en pro de su salud cita.

ENTREVISTAS A PACIENTES MESTIZOS



De la muestra de 22 personas mestizas que asisten al hospital de Cuetzalan, la mayoría son mujeres (77 %), en todos los rangos de edad, aunque prevalecen las que tienen entre 21 y 30 años, ya que es la etapa reproductiva de las mismas, le sigue el rango de 51 a 60 años que sería la etapa donde aparece el climaterio y menopausia de las mujeres. Los hombres asisten en menor proporción (23 %), su rango de edad va de 21 a 30 años y en menor cantidad los que tiene entre 31 y 40 años. Las mujeres mestizas son las que prevalecen más puesto que los hombres se encuentran en jornadas de trabajo, esto por lo que llegaron a comentar las mujeres al ser entrevistadas. Algo que se percibe es el llamado proceso de transición demográfica, donde permanece la población de mujeres en edad productiva, pero al mismo tiempo va creciendo el rango de edad de las que inician un proceso de envejecimiento (ver figura 44).

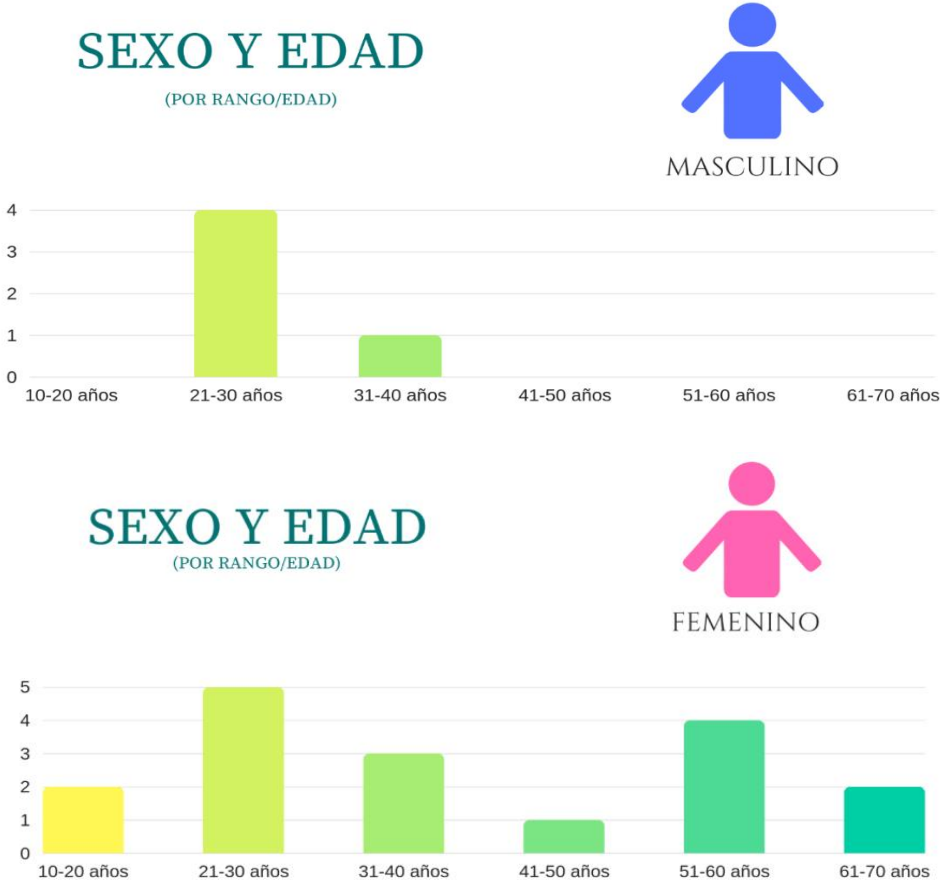
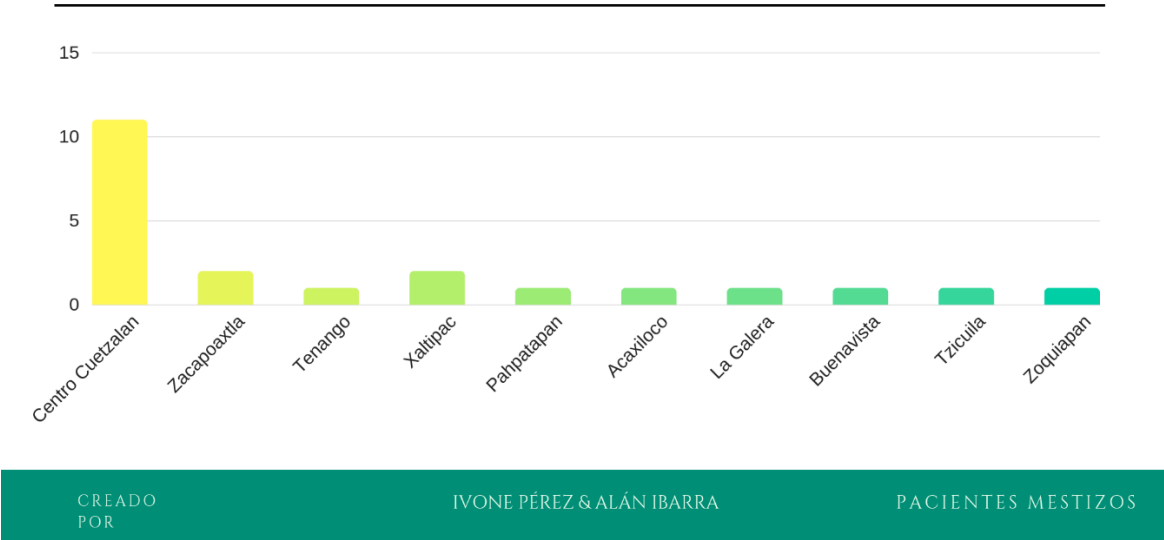


Figura 44. Sexo y edad de los pacientes mestizos.

Se percibe que los pacientes mestizos provienen de diferentes localidades como Zacapoaxtla, Tenango, Buenavista, Pahpatapan, Acaxiloco, Tzicuila, Zoquiapan. (ver figura 45). La mayoría provienen del Centro de Cuetzalan que es la única zona urbana con una marginación media, las demás son zonas rurales con un grado de marginación alta (Sedesol, 2010).

1) ¿DE QUÉ COMUNIDAD PROVIENE?



Figuras 45. Tipo de comunidades que provienen los pacientes mestizos.

Se pudo observar que la mayoría de los pacientes realizan menor cantidad de tiempo en acudir de su comunidad al hospital, debido a su ubicación, así mismo algunos referían que pueden trasladarse caminando, y dos de ellos cuentan con automóvil propio para el traslado, le siguieron los que tardan hora y media (ver figura 46)

2) ¿CUÁNTO TIEMPO ES EL QUE REALIZA DE SU COMUNIDAD AL HOSPITAL?

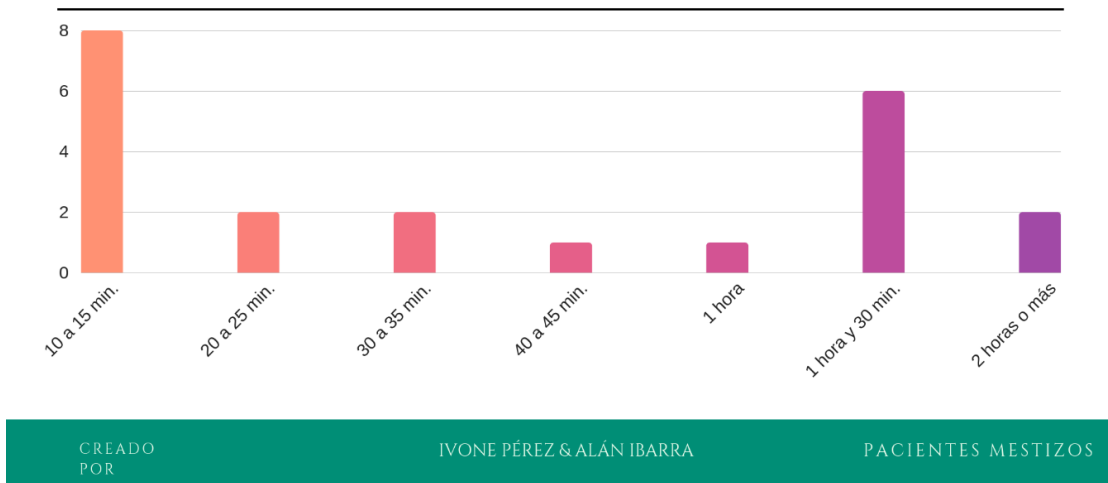
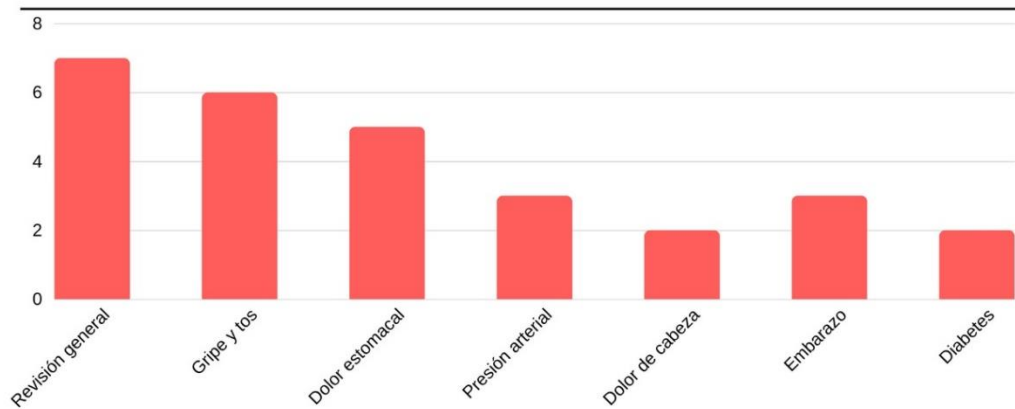


Figura 46. Tiempo que realizan los pacientes mestizos de su comunidad al hospital.

El 100 % de los pacientes mestizos que se entrevistaron hacen uso de los servicios del hospital. Los padecimientos por los que acuden los pacientes mestizos ya no solo entorno a padecimientos infectocontagiosos, a diferencia de la población indígena, aquí se percibe que hay una incidencia más elevada para la revisión general, padecimientos como gripe o tos y enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión (ver figura 47).

Pese a las modificaciones en el perfil epidemiológico que está ocurriendo en América Latina, en la mayoría de los grupos indígenas domina la “patología de la pobreza”, caracterizada por una alta incidencia de padecimientos infectocontagiosos, algunos de los cuales se expresan parcialmente a través de síndromes culturalmente delimitados como ocurre con el empacho, el mal del ojo y otros padecimientos tradicionales (Menéndez, 1994).

4) ¿POR QUÉ PADECIMIENTOS RECURRE AL HOSPITAL?



CREADO
POR

IVONE PÉREZ & ALÁN IBARRA

PACIENTES MESTIZOS

Figura 47. Padecimientos por los que recurren los pacientes mestizos al hospital.

Se percibió que más de la mitad de los pacientes pertenecientes a la población mestiza acuden con el médico alópata, casi una cuarta parte de ellos consultan a los médicos tradicionales y solo una minoría recurren a ambas medicinas (ver figura 48).

En México prevalecen tres modelos médicos de atención, el modelo médico hegemónico, el modelo medico alternativo subordinado y el modelo de autoatención, de los cuales la población acude a alguno de ellos. Si bien la aceptación de la práctica biomédica ha sido producto de su eficacia, el mantenimiento de prácticas tradicionales y, en consecuencia, continúan siendo necesarias. Ambos procesos se complementen para favorecer una síntesis (Mendoza, 2003).

5) ¿CON QUIÉN ACUDE CON MAYOR FRECUENCIA?

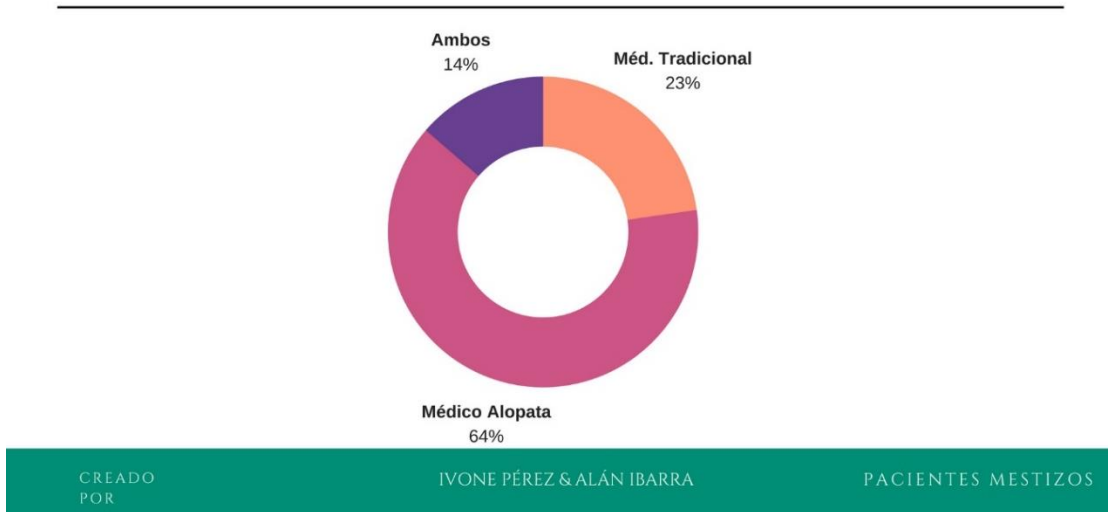


Figura 48. Tipo de medicina al que recurren más los pacientes mestizos.

La mayoría de los pacientes mestizos mencionaron que los médicos si escuchan y resuelven de forma amable sus dudas. Entre los pacientes que refieren que el médico alópata no escucha y resuelve de forma amable sus dudas, estos fueron algunos de sus comentarios (ver figura 49):

- *“No explican el proceso de la enfermedad y la toma adecuada de los medicamentos, solo recetan”.*
- *“Solo nos revisan y no preguntan porque me sucedió dicha enfermedad, a diferencia del médico tradicional”.*
- *“No se dan el tiempo adecuado para una explicación adecuada, sobre la enfermedad”.*

El diagnóstico de la enfermedad, capital en la medicina científica, tiene en la medicina tradicional un carácter secundario. Los largos procesos de interrogatorio, exploración física y pruebas de laboratorio que el médico considera indispensables para descubrir la causa del mal quedan reducidos a las muy escasas preguntas que hace el curandero y que están destinadas a realizar el diagnóstico psicológico del paciente y sus familiares. El examen de signos y síntomas carece de real significación porque las enfermedades tradicionales no tienen una sintomatología definida, sino cambiante y multiforme (Aguirre, 1955).

6) EL MÉDICO ALÓPATA ESCUCHA Y RESUELVE DE FORMA AMABLE SUS DUDAS

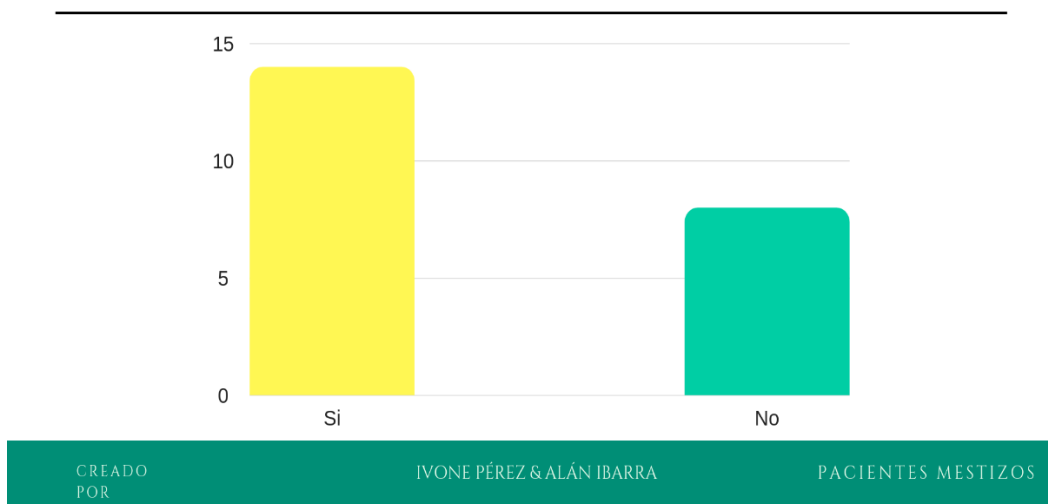


Figura 49. Porcentaje de la atención por parte del medico alópata a los pacientes mestizos.

La mayoría de los pacientes que consultan a los médicos tradicionales mencionaron que los médicos tradicionales son más amables y resuelven sus dudas en relación con algún padecimiento o enfermedad y únicamente dos dijeron que no lo hacen, ya que a veces el médico tradicional por el tiempo que se les asignan no termina todo lo que implica la consulta. (ver figura 50)

7) EL MÉDICO TRADICIONAL ESCUCHA Y RESUELVE DE FORMA AMABLE SUS DUDAS

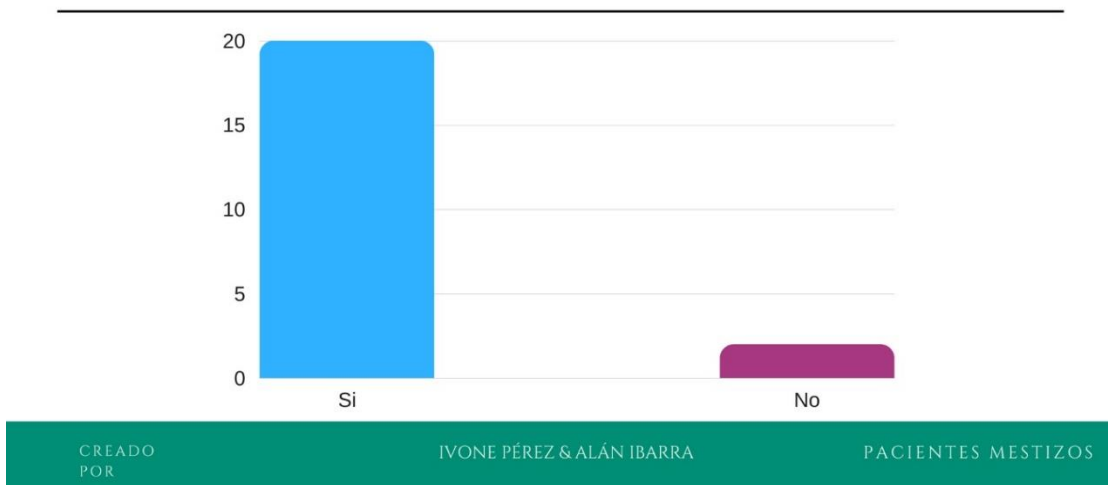


Figura 50. Porcentaje de la atención por parte del médico tradicional a los pacientes mestizos.

La mitad de los pacientes hacen uso del tratamiento de la medicina alópata, después le siguen los que emiten que hace uso de ambos tratamientos y en menor proporción los que usan los tratamientos tradicionales, aunque manifestaban que la medicina alópata les funciona muy bien para cualquier tipo de enfermedad que presenten (ver figura 51).

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud que se convierte en una necesidad, y ésta en demanda de algún tipo de atención. Se considera que hay utilización cuando esta demanda es realmente satisfecha por algún sistema de salud formal o no (Sacchi y Hausberge, 2007).

8) ¿QUÉ TRATAMIENTO ES QUE AL QUE RECURRE MÁS?

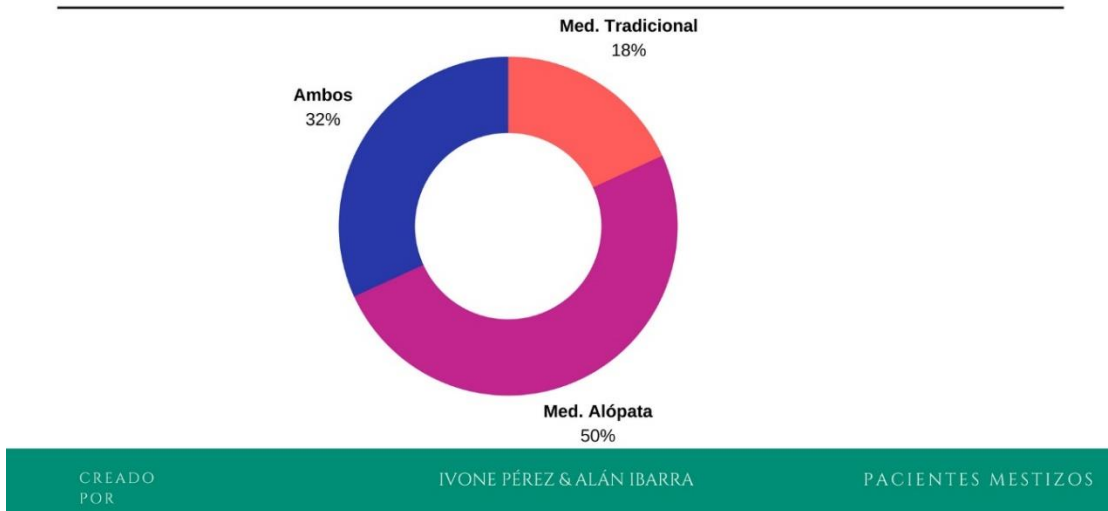


Figura 51. Tipo de tratamiento al que recurren más los pacientes mestizos.

La mayoría de los pacientes, 73 %, dijeron que el hospital si respeta su cultura y el 27 % respondieron que no se respeta su cultura, además mencionaron lo siguiente (ver figura 52):

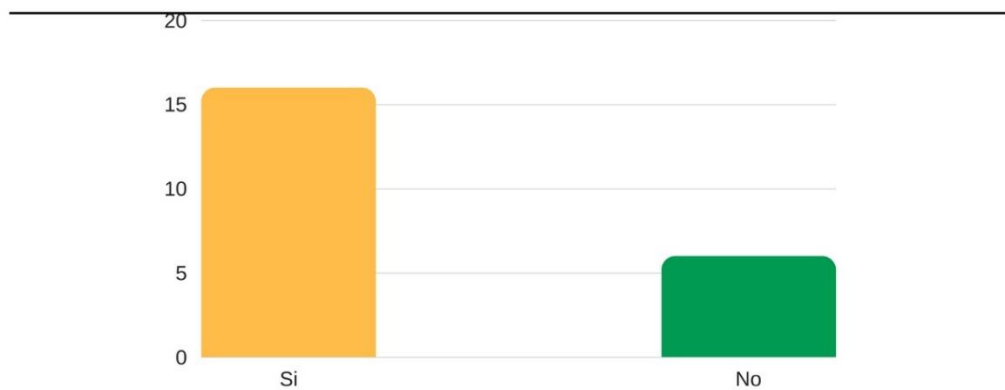
- *“Se le dan preferencias al que tiene poder económico y desplazan a las personas indígenas haciéndolos esperar de una a dos horas”.*
- *“A los pacientes indígenas no los tratan con respeto”.*
- *“Antes en el hospital había unas imágenes de la cultura náhuatl, las cuales ya se retiraron”.*
- *“A veces las enfermeras les gritan a los pacientes indígenas”.*
- *“Retiraron imágenes de cómo nacen los niños tradicionalmente”.*

No tomar en cuenta el diseño del espacio las características específicas de quien lo va a utilizar puede resultar en construcciones agradables para la cultura del prestador del servicio, pero poco amigables para la cultura de la población usuaria. Influyen en esto el género, la edad, el grupo étnico al que pertenece, la clase social, si tiene alguna discapacidad, o si sufre alguna

enfermedad sujeta a prejuicios, elementos mu chas veces no considerados en el diseño de los espacios.

Estas barreras culturales están relacionadas con la concepción del confort que poseen los diseñadores de los espacios, en contraste con las del usuario, tiene que ver con la funcionalidad, e incluye aspectos relacionados como las señalizaciones (Almaguer, 2009).

9) ¿CONSIDERAS QUE EN EL HOSPITAL SE RESPETE LA CULTURA?



CREADO POR IVONE PÉREZ & ALÁN IBARRA PACIENTES MESTIZOS

Figura 52. Consideración de la cultura en el hospital.

Todos los pacientes consideran que es importante que se consulte a la comunidad para hacer cambios al hospital, refirieron los siguientes comentarios:

- *“Es importante para una mejor atención médica y de calidad”*
- *“Para mejorar el servicio”*
- *“He percibido que algunos no están capacitados sobre la medicina, y sería bueno evaluar sus conocimientos médicos”.*
- *“Es importante que se nos considere, para un cambio benéfico entre el personal y uno como paciente”*

Es común que el diseño de la infraestructura, como el de muchos otros elementos de los servicios de la salud se realice sin tomar en cuenta a la población que hace uso de ellos. Para que el establecimiento se adecue a las expectativas de esta, es indispensable desarrollar eventos con la población beneficiaria para escuchar su opinión sobre:

- a) Diseño
- b) Aspecto
- c) Funcionalidad
- d) Mobiliario
- e) Señalización
- f) Espacio de espera
- g) Posición para el parto
- h) Dieta
- i) Espacios espaciales para hospedar familiares
- j) Espacio ecuménico para la oración y la paz espiritual
- k) Orientación y ubicación considerando elementos culturales respecto a los lugares y sitios de significancia espiritual o simbólica (Almaguer, 2009).

Por último, todos los pacientes entrevistados expresaron que serían participes de acciones comunitarias, en beneficio de su salud y su comunidad, por lo tanto, la promoción de la salud debe generar este intercambio intercultural para esta participación activa de la comunidad. De acuerdo, con Aguirre (1995) expuso que todo programa de salud requiere para su éxito y continuidad la participación activa de la comunidad. Nada de lo que es impuesto o de lo ofrecido como dádiva tiene valor perdurable si carece del significado y no de sentido de pertenencia al sujeto que sufre la acción comunitaria o asistencial. No es posible obtener la participación activa de las comunidades indígenas en un programa de salud sin antes no se crean las motivaciones adecuadas para que la población sienta la urgencia de intervenir en auxilio de sí misma.

DISCUSIÓN

En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no solo atañe la relación médico paciente, sino que está presente en la relación total que establece la persona con el servicio de salud, sea público o privado.

El proceso intercultural incluye al portero del hospital, al chofer de ambulancia, al auxiliar de intendencia que limpia las salas, a la enfermera, dentista, y el médico tratante, sin olvidar a los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del centro de salud u hospital (Campos, 2004).

La atención que se brinda en el Hospital General de Cuetzalan, Puebla no está practicada bajo un enfoque intercultural, aunque en su creación, al incluirlo en una política pública, era el objetivo. Lo anteriormente mencionado está fundamentado en las entrevistas realizadas a los médicos tradicionales y pacientes indígenas, quienes refieren que no hay una participación recíproca en la atención, ni de respeto por parte de los médicos alópatas.

Durante la práctica de campo, los pacientes indígenas que hablan su lengua nativa, refieren que sigue ejerciéndose maltrato por parte del personal de salud; el Programa Sectorial de Salud, 2000-2006 en una de sus líneas de acción refiere: *“el capacitar al 80% de los médicos, 70% de las enfermeras y el 80% del personal comunitario que trabaja en los municipios indígenas en el manejo de un enfoque transcultural que permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud enfermedad en estas poblaciones para proporcionar una mejor atención”*.

El determinante que sigue permeando e impidiendo que pueda ejercerse interculturalidad con éxito es la discriminación, pues los entrevistados se sienten menospreciados en el trato por su vestimenta y hacia sus conocimientos empíricos, también refieren que a nivel estructural se mira segmentación e internamente no hay apoyo económico para generar beneficio a la salud de los pacientes.

En las entrevistas realizadas a los pacientes (mestizos e indígenas) resaltan que no se ejerce participación comunitaria activa que les permita hacer cambios en pro a su salud y comunidad; el Plan Nacional de Desarrollo que diseñó el gobierno del periodo 2013-2018, en una de sus líneas de acción contempla: *“Fomentar la participación de las comunidades y pueblos indígenas en la planeación y gestión de su propio desarrollo comunitario asegurando el respeto a sus derechos y formas de vida”*.

La interculturalidad en salud queda meramente plasmada en un programa o política que no toma en cuenta la opinión y participación activa de los miembros de las comunidades donde se va a implementar dicho enfoque; sin embargo, en el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, en su línea de acción 4.31. Se menciona: *“el incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acción de la población”*.

CONCLUSIONES

Hoy en día, no se ejerce un trabajo multidisciplinario que permita un verdadero cambio en las poblaciones o comunidades, ya que los profesionales de la salud tienen como formación un modelo donde el ser humano está dividido por especialidades, dicha formación está encaminada a una filosofía de poder curativo más que a nivel preventivo; necesitamos aplicar la interculturalidad en todos los niveles, al igual que la promoción de la salud con un enfoque y desarrollo de participación comunitaria, no con un enfoque hegemónico caracterizado porque el otro es únicamente receptor de información.

Es importante resaltar que las políticas y programas de salud se siguen diseñando desde un escritorio, alejadas de la realidad, no se realizan diagnósticos comunitarios que nos permitan conocer determinantes de la salud de las comunidades, generándose así, poco interés por parte de la población.

Los programas de salud que incluyen el concepto de interculturalidad están destinados al incumplimiento de sus objetivos porque desde su creación se encasilla o segmenta a la población, principalmente a la más vulnerable.

En el hospital general de Cuetzalan del Progreso Puebla, se observó que no se lleva a cabo un proceso intercultural, ya que las medicinas (tradicional y hegemónica) que brindan atención a la población usuaria, están totalmente segmentadas y esto es notorio a nivel de infraestructura como a nivel de las relaciones humanas (médicos alópatas, médicos tradicionales, enfermeras, enfermeros, trabajadores sociales, etc.)

Las estrategias que deben llevarse a cabo para que se aplique verdaderamente un modelo intercultural son las siguientes:

- Elaborar una base de datos en la que se incluya la cosmovisión, iatrogenia y tasas de morbilidad y mortalidad de los 68 pueblos indígenas que existen en nuestro país.

- Elaborar un modelo de prevención en el que se considere a la medicina tradicional con la importancia que merece por ser una práctica ancestral y de hecho, base de mucha de la ciencia que se conoce hoy en día.
- El programa sectorial de salud y las acciones que se han llevado a cabo en materia de interculturalidad son ineficientes porque los recursos que están destinados a dicho programa no llegan completos y por tanto concluyen con un trabajo de escritorio.

La Promoción de la Salud y la Interculturalidad están íntimamente relacionadas, ya que ambas disciplinas contienen múltiples similitudes, pues en ellas se toman en cuenta como determinantes:

- -Los estilos de vida.
- -La comunidad.
- -Las condiciones de vida y de trabajo.
- -Las condiciones ambientales.
- -La historicidad de las poblaciones.
- -La cosmovisión.
- -La religión.

Es importante ejercer la promoción de la salud con visión intercultural, donde ninguna profesión (medicina, enfermería, psicología, nutrición etc.) esté por encima de otra. Se debe trabajar conjuntamente para la solución de problemáticas en salud, también es significativo retomar e impulsar la participación de la comunidad, de lo contrario, es imposible conocer las necesidades que la comunidad tiene.

Debe desarrollarse un intercambio de aprendizajes, para que verdaderamente exista bienestar en el complejo proceso-salud- enfermedad- atención.

Como una propuesta debe realizarse lo siguiente:

- Presentar el diagnóstico comunitario, para verificar con la población, los problemas que existen en la comunidad en relación con la medicina

hegemónica, la medicina tradicional y la visión de los pacientes indígenas y mestizos.

- Implementar el modelo de interculturalidad en salud del cual hace referencia el Dr. Almaguer, a través de talleres, para que la medicina hegemónica, la medicina tradicional en colaboración con la comunidad vuelvan a tener una visión de Hospital mixto (Interculturalidad), por lo cual, en su momento, fue creado el Hospital general de Cuetzalan Puebla.

Es necesaria la vigilancia y evaluación a través de una nueva Subdirección dentro de la Secretaría de Salud que sea transparente, para que la población verifique:

- Que los programas estén cumpliendo con los objetivos establecidos en el mismo
- Ejercer y promover la participación comunitaria en las comunidades, para que conozcan sus derechos y obligaciones

Esta subdirección estará organizada con un equipo multidisciplinario, la cual debe contar con un promotor de la salud, un promotor comunitario, médicos tradicionales (por especialidad), médicos alópatas (por especialidad) enfermero(a), trabajador(a) social, un representante por cada localidad de Cuetzalan y un antropólogo, para que verdaderamente se lleven a cabo políticas y programas interculturales.



Elaboración propia: Alan Alejandro Ibarra Ramírez & Rosa Ivone Pérez García

REFERENCIAS

1. Aguirre, B. G. (1955). Programas de salud en la situación intercultural. México: Fondo de Cultura Económica. Pp:41-155.
2. Almaguer, G. J. A. (2009). Interculturalidad en salud, Imprenta Universitaria, 2º edición. México. Pp: 2-105.
3. Atlas de los Pueblos Indígenas de México. (2018, noviembre, 24). Recuperado de <http://atlas.cdi.gob.mx/>
4. Barrientos López, G. Otomíes del Estado de México, México, 2004. (2016, abril, 10). Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/12560/otomies.pdf>
5. Báez, L. Nahuas de la Sierra Norte de Puebla / Lourdes Báez. México, 2004. (2017, mayo, 8). Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/12557/nahuas_sierra_norte_puebla.pdf
6. Carbonell, M. (2016). Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos. México, D. F.: Porrúa, Pp. 20
7. Carta de Ottawa para promoción de la salud, 1986. (2018, junio, 18). Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
8. Campos, N. R. (2004). La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. (2018, enero, 8). Recuperado de <http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf>
9. CDI (2009). El traje tradicional indígena. Nahuas de Cuetzalan, Puebla. (2014, julio, 20). Recuperado de http://www.cdi.gob.mx/indumentaria/nahuas_cuetzalan_puebla.html
10. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla, 2015. (2014, abril, 18). Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2015/702825077129.pdf

11. Chápela, M. del C. (2008). Cinco errores frecuentes en el trabajo de promoción de la salud, revista de la UACM para las comunidades, Iztapalapa, año 3 (8): 29.
12. Duarte-Gómez, María Beatriz, Brachet-Márquez, Viviane, Campos-Navarro, Roberto, & Nigenda, Gustavo. (2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud Pública de México*, 46(5), 388-398. (2014, marzo,22). Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646504>
13. Diaz-Bravo, Laura, Torruco-García, Uri, Martínez-Hernández, Mildre, Varela-Ruiz, Margarita, (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico, Departamento de educación médica, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, D.F, 13 de mayo del 2013, Pp. 163. (2019, marzo,19) Recuperado de:

http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20ENTREVISTA.pdf
14. Enciclopedia de los Municipios de México Puebla. (2005), pp15. Pp: 4-10 (2014,03,15) Recuperado de:

<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21043a.htm>
15. Florescano, E. (2000) La visión del cosmos de los indígenas actuales. *Desacatos*, Num.5 invierno. p.22.(2014, junio,22) Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/139/13900502.pdf>
16. Gussinyer, A. J. (1996). Sincretismo, religión y Arquitectura en Mesoamérica (1521-1571). Universidad de Barcelona. Pp: 193. (2014, febrero,5) Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2936916.pdf>
17. Comité De Derechos Económicos Sociales y Culturales (CESCR), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo del 2000, Pp.4. (2018, septiembre,8) Recuperado de:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
18. Hernández-Montes, M., Heiras-Rodríguez, C. G. (2004). Tepehuas, México: CDI: PNUD, 2004. Pp. 39. (2016, abril,2) Recuperado de:

<http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/tepehuas.pdf>

19. Hinojosa-Rodríguez, A., Ruiz-Ledezma, J. (2015). Sustentabilidad y cosmovisión del pueblo Nahua de Cuetzalan Del Progreso Puebla, México. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 1, 225-230. (2014, marzo, 8) Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/html/2631/263139243031/>

20. Instituto de Investigaciones Jurídicas. (2016). UNAM Pp. 164-165. (2016, mayo, 18) Recuperado de:

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3074/9.pdf>

21. Instituto Nacional Indigenista, INI (1986), México indígena, medicina tradicional, N° 9, marzo-abril, Pp:49. (2014, mayo 5) Recuperado de

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3074/9.pdf>

22. Jiménez-Cabrera, P. A., Hernández-Juárez, M., Espinosa-Sánchez, G., Mendoza-Castelán, G., Bell Torrijos-Almazán, M. (2015). Los saberes en medicina tradicional y su contribución al desarrollo rural: estudio de caso Región Totonaca, Veracruz. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 6(8). (2018, agosto, 20) Recuperado de :

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342015000801791

23. Lagarriaga, A. I. (2000). Medicina tradicional en México, México, Pp: 17-23. (2016, mayo, 6) Recuperado de :

http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Tercero/III_SM_339.pdf

24. Masferrer-Kan, E. (2004). Totonacos / Elio Masferrer Kan. México: CDI: PNUD, 39 p. (2016, mayo, 30) Recuperado de:

<http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/totonacos.pdf>

25. Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, Vol.4, Num.7, 1994, pp.71-73. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México. (2018 junio, 25) Recuperado de:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp>

26. Mendoza, Z. (2003). Modelos médicos y la interculturalidad, México: Yolpahtli, Pp: 13-14.
27. Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. En: Fundamentos de la Salud Pública. Barragán HL, editor. Río de la plata, Argentina:, La Plata: Editorial EDULP.
28. OMS (2005). Determinantes sociales de la salud. (2016, septiembre,22) Recuperado de:

http://www.who.int/social_determinants/es/
29. Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994. (2018). (2018, enero,14) Recuperado de:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
30. Plan Nacional de Desarrollo, 2000-2006 (2018). (2018, enero,14) Recuperado de:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
31. Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018 (2018). (2018, enero,14) Recuperado de:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>
32. Programa Sectorial de Salud, 2000-2006 (2018). (2018, febrero,8) Recuperado de:

http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf
33. Programa Sectorial de Salud, 2007-2012. (2018). (2018, febrero,8) Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politicad-Nacionales_Salud-Mexico-Programa_Sectorial_de_Salud_2007-2012.pdf
34. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (2018). (2018, febrero,8) Recuperado de:

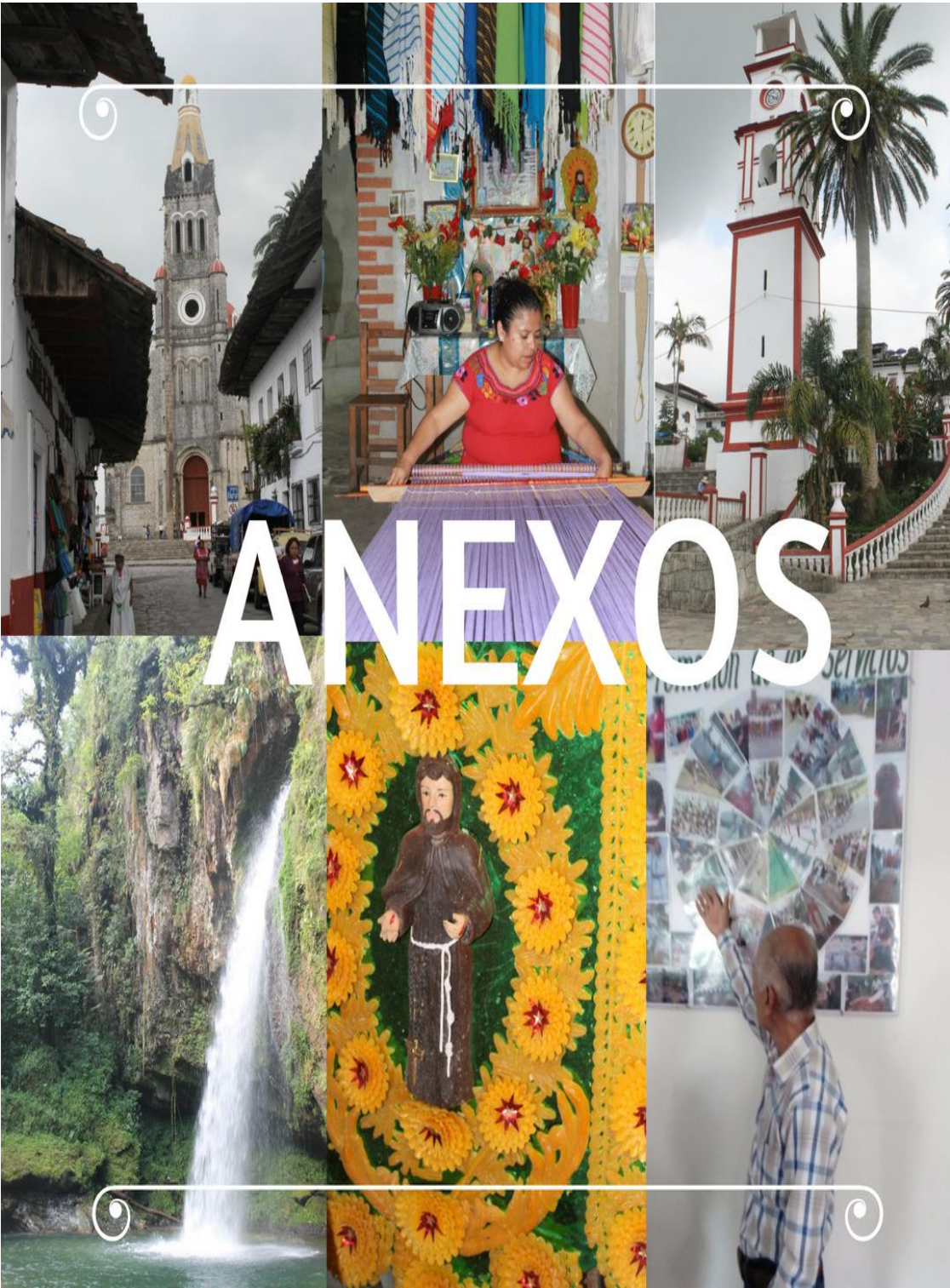
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sectorial-de-salud-21469>
35. Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018 (2018).(2018, noviembre,23) Recuperado de:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>

36. Saldaña, F. M. C. (1994). Nahuas de la sierra norte de Puebla, Instituto Nacional Indigenista, México. Pp: 5-20
37. Sánchez-González, A., Granados-Sánchez, D., Simón-Nabor, R. (2008). Uso medicinal de las plantas por los otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México. *Revista Chapingo. Serie horticultura*, 14(3). (2018, agosto, 21) Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1027-152X2008000300007
38. Sacchi, M., Hausberger, M., Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud enfermedad atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de salta. *Salud Colectiva* vol 3 (3): 271-2183. (2018, noviembre,26) Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=73130305>
39. SEDESOL (2010). Catálogo de localidades municipio de Cuetzalan del progreso. (2018, junio,20) Recuperado de:
<http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=21&mun=043>
40. Torres, M. J., Santander, J. A. (2013). Introducción a las políticas públicas: conceptos y herramientas desde la relación entre estado y ciudadanía, Bogotá, Colombia: Ediciones IEMP, p 15.

Agradecemos la colaboración en la toma de fotografías del trabajo de campo a los compañeros:

Adrián Villa García & Guillermo Serrato lechuga



ANEXOS

ANEXO 1

Formato de entrevista para médicos tradicionales de Cuetzalan del Progreso, Puebla.

Grado académico: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Indígena () Mestizo ()

Folio: ____

1. ¿Habla alguna lengua?
2. ¿De qué comunidad proviene?
3. ¿Cuentan con algún registro de las personas que atienden?
4. ¿Qué padecimientos son los que atienden con mayor frecuencia?
5. ¿Qué padecimientos son los que atienden con menor frecuencia?
6. ¿Le gustaría trabajar en conjunto con médicos y enfermeras del hospital?
SI () NO ()

¿Por qué?

____ ¿Participaría en capacitación de conocimientos sobre medicina tradicional con médicos y enfermeras?

SI () NO ()

¿Por qué?

____ ¿Considera que la medicina tradicional es aplicada en el hospital?

SI () NO ()

¿Por qué?

____ ¿ Fue consultado para el diseño del área de medicina tradicional?

7. ¿Qué modificaciones del área del hospital realizaría para los pacientes?
8. ¿Qué modificaciones del área del hospital tradicional realizaría para los pacientes?

ANEXO 2

Formato de entrevista para pacientes indígenas de Cuetzalan del Progreso, Puebla.

Edad: _____ Sexo: _____

Folio: _____

1. ¿De qué comunidad proviene?
2. ¿Cuánto tiempo es el que realiza de su comunidad al hospital? ()
 - a) 10 a 15 minutos
 - b) 20 a 25 minutos
 - c) 30 a 35 minutos
 - d) 40 a 45 minutos
 - e) 1 hora
 - f) 1 hora y 30 minutos
 - g) 2 horas y más.
3. ¿Qué lengua habla? ()
 - a) Náhuatl
 - b) Totonaco
 - c) Otomí
 - d) Tepehua
 - e) Náhuatl – totonaco
 - f) Náhuatl-otomí
 - g) Náhuatl- tepehua
 - h) Otro
4. Pertenece a una etnia ()
 - a) Náhuatl
 - b) Totonaco
 - c) Otomí
 - d) Tepehua
5. Utiliza los servicios del Hospital
Si () No ()
6. ¿Qué opina sobre los servicios que proporciona el Hospital?
7. ¿Por qué enfermedades recurre al Hospital?
8. ¿Por qué padecimientos recurre al Hospital?
9. ¿Con quién acude con mayor frecuencia? ()
 - a) Medico alópata
 - b) Medico tradicional
 - c) Ambos

10. ¿El médico alópata escucha y resuelve de forma amable sus dudas?
Si () No ()
¿Por _____ qué?
- A veces ()
11. ¿El médico tradicional escucha y resuelve de forma amable sus dudas?
Si () No ()
¿Por _____
qué? _____
- A veces ()
12. ¿Qué tratamiento es al que recurre más? ()
- a) Medicina tradicional
 - b) Medicina alópata
 - c) Ambos
13. ¿Consideras que en el hospital se respeta la cultura?
Si () No ()
¿Por _____
qué? _____
14. ¿Consideras qué es importante que se consulte a la comunidad para hacer cambios en el hospital?
Si () No ()
¿Por qué? _____
15. Sería participe de acciones comunitarias en beneficio de tu salud y comunidad
Si () No ()
¿Por _____
qué? _____

ANEXO 3

Formato de Entrevista para pacientes Mestizos de Cuetzalan del Progreso, Puebla

Edad: _____ Sexo: _____

Folio: _____

1. ¿De qué comunidad proviene?
2. ¿Cuánto tiempo es el que realiza de su comunidad al Hospital? ()
 - a) 10 a 15 minutos
 - b) 20 a 25 minutos
 - c) 30 a 35 minutos
 - d) 40 a 45 minutos
 - e) 1 hora
 - f) 1 hora y 30 minutos
 - g) 2 horas y más.
3. ¿Utiliza los servicios del Hospital?
Si () No ()
4. ¿Qué opina sobre los servicios que proporciona el Hospital?
5. ¿Por qué enfermedades recurre al Hospital?
6. ¿Por qué padecimientos recurre al Hospital?
7. Con quien acude con mayor frecuencia ()
 - a) Médico alópata
 - b) Médico tradicional
 - c) Ambos
8. ¿El médico alópata escucha y resuelve de forma amable sus dudas?
Si () No ()
¿Por
qué? _____
A veces ()
9. ¿El médico tradicional escucha y resuelve de forma amable sus dudas?
Si () No ()
¿Por
qué? _____
A veces ()
10. ¿Qué tratamiento es al que recurre más? ()
 - a) Medicina tradicional
 - b) Medicina alópata
 - c) Ambos

11. ¿Consideras que en el hospital se respeta la cultura?

Si () No ()

¿Por

qué? _____

12. ¿Consideras que es importante que se consulte a la comunidad para hacer cambios en el hospital?

Si () No ()

¿Por

qué? _____

13. ¿Sería participe de acciones comunitarias en beneficio de tú salud y comunidad?

Si () No ()

¿Por qué? _____